



**Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de
contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos
social y sanitario**

Miembros del Comité

María Teresa López López (Presidenta)

Federico de Montalvo Jääskeläinen (Vicepresidente)

Carlos Alonso Bedate

Vicente Bellver Capella

Fidel Cadena Serrano

Manuel de los Reyes López

Pablo Ignacio Fernández Muñiz

Nicolás Jouve de la Barreda

Natalia López Moratalla

César Nombela Cano

Carlos M^a Romeo Casabona

José Miguel Serrano Ruiz-Calderón

Secretaria del Comité

Victoria Ureña Vilardell

Comité de Bioética de España

Avda. Monforte de Lemos, 5 28029 Madrid - España

Tel.: +34 91 822 21 03 / +34 91 822 21 79

Fax: +34 91 822 21 12

www.comitedebioetica.es

Contenido

1. Introducción	3
2. Aspectos normativos	5
3. Consideraciones sobre la necesidad de su uso	21
4. Consideraciones sobre la seguridad del paciente contenido.....	26
5. Consideraciones éticas	30
6. Recomendaciones.....	43

Consideraciones éticas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario

Con fecha 7 de junio de 2016

El Comité en el pleno del día 7 de junio de 2016 aprueba el siguiente informe conforme a lo dispuesto en el artículo 78 de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica, que fija entre las funciones del Comité emitir informes, propuestas y recomendaciones para los poderes públicos de ámbito estatal y autonómico en asuntos con implicaciones éticas relevantes.

Consideraciones éticas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario

En los últimos años, está adquiriendo progresivamente mayor protagonismo la utilización de contenciones físicas y farmacológicas, entendiéndose como tales las medidas destinadas a privar a una persona de su libertad de movimiento. El debate sobre su uso tanto en el ámbito social como el sanitario, la idoneidad de sus indicaciones y las condiciones de la práctica del procedimiento es efectivamente trascendente, tanto por la frecuencia de su uso en determinadas circunstancias como por afectar directamente a derechos fundamentales como la libertad del individuo y al respeto a la dignidad de la persona y su autonomía personal.

Los miembros del Comité de Bioética de España, como órgano colegiado independiente y de carácter consultivo sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud, creemos relevante emitir un informe con unas recomendaciones al respecto, a fin de orientar hacia el uso adecuado de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario, pues una de las manifestaciones de la protección de la dignidad de la persona es precisamente la humanidad en el trato y en la asistencia cotidiana, que adquieren especial relevancia cuando existen actuaciones como la contención, que, aun siendo legítimas por estar justificadas, pueden ser o no adecuadas según la forma en que se apliquen.

1. Introducción

Podemos encontrar referencias al tema que nos ocupa con diferentes términos como contención, restricción o sujeción, denominada asimismo según su naturaleza como física o mecánica y farmacológica, pero en cualquier caso se refieren estos términos a medidas terapéuticas utilizadas con el objetivo de restringir la movilidad del paciente. Se recurre a ellas fundamentalmente en casos de agitación para evitar autolesiones o lesiones a otras personas, o bien para poder llevar a cabo un tratamiento. Entre los fármacos que se utilizan para lograr esta restricción podemos mencionar los neurolépticos o las benzodiacepinas, y entre las medidas físicas la utilización de dispositivos como manoplas, muñequeras, cinturones, arneses, tobilleras y barras laterales.

Es importante tener en cuenta que en el ámbito sanitario las contenciones se utilizan en entornos hospitalarios en situaciones de intervención aguda y con un límite temporal de permanencia en el centro, mientras que en el ámbito de los Servicios Sociales las contenciones se aplican, bien en los recursos denominados intermedios, como ayuda a domicilio, centros de día para personas mayores, centros de apoyo a la integración para personas con discapacidad, o bien en centros de alojamiento que son lugares de vida permanente de las personas.

Respecto a la prevalencia del uso de contenciones tanto en el ámbito social como en el sanitario no existen cifras globales exactas. Los datos disponibles sugieren que el uso de sujeciones físicas en el conjunto de residencias geriátricas españolas es alto. Existen estudios^{1,2} que aprecian una importante variabilidad de la prevalencia según el país del que hablemos, lo que apunta a una cierta complejidad de los factores condicionantes, estudios que han reflejado que España tiene comparativamente un porcentaje de uso de sujeciones muy superior al resto de los países observados, llegando casi al 40%, frente a cifras que suponen alrededor del 15% en países como Francia, Italia, Noruega o EEUU, y otros países cuya prevalencia no llega al 10% como Suiza, Dinamarca, Islandia o Japón. El uso de sujeciones en residencias estadounidenses [disminuyó](#) desde un 21% en 1991 a un 5% en 2007³, en lo que parece que han tenido mucho que ver las denuncias consecuentes por los accidentes secundarios y la [sensibilización ciudadana](#).

La realidad es que tenemos escasos datos globales, actualizados y debidamente estandarizados de uso de contenciones en España. Así, según la Confederación Estatal de Organizaciones de Mayores ([CEOMA](#)), se aprecia una gran variabilidad en las residencias geriátricas, desde un 7% hasta un 90%. Sabemos también por otras fuentes que es una situación muy frecuente en los centros residenciales de personas mayores en nuestro país, y al respecto podemos encontrar informes en los que, en el transcurso de tareas de inspección, se detectan un gran número de personas físicamente sujetadas de manera permanente, [alcanzando cifras cercanas al 40% de los residentes](#), apreciando que la mayoría de ellos padece algún tipo de demencia.

¹ Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eighth countries. *Age Ageing*. 1997;26 suppl 2:43-7

² Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 October ; 24(10): 1110–1118. doi:10.1002/gps.2232

³ Freedom from Unnecessary Physical Restraints: Two Decades of National Progress in Nursing Home Care. Center For Medicaid And State Operations/Survey And Certification Group. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES; Maryland, USA: July, 2008.

Por otra parte, también en el medio hospitalario se utiliza la contención, si bien como una intervención extrema y excepcional, mediante la aplicación de dispositivos restrictivos inmovilizadores para limitar la libertad de movimientos de un paciente y el acceso a su propio cuerpo a fin de conseguir su mayor seguridad o la de otros, incluyendo tanto a otros pacientes como a los acompañantes o al personal sanitario que lo atiende. Su uso en los centros sanitarios se estima incluso en un tercio de los pacientes en los hospitales terciarios, alcanzando mayor proporción en los pacientes mayores de 65 años, siendo significativo su uso en determinadas circunstancias en unidades relacionadas con los cuidados intensivos, neonatología y salud mental. No disponemos de datos de uso en domicilios privados, pero sí de estimación de un alto porcentaje de desconocimiento de alternativas por parte de los cuidadores⁴.

Por otro lado, debemos advertir que su uso no está exento de problemas, no sólo desde el punto de vista ético o legal sino también por las complicaciones para la salud del paciente que pueden ocurrir. Entre las complicaciones relacionadas con las contenciones debemos mencionar por su frecuencia o por su trascendencia que están descritos casos de lesiones de distinto grado de gravedad por caídas o golpes, laceraciones, úlceras por presión, lesiones neurológicas, isquemia en miembros, neumonías o asfixia por broncoaspiración, y casos de muerte súbita o por asfixia mecánica. Además, su uso puede aumentar también la ocurrencia de eventos adversos, aunque no sean consecuencia directa de las contenciones, apreciándose por ejemplo una mayor incidencia de infecciones nosocomiales en estos pacientes.

2. Aspectos normativos

Resulta difícil encontrar normativa o legislación específica sobre el uso de contenciones, 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 o la autonomía. En otros casos encontramos normativa que hace referencia a la forma o proceder de actuación de los profesionales encargados de prestar asistencia, y finalmente existe escasa normativa, promulgada en los últimos años, acerca del uso de las sujeciones. Por tanto, a pesar de que las contenciones mecánicas y farmacológicas constituyen un tema controvertido, sobre todo en la asistencia geriátrica, por sus

⁴ Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Núñez-González E, Montilla-Fernández M, Santana-Santana E. Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43:201-7.

repercusiones morales, éticas, sociales y jurídicas, apreciamos que no existe legislación específica a nivel estatal.

Describiendo la normativa relacionada con el tema que nos ocupa por orden cronológico, en la Constitución Española de 1978, en el artículo 1.1, se proclama que la libertad es uno de los valores superiores de nuestro ordenamiento jurídico, y al referirse a los derechos fundamentales menciona en sus artículos 10, 15 y 17 algunos aspectos que debemos destacar. Así, en el artículo 10 reconoce que la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad son fundamento del orden político y de la paz social, a la vez que aclara que las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades deben interpretarse de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España. El artículo 15 declara el derecho de todos a la integridad física y moral, así como a no sufrir tratos inhumanos o degradantes, y en el artículo 17 se establece el derecho a la libertad física de las personas. Posteriormente y ya en otro Capítulo, al hablar de los principios rectores de la política social y económica, reconoce también en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud.

La Ley 14/1986, de 25 de Abril, la Ley General de Sanidad, tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo dicho derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución. En su artículo 9 se establece que los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y deberes, y en su artículo 10 son de destacar entre los derechos que tenemos todos, con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias, el respeto a la personalidad la dignidad humana y la intimidad, sin que pueda haber discriminación por razón de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.

En la Comunidad Autónoma de Madrid se dictó la Orden 612/1990, de 6 de noviembre, de la Consejería de Integración Social, por la que se desarrolla el Decreto 91/1990, de 26 de octubre, relativo al Régimen de Autorización de Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales. En ella apreciamos entre los requisitos funcionales comunes a todos los Servicios y Centros el deber de garantizar los derechos legalmente reconocidos a los usuarios. Asimismo establece que los principios generales de actuación se inspirarán en los principios generales establecidos en el artículo tercero de la entonces vigente Ley 11/1984,

de 6 de junio, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. El artículo referido de esta Orden fue derogado por el Decreto 21/2015, de 16 de abril, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Reglamento Regulador de los Procedimientos de Autorización Administrativa y Comunicación Previa para los Centros y Servicios de Acción Social en la Comunidad de Madrid, y la inscripción en el Registro de Entidades, Centros y Servicios.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, aprobó, el 16 de diciembre de 1991, unos "[Principios en favor de las personas de edad](#)", con el fin de alentar a los gobiernos a que introduzcan en sus programas nacionales, cada vez que sea posible, los principios a favor de las personas de edad. Entre ellos debemos mencionar el que hace referencia a que las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio, o que deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad, o tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.

El 4 de abril de 1997 fue firmado en Oviedo el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), y posteriormente fue aprobado y ratificado, entrando en vigor en España el 1 de enero de 2000. En él los Estados se comprometen a proteger al ser humano en su dignidad y su identidad, y a garantizar a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la medicina. Asimismo se establece que el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad. En este sentido, como regla general para el consentimiento, debemos tener en cuenta que una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento, para lo cual deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias, consentimiento que podrá retirar libremente en cualquier momento.

Ahora bien, y en relación con las circunstancias que están presentes frecuentemente cuando se decide hacer uso de las contenciones, el Convenio hace

referencia a la protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento, en cuyo caso sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo. Además, y siguiendo con el contenido del mismo artículo, cuando a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, una persona mayor de edad no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, una autoridad o una persona o institución designada por la Ley, debiendo intervenir la persona afectada, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización. Es de destacar para el tema que nos ocupa, que en estas circunstancias, quien deba prestar la autorización deberá recibir, en iguales condiciones, la información necesaria a la que se refiere la regla general, y que dicha autorización también podrá ser retirada en cualquier momento en interés de la persona afectada.

Por otro lado, el Convenio hace especial referencia a la protección de las personas que sufran trastornos mentales, y así establece que la persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso. Siguiendo con cuestiones clave aplicables en el caso de las contenciones, se aclara que cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico en favor de la salud de la persona afectada. Debemos de tener en cuenta además, que hemos de tomar en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que en el momento de la intervención no se encuentre en situación de expresar su voluntad. Por último, el Convenio establece unos límites para las restricciones del ejercicio de los derechos y las disposiciones de protección, que no podrán ser otras que las que constituyan medidas necesarias en una sociedad democrática para la seguridad pública, la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud pública o la protección de los derechos y libertades de las demás personas, y que estén previstas por ley.

Cabe destacar entre las normas de ámbito autonómico la Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía. En el Título V se hace referencia a los servicios sociales a las personas con discapacidad, y en su artículo 32, dedicado a los centros residenciales, advierte del especial tratamiento que habrá de dispensarse a aquellas personas con trastornos de conducta asociados a su discapacidad y a aquellas otras personas con minusvalía psíquica sometidas a medidas de seguridad privativas de libertad, que en ningún caso será discriminatorio con respecto a la atención que se presta al resto de las personas con discapacidad. Asimismo dice en su artículo 34, que los usuarios de los centros residenciales y de día gozarán, entre otros, del derecho a participar y ser oídos, por sí o sus representantes legales, en aquellas decisiones o medidas relacionadas con la atención que han de recibir en ellos. En los supuestos en que dichas decisiones o medidas supongan aislamiento, restricciones de libertades u otras de carácter extraordinario, deberán ser aprobadas por la autoridad judicial, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida, en cuyo caso se pondrá en conocimiento de aquélla cuanto antes. También establece que tienen derecho a un trato digno, tanto por parte del personal del centro o servicio como de los otros usuarios, a una atención individualizada acorde con sus necesidades específicas, a la máxima intimidad y privacidad, siendo necesario hacer compatible este derecho con las exigencias derivadas de la protección de su vida, de su salud y de su seguridad, y a cesar en la utilización de los servicios o en la permanencia en el centro por voluntad propia o de sus representantes legales, sin perjuicio de los supuestos en los que la permanencia en el centro esté sometida a decisión judicial.

En relación con la pérdida del derecho a la libertad en situaciones de carácter sanitario, la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, que permanecerá vigente hasta el 30 de junio de 2017, en su artículo 763 se ocupa de los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico. Establece que el internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial. Aclara además que la autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida, en cuyo caso el responsable del centro en que se produzca el internamiento deberá dar cuenta al Tribunal competente lo antes posible, siempre dentro del plazo de veinticuatro horas, para que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida en las siguientes setenta y

dos horas. Ahora bien, en tanto que dicha medida constituye una privación de libertad, sólo podía haberse regulado mediante una ley orgánica, cuestión por la que el Tribunal Constitucional declara la inconstitucionalidad parcial de este artículo en su sentencia 132/2010, aunque no acuerda la nulidad de los preceptos, sino que insta al legislador para que, a la mayor brevedad posible, proceda a regular dicha medida mediante ley orgánica.

Por otra parte, en el ámbito de las Comunidades Autónomas, el Decreto 176/2000, de 15 de mayo, de modificación del Decreto 284/1996 de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales, establece la necesidad de exigir medidas para reforzar la protección de las personas usuarias de los servicios sociales. Entre otros requisitos está la redacción de un número mínimo de protocolos y registros, como el referido a las contenciones de personas, ya que hasta entonces la mayoría de entidades de servicios sociales no tenían. Surgen posteriormente en otras autonomías, normas en el mismo sentido, como la Circular de la Gerencia del Servicio Regional de bienestar Social de la Comunidad de Madrid en 2006, de obligado cumplimiento del [Protocolo de Prevención y Uso de Sujeciones Mecánicas](#) en todos los centros gestionados por el mismo.

De nuevo en el ámbito autonómico es de destacar que en Cataluña la 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, destina el artículo 6 del capítulo 4 al Consentimiento Informado y establece que "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". También dice que "la responsabilidad de garantizar el derecho a la información corresponde al médico y que también tienen que asumir responsabilidades los profesionales asistenciales que apliquen una técnica o procedimiento concreto". Asimismo, se hace una excepción a la exigencia del consentimiento informado y lo otorga por sustitución cuando, ante el riesgo inminente de la integridad física o psíquica del enfermo, no se puede obtener la autorización o cuando ocurre que el enfermo no es competente para tomar decisiones. En este caso, el consentimiento, lo dará la familia o el representante legal de la persona enferma.

En el mismo sentido se posiciona la Junta de Galicia con la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, en relación con el cambio de cultura jurídica en la relación clínica, evidenciado en la afirmación del principio de autonomía de la persona, que

supone dejar al margen una relación caracterizada por un sentido paternalista y regida por el principio de beneficencia, para alcanzar una nueva situación, acorde con los tiempos, en la que el paciente y sus derechos se configuran como los protagonistas.

De modo similar, en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Madrid, Ley 12/2001, de 21 de diciembre, se establece que los principios de la organización sanitaria son la orientación al ciudadano como persona, su autonomía y la garantía de los derechos a la intimidad y a la protección de los datos de carácter personal, donde todos los ciudadanos serán objeto de la misma consideración y respeto, y donde el desarrollo y la aplicación efectiva de los derechos de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema sanitario se llevarán a cabo teniendo en cuenta el enfoque de la ética aplicada a la sanidad, así como las recomendaciones establecidas en las Declaraciones Internacionales de Bioética suscritas por España. Con esta finalidad, se incluyen en el articulado acciones concretas como que las administraciones sanitarias promoverán el desarrollo y aplicación efectiva de los derechos de los ciudadanos y en particular promoverán la creación, acreditación y supervisión de la actividad de los comités de Ética para la Asistencia Sanitaria en los servicios sanitarios. También se reconoce en esta Ley que el ciudadano tiene derecho a ser verazmente informado, en términos comprensibles en relación con su propia salud, para poder tomar una decisión realmente autónoma, y que en situaciones de riesgo vital o incapacidad para poder tomar decisiones sobre su salud, se arbitrarán los mecanismos necesarios para cada circunstancia que mejor protejan los derechos de cada ciudadano.

Al año siguiente se promulga la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Desde entonces ha habido revisiones de su contenido en algunos aspectos que posteriormente serán comentados, hasta llegar a la versión que actualmente está en vigor. La figura del Consentimiento Informado se regula de forma que se establece que toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información necesaria haya valorado las opciones propias del caso. El consentimiento será verbal por regla general, y se prestará por escrito en caso de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible

repercusión negativa sobre la salud del paciente. También se especifica que el consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos, y el paciente podrá revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento. Se describen asimismo los límites por los que los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, y que en el caso que nos ocupa podría ser de aplicación cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

Asimismo, al definir el consentimiento por representación lo posibilita cuando el paciente no es capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o cuando su estado físico o psíquico no le permite hacerse cargo de su situación, y si el paciente carece de representante legal, lo cual es habitual, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. También se puede otorgar el consentimiento por representación cuando el paciente tiene la capacidad modificada judicialmente y así consta en la sentencia, así como cuando el paciente es menor de edad y no es capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, en cuyo caso el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión. Según la Ley cuando se trate de menores de edad emancipados o bien con 16 años o más, no cabe prestar el consentimiento por representación salvo incapacidad o en caso de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, circunstancia en la que el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo. Además, la decisión del representante, en estos casos, deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente, y aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de

justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad. Por último, hemos de destacar en lo que nos concierne sobre el consentimiento por representación, que la Ley establece que esta prestación tiene que ser adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal, garantizándose que el paciente pueda participar en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Para ello, si el paciente es una persona con discapacidad, circunstancia ésta que será frecuente en el contexto que estamos manejando en este informe, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.

Como último punto a destacar de la Ley 41/2002 en relación con el tema que nos ocupa, se establecen las condiciones de la información y consentimiento por escrito. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente: las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente, los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención, y las contraindicaciones. Además, el médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

En abril de 2002 las Naciones Unidas celebran en Madrid la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Fruto de esta cumbre mundial surge el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y la [Declaración Política](#) correspondiente, que marcan un punto de inflexión en la percepción mundial del desafío decisivo que supone la construcción de una sociedad para todas las edades. En esta Declaración se advierte explícitamente que el abandono, el maltrato y la violencia contra las personas de edad pueden adoptar muchas formas, tanto física, psicológica, emocional o financiera, y se producen en todas las esferas sociales, económicas, étnicas y geográficas. Exhorta por ello a las comunidades a trabajar unidas para prevenir los malos tratos, el fraude al consumidor y los delitos contra las personas de edad, y destaca que es necesario

que los profesionales reconozcan los riesgos de abandono, maltrato o violencia por parte de los encargados, profesionales o no, de atender a las personas de edad en el hogar o en contextos comunitarios o institucionales. Posteriormente la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su [resolución 66/127](#), designa el 15 de junio como Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez, representando el día del año en el que todo el mundo expresa su oposición a los abusos y los sufrimientos infligidos a los mayores.

A nivel autonómico se va promulgando legislación que desarrolla y actualiza normativa sobre Servicios Sociales, como la Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales del Principado de Asturias, con el objeto la ordenación, organización y desarrollo de un sistema público de servicios sociales, así como la regulación de la iniciativa privada en esta materia, para la consecución de una mejor calidad de vida y bienestar social, o la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, con similar finalidad.

Por otra parte, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena. De esta manera, establece que los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables. Asimismo, los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten, y en todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.

Debemos tener en cuenta también que esta Ley dicta que corresponde, en general, a los antes denominados Licenciados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para el que les faculta su correspondiente título, la prestación personal directa que sea necesaria en las diferentes fases del proceso de atención integral de salud y, en su caso, la dirección y evaluación del desarrollo global de dicho proceso, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en el mismo. En particular, corresponde a los Graduados en Medicina la indicación y realización de las

actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.

Corresponde, en general, a los antes denominados Diplomados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para que les faculta su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso. En particular, corresponde a los Graduados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades. Corresponde a los Graduados Universitarios en Fisioterapia la prestación de los cuidados propios de su disciplina, a través de tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades somáticas, así como a la prevención de las mismas. Y corresponde a los Graduados Universitarios en Terapia Ocupacional la aplicación de técnicas y la realización de actividades de carácter ocupacional que tiendan a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a orientar y estimular el desarrollo de tales funciones.

Finalmente, hay que destacar en esta Ley, que apuesta por una atención sanitaria integral, lo que supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas. El equipo de profesionales es la unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que les son requeridos. Establece asimismo que, cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas.

Es importante la anotación de que dentro de un equipo de profesionales será posible la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse. Condición necesaria para la delegación o distribución del trabajo es la capacidad para realizarlo por parte de quien recibe la delegación, capacidad que deberá ser objetivable, siempre que sea posible, con la oportuna acreditación.

Por otra parte, en septiembre de 2004 el Consejo de Europa, a través del Comité de Ministros, adopta la [Recomendación Rec \(2004\)10](#) a los Estados miembros relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastorno mental. Aunque se ocupa únicamente de las personas con trastorno mental, establece una serie de principios y deberes que deben ser tenidos en cuenta a la hora de decidir sobre la adopción o no de medidas de contención física o farmacológica. Concretamente, el artículo 27 establece que las medidas de contención o restricción sólo se podrán emplear en instalaciones adecuadas, y según el principio de mínima restricción, para prevenir daños inminentes en la persona afectada o en otras, y en proporción a los riesgos existentes, y que esas medidas sólo podrán aplicarse bajo supervisión médica y deberán quedar adecuadamente documentadas. Además, establece también que la persona sometida a medidas de contención o restricción deberá ser objeto de un seguimiento regular, y que las razones por las que se adopte la medida y su duración deberán ser registradas en la historia clínica de la persona y en un registro. Finalmente hace una excepción, por la que dicho artículo no se aplica a las restricciones momentáneas. Este artículo debe interpretarse de acuerdo con los principios consagrados en la Recomendación, así como los principios generales del Convenio de Oviedo ya mencionados, y dado que la Recomendación fue aprobada junto con un Informe explicativo de su contenido para conocer el alcance de lo dispuesto en ella, resulta conveniente leer el Informe. Asimismo, resulta también de gran interés la directamente relacionada, y emitida posteriormente, [Recomendación CM/Rec \(2009\)3](#) del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales, considerando que las estrategias nacionales tienen que proporcionar los procedimientos jurídicos en los que se fundamente la protección de los derechos humanos y la dignidad, así como crear servicios sociales, y mejorar la asistencia y los tratamientos que se ofrecen en el ámbito de la atención sanitaria

y social, y señalando que la evolución del papel de los profesionales de la medicina y de otros campos que participan en la asistencia sanitaria de las personas que sufren un trastorno mental, necesitará no sólo marcos de trabajo normativos, sino también una mayor formación y supervisión. Para ello, recomienda a los Gobiernos de los Estados miembros que utilicen una lista de control, que consta en el anexo de la Recomendación, como principio fundamental de las herramientas de creación y seguimiento, y que sirven de ayuda para determinar el grado de cumplimiento de la Recomendación Rec2004 (10) al objeto de proteger la dignidad y los derechos humanos de las personas que sufren trastorno mental y garantizarles la asistencia adecuada.

En el año 2005, la [Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO](#) proclama en su artículo 8 el principio de respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal, que es de especial aplicación en el campo de las medidas de contención, en los términos siguientes: “Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos.”

En abril de 2008 se promulga en España el Instrumento de ratificación del Protocolo Facultativo a la [Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad](#), hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. El Artículo 14 de la Convención dice que los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona, no se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad. Asimismo, los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables.

Existen diferentes leyes de ámbito autonómico relacionadas con las competencias transferidas en materia de Acción Social, como la Ley foral 15/2006, navarra, de

14 de diciembre, de Servicios Sociales, la Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales, la Ley de Cataluña 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales, la Ley del País Vasco 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, la Ley 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de las Illes Balears, la Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja, o la Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. A modo de ejemplo, en esta última, en el Título I sobre los derechos y deberes en materia de servicios sociales, el artículo 7 establece como derecho de la persona usuaria de servicios sociales el derecho a no ser sometida a ningún tipo de inmovilización o restricción de la capacidad física o intelectual por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o terceras personas.

Un caso especial es el Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, que regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la Comunidad Foral de Navarra, desarrollando el artículo 8 de la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales. Esta Ley establece como uno de los derechos de las personas usuarias de servicios residenciales el de no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros, debiéndose justificar documentalmente en el expediente del usuario las actuaciones efectuadas, en la forma que se establezca reglamentariamente, y asimismo comunicarse al Ministerio Fiscal.

En dicho Decreto se definen las sujeciones físicas como la intencionada limitación de la espontánea expresión o comportamiento de una persona, o de la libertad de sus movimientos, o su actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicado sobre ella, o adyacente a su cuerpo, del que no puede liberarse con facilidad. También describe que en el caso de las sujeciones farmacológicas la limitación se produce mediante fármacos debidamente indicados, pautados y monitorizados. Se considera preciso, en el caso de Navarra, acometer un desarrollo reglamentario que regule las garantías necesarias para la aplicación de sujeciones en el procedimiento de urgencia sin prescripción médica. Asimismo, y para una completa garantía de los derechos, y debido a los graves riesgos que para la persona puede suponer un mal uso de las

mismas, también se hace preciso establecer unas garantías de procedimiento en el uso de aquellas que son prescritas conforme a los requisitos de dicho precepto, esto es, mediante prescripción médica. Consideran necesario también definir de forma clara y precisa el concepto de sujeción así como sus variantes, a efectos de evitar confusiones conceptuales que pudieran afectar a intervenciones posteriores. Por otro lado, el potencial uso con fines restrictivos, y especialmente su clara relación con el uso de sujeciones físicas y farmacológicas, así como los accidentes posibles relacionados directamente con ellas, y el ejemplo de otros países, han hecho que se considere conveniente establecer en esta regulación unas garantías para la aplicación y uso de barandillas o barras laterales en las camas de los centros pertenecientes a éste ámbito de servicios, ya que son consideradas igualmente como una forma de restricción física. También se considera oportuno regular los derechos de las personas usuarias en esta materia que tan directamente incide en su calidad de vida, así como la exigencia del consentimiento informado para su aplicación.

Recientemente, el artículo 27.2 de la Ley Orgánica 8/2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, regula por primera vez en ese ámbito, extrapolable al nuestro, la aplicación de medidas de sujeción mecánica al menor, para aclarar que las mismas se regirán por los principios de excepcionalidad, necesidad, provisionalidad y prohibición del exceso, aplicándolas con la mínima intensidad y por el tiempo estrictamente necesario, llevándose a cabo con el debido respeto a la dignidad, privacidad y derechos del menor. *Mutatis mutandi* todos esos principios e idéntico respeto por la dignidad y privacidad deberán ser observados cuando los destinatarios de las medidas sean enfermos, peligrosos o incapaces.

Por último, debemos tener presente la el Código Penal, cuya versión vigente data de 2015. Son de especial interés en nuestro caso algunos artículos que hacen referencia a malos tratos, e indirectamente a la sujeción, que puede tentar a la dignidad de la persona. Así debemos tener en cuenta los artículos 147, 148 y 153 del Título III referidos a lesiones. Del Título VI de delitos contra la libertad el artículo 169 sobre amenazas, y 172 sobre coacciones. Del Título VII el artículo 173 sobre torturas y otros delitos contra la integridad moral. Del Título XII de los delitos contra las relaciones familiares, los artículos 226 y 299 en relación con el abandono de familia, menores o personas con discapacidad necesitadas de especial protección.

Por otra parte, al analizar las resoluciones dictadas tanto por el Tribunal Supremo como por órganos judiciales inferiores, en el enjuiciamiento, principalmente, de los casos de responsabilidad por falta de adopción de medidas de contención nos permite comprobar cómo, con algunas contadas excepciones en las que los Tribunales hacen alguna mención a la proporcionalidad de la medida, parece ser práctica común valorar la legalidad de las mismas sin recurrir al citado principio. En este tipo de sentencias no se analiza la adopción de las medidas desde el punto de vista de la limitación de derechos y libertades del paciente, sino que los Tribunales analizan la indicación de las medidas desde el prisma de la *lex artis* clínica, valorando la situación clínica del paciente, pero sin atender al principio de proporcionalidad, haciendo recaer habitualmente la carga de la prueba en la Administración. Sin embargo, el principio de proporcionalidad constituye la herramienta jurídica principal a los efectos de valorar la constitucionalidad de las medidas de contención en cuanto medidas limitadoras de la libertad personal que se consagra en el artículo 17 de la Constitución. Así, el recurso a dicho principio es habitual por parte de nuestro Tribunal Constitucional, existiendo ya un cuerpo doctrinal muy completo tanto con carácter general como, específicamente, en relación a las medidas de contención en los ámbitos social y sanitario⁵.

Para respetar el principio de proporcionalidad en la adopción de medidas de sujeción mecánica o uso de fármacos para controlar a enfermos psiquiátricos, personas incapaces o pacientes peligrosos, es necesario constatar que cumplen los siguientes requisitos: si tales medidas son susceptibles de conseguir el efecto propuesto de evitar lesiones propias o ajenas - juicio de idoneidad-; si, además, son necesarias, en el sentido de no existir otras menos gravosas para la consecución del mismo objetivo con igual eficacia - juicio de necesidad-, y, finalmente, si las mismas son proporcionadas en sentido estricto, es decir, ponderadas o equilibradas por derivarse de ellas más beneficios que perjuicios sobre otros bienes o valores en conflicto - juicio de proporcionalidad en sentido estricto.

⁵ Montalvo F, Asensi A. El recurso a la proporcionalidad por parte de nuestros tribunales en el enjuiciamiento de la responsabilidad por medidas de contención en el ámbito sanitario y sociosanitario. Derecho y salud, Vol. 23, N°. Extra 1, 2013 (Ejemplar dedicado a: XXII Congreso "Derecho y salud"), págs. 212-221

3. Consideraciones sobre la necesidad de su uso

Nos referimos a la contención o sujeción de una persona cuando mediante un dispositivo físico del que no puede liberarse con facilidad, o bien mediante la administración de fármacos, limitamos de manera intencionada su expresión espontánea o su comportamiento, su libertad de movimientos, su actividad física o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo. Se trata de una medida terapéutica excepcional cuyo objetivo básico es evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física de una persona, generalmente incapacitada, o la de otras personas de su entorno.

Entre las situaciones en las que se recurre a su aplicación están los cuidados postquirúrgicos, por ejemplo en Unidades de Cuidados Intensivos, donde por las peculiares circunstancias hay riesgo de arrancarse vías venosas, sondas o tubos de ventilación respiratoria vitales para el mantenimiento de los cuidados y tratamientos esenciales. También son utilizadas estas técnicas en Unidades de Hospitalización de Neurología, Medicina Interna u otras especialidades, ante comportamientos agitados con movimientos irreflexivos, incontrolados o desordenados, producto de enfermedades agudas o crónicas, o por cuadros de agitación o estados confusionales. Asimismo, se recurre con frecuencia a las contenciones ante el riesgo de caídas de los pacientes que permanecen en una cama o un asiento; en estos casos hablaríamos propiamente de medidas de contención si se instauran contra la voluntad del paciente y no puede retirarlas con facilidad.

Las medidas de contención pueden ser indicadas en diferentes situaciones, con características diferenciadas. En las Unidades de Cuidados Intensivos los pacientes suelen tener unas medidas farmacológicas asociadas que contribuyen a la inmovilización por sedación, al menos en una fase de su cuidado, y van a gozar de una vigilancia estrecha y continua, con personal que está pendiente del paciente en todo momento, por la propia naturaleza de la unidad asistencial. En las Áreas de Urgencias también suelen tratarse pacientes en situaciones muy variadas, que en una fase inicial pueden necesitar estas medidas como prevención o para posibilitar tratamientos, como intoxicaciones o estados confusionales agudos. En el caso de la Pediatría también es frecuente el uso de medidas de sujeción, con la finalidad de restringir el movimiento del niño, ya sea en una zona del cuerpo o varias extremidades bien para facilitar algunas técnicas o maniobras minimizando los riesgos, bien para conservar su seguridad y

protegerlo de lesiones, o bien para facilitar el examen y reducir al mínimo las molestias al niño durante pruebas especiales, procedimientos y obtención de muestras, siendo frecuentemente manual y en ocasiones mecánica, utilizando dispositivos de restricción. En las Unidades de Salud Mental su uso suele estar asociado a un internamiento no voluntario, con características legales propias, siendo la contención una medida impuesta, y habitualmente con una combinación entre mecánica y farmacológica. En la Unidades Geriátricas su uso se da obviamente en personas con especial vulnerabilidad y fragilidad, con autonomía disminuida, y cuando hay personal escaso con riesgo de utilización no suficientemente justificada. En el Ámbito Domiciliario también suelen tratarse con medidas de contención a personas mayores, a veces afectadas por enfermedades de tipo neurológico degenerativo, o bien de salud mental, que están bajo el cuidado habitual de familiares o cuidadores no profesionales, y donde también existe riesgo de uso inadecuado o poco justificado. Por último, un caso especial en el que no nos detendremos es el de su uso en los Centros de Menores o las personas privadas de libertad, en los que se puede recurrir a la contención como medida de castigo, circunstancia rechazada desde la propia [deontología](#) y en la que por tanto ningún profesional sanitario debería colaborar.

No existe ninguna prueba de que las contenciones físicas tengan algún beneficio curativo o preventivo, diagnóstico ni terapéutico para las personas mayores ni su entorno. Solamente se ha encontrado un estudio⁶ referido a sillas de contención en un contexto de evaluación médica y legal, no estrictamente enfocado a personas mayores, que concluye que bien utilizadas podrían tener algún efecto beneficioso. Debido a que el grueso de la literatura sobre contenciones identifica fundamentalmente problemas derivados de las mismas, en realidad no resultaría ético realizar estudios al respecto, lo que explica la carencia de información positiva, y que ni siquiera se contemple o se haya evaluado en prevención de caídas. Por el contrario, sí que se ha localizado una publicación⁷ que concluye que la reducción del uso de las restricciones físicas se relaciona con disminución de la estancia hospitalaria.

El uso de contenciones físicas en el medio extrahospitalario, especialmente en las residencias geriátricas, es conceptualmente mucho más cuestionable que en el

⁶ Castillo EM, Coyne CJ, Chan TC, Hall CA, Vilke GM. Review of the medical and legal literature on restraint chairs. Journal of Forensic and Legal Medicine. 2015;33: 91-97

⁷ Kwok T, Bai X, Chui MYP, Lai CKY, Ho DDWH, Ho FKY, et al. Effect of Physical Restraint Reduction on Older Patients' Hospital Length of Stay. JAMDA.2012; 13: 645-650.

hospital, por cuanto se acomete generalmente en un individuo vulnerable, en situación de dependencia, la realizan las personas en las que tiene que confiar sus cuidados, y es susceptible de cronificarse, con consecuencias devastadoras a su bienestar psíquico y físico en sus últimos años de vida. Se practica con frecuencia en una situación de la rutina diaria de la persona, en el lugar donde reside y donde teóricamente tiene pleno derecho de desarrollar sus expectativas vitales conforme a su proyecto y en la medida de sus capacidades, como cualquier otro individuo. En el caso de residencias geriátricas, además, no sólo se habla del hogar de la persona mayor, sino de la institución en la que recibe una atención profesionalizada, a menudo sufragada con fondos públicos, al menos parcialmente, por lo cual a los modelos de atención que se aplican se les debe exigir ser ejemplares y con orientación educativa en todos aquellos aspectos sanitarios y sociales que les atañe.

Efectivamente existen controversias en su uso que no se pueden negar. Unas de tipo personal, pues son medidas que en principio atentan contra la dignidad y los derechos fundamentales del ser humano, y puede interferir con las posibilidades de ser cuidado conforme a sus propias expectativas en momentos de alta vulnerabilidad. La percepción negativa y sensación de maltrato y abuso que puede sentir el individuo puede comprometer seriamente su sintonía con las personas encargadas de su cuidado y generar situaciones conflictivas en la asistencia diaria, del mismo modo que ocurre en los hospitales, con enfrentamientos personales de difícil resolución, en las que el elemento más indefenso siempre es el anciano, fundamentalmente por su incapacidad de dar fe de la situación vivida o por ser minusvalorado su testimonio, y por ser fácilmente influenciado por su situación de dependencia.

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

Otras cuestiones que se plantean son de índole social cuando se presenta como un hecho normal y normalizado, en cuyo caso la aplicación de contenciones puede suponer, en el fondo y en la forma, una ofensa moral y un nefasto ejemplo

al entorno familiar, incluyendo a los más pequeños, a los que las mismas familias deben instruir en valores cívicos y derechos fundamentales. Del mismo modo, se puede cuestionar con este procedimiento la labor educativa ejercida sobre temas como promoción de la autonomía y de hábitos saludables en el conjunto de la población, y específicamente en las personas mayores. No hay que olvidar que las residencias geriátricas son importantes puntos de encuentro intergeneracional y multifamiliar, donde confluyen personas cuidadas y cuidadores presentes y potencialmente futuros.

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

En las residencias del ámbito social el equipo asistencial está constituido mayoritariamente por auxiliares o técnicos en turnos rotatorios, lo que propicia que cada día, e incluso en distintos momentos del mismo día, un anciano sea atendido por varias personas, con el desconcierto e incremento de desorientación que ello supone para personas mayores con problemas cognitivos. Estos trabajadores deben abordar con destreza las limitaciones intelectuales y comunicativas de las personas que cuidan, y aplicar los mejores cuidados posibles de forma continua, en general el resto de su vida, lo que pueden contemplar como una carga extra si algún residente les supone un cambio de procedimientos respecto al resto. Por ello, las instrucciones sanitarias farmacológicas y no farmacológicas para el mantenimiento saludable de cada residente deben estar perfectamente reflejadas y deben ser conocidas por los distintos profesionales de salud. Algunas residencias tienen médico propio, otras no, pero en cualquier caso el médico de Atención Primaria mantiene su responsabilidad respecto a los usuarios en su cupo, por lo que las instrucciones médicas se deben aclarar y consensuar lo más posible para evitar desencuentros. Los residentes son adscritos a médicos del sistema público para, entre otros servicios, disponer de las funciones administrativas que requieren como dispensación de recetas, informes para solicitud de ayudas o certificados

oficiales. A pesar de que los médicos de Atención Primaria del sistema público en muchas ocasiones no son quienes atienden a los pacientes en las residencias, ni son realmente los prescriptores ni quienes solicitan interconsultas con otros especialistas cuando se precisa pues lo hace a menudo el médico de la residencia, son sin embargo los responsables del consumo de medicación y de otros recursos sanitarios como transporte o derivaciones a especialistas de cada paciente, y son evaluados por ello por sus respectivas Gerencias o Inspecciones. Este hecho es más o menos problemático según la zona del país a la que nos refiramos, y es una circunstancia más que está en relación probablemente también con que cada Comunidad Autónoma ha regulado de forma diferente los requisitos que debe reunir el personal que trabaja en una residencia.

En el caso del hogar particular, tampoco es esperable que se tengan habitualmente los conocimientos apropiados para realizar una atención profesional, por lo que el asesoramiento sanitario es fundamental. Se trata, por tanto, de un ámbito de neta intervención a cargo de los Equipos de Atención Primaria en el contexto de la atención y seguimiento de las personas mayores dentro de su cupo, que debe compatibilizarse y coordinarse necesariamente con la protocolización paralela del ámbito social. Se ha apreciado⁸, al estudiar la percepción de los familiares que cuidan a personas mayores en el domicilio, que las situaciones en las que según su punto de vista consideran justificada la contención mecánica están habitualmente relacionadas con cuestiones como evitar caídas, controlar agresiones, mantener dispositivos, manejar cuadros de agitación, riesgo de extraviarse, controlar riesgos durante el sueño, mantener el equilibrio corporal, facilitar el descanso del anciano y falta de tiempo del cuidador. Es de destacar la experiencia⁹ de las enfermeras belgas en el ámbito domiciliario, que identifican por un lado la necesidad de contención como medida para evitar el ingreso de las personas mayores en residencias, pero también como manera de conseguir los cuidadores informales un tiempo para poder tener un pequeño descanso cuando hay una situación de requerimiento de atención continua o para actividades necesarias como ir a la compra, dejando en este caso al anciano solo en el domicilio.

⁸ Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Núñez-González E, Montilla-Fernández M, Santana-Santana E. Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008; 43(4): 201-207.

⁹ Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, Paquay L, Van Gansbeke H, Boonen S, Milisen K. Restraint use in home care: a qualitative study from a nursing perspective. *BMC Geriatrics.* 2014; 14(17)

Existen iniciativas institucionales, profesionales y de organizaciones para buscar alternativas a la contención a fin de disminuir su número y que sólo se instauren las imprescindibles. Entre las medidas alternativas adoptadas mayoritariamente para retirar con éxito la contención física se describen la estimulación física, la existencia de butacas ergonómicas, los cambios posturales, revisiones del estado de salud, la existencia de mesita o bandeja ante el asiento, el abordaje y la contención verbal, aumento de frecuencia de cambio de pañales o llevarlo al aseo, cambios de pauta de medicación, aumento de personal con más supervisión, aumento de vigilancia nocturna, estimulación cognitiva con actividades, trabajo en familia y otras. Hay que destacar que en los informes publicados, de las medidas descritas, prácticamente todas las más utilizadas [no precisaron de un incremento de inversión económica ni de recursos humanos](#). La utilización de butacas ergonómicas sí precisó un gasto económico en algunos establecimientos que no disponían de ellas, aunque en muchos casos se observó que ya tenían un mobiliario adecuado pero no se estaba utilizando para las personas residentes más dependientes, que mayoritariamente se encontraban sentadas en sillas de ruedas con sujeciones. De ellas, la medida más utilizada fue la denominada estimulación física, que comprende actividades y atenciones como programación de paseos diarios, la deambulación de la persona residente con apoyo del personal, ejercicios físicos de psicomotricidad, de mantenimiento y refuerzo del tono muscular efectuados por el fisioterapeuta, estimulación basal y masajes. En cuanto a los cambios posturales de la persona residente como medida alternativa es relevante destacar que forma parte del sistema asistencial y que también consta en las pautas de movilización habitual previstas en las prescripciones de contención física, sin embargo, en las instituciones en las que se está abordando el tema de las contenciones con este punto de vista, al tomarse conciencia de los efectos negativos de la contención física y de la necesidad de cumplir realmente con el plan de cuidados y de atenciones previstos para la persona residente, los establecimientos intensificaron el trabajo en esta área con buenos resultados.

4. Consideraciones sobre la seguridad del paciente contenido

Existen numerosas publicaciones científicas y revisiones de estudios observacionales que concluyen que la restricción física produce daños^{10,11,12} en las

¹⁰ Fariña-López E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46(1):36-42

¹¹ Hewer W, Kauder E, Vierling P. Fatal pulmonary embolism following antipsychotic treatment and physical restraint. Pharmacopsychiatry. 2009; 42: 206-8

¹² Hem E, Steen O, Opjordsmoen S. Thrombosis associated with physical restraints. Acta Psychiatr Scand 2001; 103:73-76.

personas e incluso cierta mortalidad^{13,14,15,16}. Podemos encontrar referencias a los dispositivos más involucrados, y descripciones de los problemas que se han relacionado con la instauración de las medidas de contención. Uno de los problemas más graves es la asfixia mecánica, bien por estrangulación, postural, posicional por suspensión así como por sofocación por compresión toracoabdominal. La muerte súbita también se ha relacionado con el uso de las contenciones mecánicas: la restricción física causa en muchas personas un gran estrés físico y emocional, acompañado de ansiedad intensa, resistencia y agitación, lo que desencadena una fuerte descarga de glucocorticoides y catecolaminas, las cuales pueden sobreestimar el corazón y provocar una arritmia fatal en pacientes con enfermedad vascular previa. Otros autores añaden como mecanismo de muerte súbita que la resistencia constante a la restricción genera una acidosis metabólica que también tiene efectos cardiovasculares negativos, y en caso de accidente, la capacidad del organismo para corregir dicha acidosis por compensación respiratoria se ve reducida, ya que la posición corporal determinada por la sujeción dificulta la ventilación. También están descritas lesiones por caídas y golpes más graves que las sufridas en personas no contenidas, de hecho, el deterioro de la agilidad, que protegería obviamente de caídas, en octogenarios se vincula con el número de horas que permanece sentado. También hay con relativa frecuencia casos de broncoaspiración tras vómito o regurgitación, cuando hay una inmovilización en una posición que lo favorece, con consecuencias fatales como neumonías graves bilaterales por aspiración y cierta mortalidad. Se describen asimismo casos de tromboembolismo pulmonar, que es un efecto adverso que también se relaciona con los neurolépticos que frecuentemente se asocian a las contenciones mecánicas en personas con trastornos conductuales. Otros daños físicos como quemaduras, úlceras de decúbito, contracturas musculares, incontinencia urinaria, estreñimiento, aumento de dependencia, sarcopenia o desnutrición. Además, desde el punto de vista psicológico es obvio que en la situación de vulnerabilidad de las personas afectadas se den sentimientos de miedo, angustia, humillación o

¹³ Quintero-Urbe JC, Blanco-Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados Rev Esp Med Legal. 2012;38(1):28-31

¹⁴ Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraint. Gerontologist. 1992; 32(6): 762-6

¹⁵ Brandi V, Carfi A, Vetrano DL, Liperoti R, Foebel A.D, Landi F, Bernabei R, Onder G. Antipsychotic drugs, physical restraints and mortality in nursing home residents with cognitive impairment: results from the SHELTER study. European Geriatric Medicine. 2014; 5S1:566

¹⁶ Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T. Morbidity and Mortality Associated with the Utilization of Restraints. A Review of Literature. Psychiatr Q. 2013; 84:499–512. DOI 10.1007/s11126-013-9262-6

desesperación, y tengan reacciones que pueden ir desde algo leve como un enojo o situación graves de verdadera agitación.

Es destacable que incluso con un correcto uso¹⁷ de los dispositivos de contención física están descritas muertes directamente relacionadas con su utilización. Los casos de daños mortales no pueden dejar de tenerse en cuenta ya que se producen con dispositivos o condiciones de cuidados supuestamente orientados a la seguridad del usuario, y llegan a ser la causa reconocida de uno de cada mil¹⁸ fallecimientos ocurridos en los centros geriátricos norteamericanos. Para organismos como la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, una muerte o un daño producido por una contención es un evento centinela que obliga a la organización sanitaria a realizar un análisis sistemático integral inmediato a fin de dar una respuesta con propuestas de cambio en los protocolos de actuación a fin de evitar la persistencia de la debilidad de la seguridad de la atención. En este sentido se han identificado factores en los eventos ocurridos que pueden contribuir a aumentar el riesgo de muerte¹⁹. Entre estos factores se describen la inmovilización de pacientes fumadores, la inmovilización en posición supina, que predispone al riesgo de broncoaspiración, la inmovilización en decúbito prono, que predispone al riesgo de asfixia, la inmovilización a pacientes que se encuentran en una habitación en la que no hay observación continua del personal sanitario, o la inmovilización de pacientes con deformidades. Se aprecia, además, que las circunstancias en torno a estas muertes presentan patrones comunes y que lo que incrementa la probabilidad de un accidente es una combinación de factores, entre los que están la incapacidad de los pacientes para reconocer riesgos, la escasa vigilancia, la aplicación incorrecta de los dispositivos, una baja ratio de personal en determinados turnos y una insuficiente formación. Además, se concluye que se podrían evitar estos sucesos si se analizasen de forma crítica los aspectos descritos [y se optimizasen las condiciones en las que se realiza el cuidado](#).

Los dispositivos más implicados en los daños han sido las barras laterales de las camas, siendo las caídas al sortearlas relativamente frecuentes, así como los cinturones o chalecos de sujeción y los dispositivos no homologados. Una combinación especialmente peligrosa son las barras laterales más cinturones en

¹⁷ Rubin BS, Dube AH, Mitchell EK. Asphyxial deaths due to physical restraint: a case series. *Arch Fam Med.* 1993;2:405-8

¹⁸ Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraints. *Gerontologist.* 1992;32:762-6

¹⁹ Guttman R, Altman R, Karlan M. . Report of the council on scientific affairs: Use of restraints for patients in nursing homes. *Arch Fam Med.* 1999;8:101-5

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

Desde el punto de vista del médico, además de los riesgos meramente mecánicos por el uso de dispositivos, de la aplicación correcta o no en la persona adecuada, sería de especial consideración el beneficio esperado de una contención frente a los riesgos tromboembólicos venoso y pulmonar en pacientes que se inmovilicen, en función de los factores de riesgo que acumulen y también el posible riesgo de muerte súbita, teniendo en cuenta su patología cardiovascular, la expectativa de respuesta y resistencia del sujeto con subsiguiente sufrimiento y alteración o empeoramiento de situación psicológica basal. Obviamente las repercusiones de una sedestación física forzada mantenida²⁰ y su repercusión sobre la agilidad del anciano también merecen una valoración especial, debido a que precisamente minimizar el riesgo de caídas evitando todo movimiento es una de las principales razones que se argumentan en el uso de contenciones.

5. Consideraciones éticas

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

En el caso de las personas mayores institucionalizadas podría ocurrir que no se respetaran dichos principios, por diferentes razones, y esta situación nos llevaría ante un caso de maltrato. Los malos tratos en circunstancias de tanta vulnerabilidad y fragilidad como en el caso de las personas mayores es una preocupación creciente en nuestras sociedades, y así, por ejemplo, en el año 2006 las Naciones Unidas proclamaron en Nueva York el día 15 de junio como el Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez. También la Organización Mundial de la Salud (OMS) aborda con preocupación el tema,

²⁰ Muñoz-Arribas A, Vila-Maldonado S, Pedrero-Chamizo R, Espino L, Gusi N, Villa G, et al. Evolución de los niveles de condición física en población octogenaria y su relación con un estilo de vida sedentario. *Nutr Hosp*. 2014;29:894-900 DOI:10.3305/nh.2014.29.4.7212

definiendo el maltrato de personas mayores como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produce daño o angustia a una persona anciana, clasificándolo según su naturaleza como de tipo físico, psicológico, emocional, sexual o financiero, y advirtiendo que a veces puede ser reflejo de un acto de negligencia intencional o por omisión. El maltrato hacia las personas mayores puede ocurrir en el ambiente familiar o en los centros de ámbito social, pero también se produce a veces en las instituciones sanitarias. Algunos estudios se refieren a ello como invisible, pero no por su inexistencia sino, al contrario, por la existencia de situaciones oscuras e inadecuadas que serían perjudiciales para las propias instituciones si éstas se saliesen a la luz. Algunas de las características que tienen en común las instituciones donde esto ocurre son los aspectos que engloban todo lo relacionado con el personal y la cualificación de éste, caracterizándose frecuentemente por ser escaso en proporción a la demanda y por su inexperiencia en el cuidado de las personas mayores, así como por la falta de formación y aptitudes apropiadas. Ante esta situación estos cuidadores pueden desarrollar como reacción un estrés que puede desencadenar incluso un “Síndrome de Burn-out”, que tal y como describen Maslach y Jackson²¹ está caracterizado entre otras cuestiones por la deshumanización en la atención. Analizando las principales categorías de maltrato a las personas mayores podemos apreciar que se describen²² fenómenos como infantilización (tratar al paciente como si fuera un niño irresponsable en el que no se puede confiar), despersonalización (proporcionar servicios que desatienden las necesidades particulares del paciente u olvidarse de los aspectos biopsicosociales individuales), deshumanización (no sólo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad, de su capacidad para asumir responsabilidades sobre su propia vida) y victimización (ataques a la integridad física y moral de las personas mayores mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje o castigos corporales). Aunque hay una limitación importante en las conclusiones que se pueden sacar al respecto de su frecuencia, ya que a los escasos estudios realizados en las residencias de mayores se une, negativamente, la casi nula existencia de estudios que aborden el ámbito domiciliario, hospitalario o de atención primaria, parece que su uso en ocasiones se relaciona,

²¹ Maslach C, Jackson SE. 1982. Burnout: a social psychological analysis. En: Jones Jw, ed. The burnout síndrome: current research, theory, interventions. Park Ridge, Illinois: London Hause Press. p. 30-53

²² Caballero, J. Consideraciones sobre maltrato al anciano. Revista Multidisciplinaria de Gerontología. 2000; 10 (3): 177-188.

más que con una necesidad sanitaria, con carencias de formación, de personal y organizativas. Pese a ello, y posiblemente por un exceso de prudencia o quizá por el cuestionamiento del sistema de atención que subyace en el reconocimiento de su existencia, al uso de la contención física de las personas mayores le rodea un cierto silencio político, institucional, reglamentario y mediático, paralelo al silenciamiento de otras circunstancias de maltrato, [que están abultadamente infradenunciadas](#) tal y como en su día afirmó el Fiscal Delegado para la Protección y Defensa de los Derechos de las Personas Mayores.

La sensibilización sobre este tema en nuestro país está llegando con retraso, y en general está viniendo de la mano de asociaciones de pacientes y familiares o grupos sociales que aducen la preocupación por el futuro de una población que envejece a pasos agigantados y solicitan una mayor información en general. Sus iniciativas se ven reflejadas en hechos como la promoción de acciones para formación profesional en la materia o la realización de jornadas técnicas anuales auspiciadas por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), y se ven apoyadas por juristas o por el Fiscal Delegado para la Protección y Defensa de los Derechos de las Personas Mayores. En esa línea se está procediendo a la certificación de centros residenciales libres de sujeciones de los que ya se cuantifican unos cincuenta en España. Al respecto, creemos necesario en nuestro país desarrollar acciones o programas de sensibilización, orientación y formación en el menor uso posible y adecuado de sujeciones como medida terapéutica que es y siempre como último recurso. Además, dicha sensibilización y formación, para tener impacto en la situación actual, deben ser dirigidas a la ciudadanía en general y no sólo al conjunto de profesionales de ambos sistemas. Del mismo modo, sería recomendable que en los planes generales de intervención de los recursos sociales y sanitarios se incluya un estudio multidisciplinar de las medidas alternativas previas a la aplicación de restricciones físicas o farmacológicas, con la finalidad de evitar que la sujeción sea una solución fácilmente recurrida y en ningún caso sustitutivas de una supervisión por parte del profesional, ni sustitutivas de la existencia del personal necesario, elaborando protocolos de prevención y disminución de contenciones en los centros del ámbito de los Servicios Sociales.

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

condiciones de tomar decisiones y que toman una opción aceptando sus consecuencias no suele haber conflictos éticos, y, por tanto no deberían usarse los dispositivos de contención mecánica si no lo aceptan, preservando su libertad y autonomía. Sin embargo, cuando la persona no goza de estos principios, por ejemplo en el caso de una persona mayor dependiente con demencia muy avanzada, en una circunstancia en la que creemos que un cinturón abdominal puede ser una medida de seguridad para facilitar la sedestación, a pesar de ser una medida de restricción no estaríamos obligatoriamente asociando su uso al maltrato o la violencia, a no ser que fuese utilizado con intención de dominación, abuso de poder, castigo o conveniencia, o bien que estuviese produciendo un daño o sufrimiento al paciente que pudiera ser evitado. Entendemos que es más la intención o las consecuencias del uso de la contención, que el dispositivo en sí, lo que determina el conflicto ético.

Debemos ser exigentes en la humanización de la atención, de forma que cuidar no sea sólo aplicar unos protocolos y mantener unos registros. De acuerdo con los principios éticos universalmente establecidos y con el reconocimiento de los derechos de los usuarios, es preciso que la asistencia se dé con humanidad y con compasión, términos ya en desuso, pero que en el fondo nos invitan a humanizar el trato. La ética del cuidado se basa en la relación con el otro y ha de tener en cuenta las emociones, y para conseguir dar el paso de un plano teórico a uno real son indispensables la empatía y la escucha activa, a fin de hacer posible una respuesta a las necesidades individuales de manera flexible. Hay que ser capaz de entender el concepto de alteridad en toda su extensión, saber escuchar, respetar su manera de pensar incluso cuando existen diferencias evidentes y, sobre todo, realizar el esfuerzo necesario para entender cómo se siente. Con todo ello, existen situaciones excepcionales en las que está justificada la aplicación de una contención, en cuyo caso deberán respetarse los elementales principios éticos.

Cualquier persona es un agente moral autónomo, es decir, tiene derecho a tomar decisiones sobre su vida y su salud. La persona que requiera la aplicación de una contención deberá, por tanto, estar informada del uso de esta medida y, siempre que sea posible, se deberá solicitar su consentimiento. Si la persona es autónoma y rechaza cualquier tipo de restricción, siempre que sea posible, deberá respetarse su decisión. Por otra parte, si la persona carece de autonomía para tomar esa decisión, circunstancia que ocurre con frecuencia cuando está indicada

la contención, la información y el consentimiento recaerán, en la medida de lo posible, en su entorno más próximo. Al respecto, el 18 de agosto de 2015 entró en vigor la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, que con su disposición final segunda modifica la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. La citada Ley de autonomía del paciente establece que cualquier intervención médica exige siempre el consentimiento previo del paciente, excepto en dos situaciones: que exista un riesgo para la salud pública o que nos hallemos ante una urgencia vital y además, simultáneamente, se dé la circunstancia de que el paciente no esté en condiciones de poder tomar decisiones. Fuera de estos supuestos, o la intervención es consentida por el paciente o debe de ser autorizada por sus representantes, es decir, se otorga el consentimiento por representación. Precisamente en esta figura es en la que se ha introducido la modificación a la que estamos haciendo referencia y es la que frecuentemente se da cuando está indicada una contención.

De acuerdo con la nueva situación, los supuestos en los que cabe el consentimiento por representación son los mismos que existían hasta ahora, es decir, los casos de pacientes incompetentes, los incapacitados legalmente y los menores de edad, lo cual ha servido de justificación para que aparezca la reforma en una Ley relacionada con la infancia y la adolescencia, aunque es especialmente trascendente el cambio introducido en la Ley de autonomía para los demás supuestos de representación. La nueva norma recoge que en los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho al paciente, en cualquiera de los supuestos citados anteriormente, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o la salud del representado. A continuación la disposición añade que aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial para que ésta adopte la resolución correspondiente. Ahora bien, si por razones de urgencia no fuera posible recabar la autorización judicial, los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente.

Apreciamos por tanto que antes de la citada reforma, la prestación del consentimiento por representación debía hacerse siempre en favor del paciente,

y para establecer qué se consideraba como tal, se solía recurrir a las teorías utilizadas en la ética y la jurisprudencia norteamericana al respecto según las circunstancias del caso, es decir, la teoría subjetiva, la teoría del juicio sustitutivo y la teoría del mayor beneficio.

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

Sin embargo, mediante la teoría del juicio sustitutivo el representante toma las decisiones basándose en lo que el paciente hubiera llegado a decidir en caso de gozar de la capacidad necesaria para hacerse cargo de su situación. En principio es el criterio más respetuoso con la autonomía del paciente que ya no goza de capacidad, pero cuando se pasa del plano teórico a los casos concretos es común que aparezca en mayor o menor medida cierto grado de incertidumbre. La situación más favorable desde este punto de vista es aquella en la que el paciente ha dejado registrado un documento de instrucciones previas o testamento vital, aunque a menudo las circunstancias hipotéticas descritas no coinciden exactamente con las reales, y es el representante quien puede ayudar a dilucidar ciertos aspectos a fin de poder aplicar lo más fielmente posible la voluntad del representado. Sin embargo, en nuestro país aún es minoritaria la proporción de ciudadanía que tiene registradas instrucciones previas, lo que plantea serios problemas para conseguir poner de manifiesto inequívocamente su voluntad. Ante esta situación lo que se hace es intentar saber qué habría decidido el paciente en caso de ser un sujeto competente en el momento de tener que tomar la decisión, siendo posible para ello utilizar las teorías del testimonio de la voluntad anticipada y de la reconstrucción hipotética de la voluntad.

Precisamente para que el juicio sustitutivo responda fidedignamente a la voluntad del sujeto, en los últimos años se viene insistiendo en la necesidad de desarrollar una planificación anticipada de la asistencia sanitaria (PAAS). Se trata de que, antes de que el sujeto pierda o vea menguada su capacidad de decisión, tenga la oportunidad de dar a conocer el modo en que querría ser tratado en las diversas circunstancias en las que podría encontrarse en el futuro. Para que esa PAAS sea adecuada, y pueda servir de criterio para la toma de decisiones cuando

el sujeto ya no es capaz de decidir por sí mismo, es imprescindible la colaboración entre el sujeto, sus familiares o allegados y el equipo sanitario.

Por último, mediante la teoría del mayor beneficio, la decisión adoptada por el representante debería coincidir con la más beneficiosa para el paciente desde el punto de vista de la *lex artis*, teniendo en cuenta factores como el alivio del sufrimiento, la conservación de la funcionalidad, así como la calidad y duración de la vida. Por lo tanto no se fundamenta esta teoría en el valor de la autodeterminación, sino exclusivamente en la protección del bienestar del paciente. El representante no tendría, por tanto, capacidad para tomar decisiones contrarias a lo que los profesionales de la salud consideren más adecuado para el paciente, siendo la que se aplica habitualmente cuando la voluntad del paciente respecto a unas circunstancias concretas nunca han existido previamente o cuando no existe manera de conocerla, como puede ocurrir en el caso de una persona con un déficit intelectual congénito grave o el de una persona inconsciente desconocida, casos estos en los que se debe adoptar la decisión más beneficiosa para el paciente según *lex artis*.

La Ley de Autonomía del Paciente, tras la reforma, sigue estableciendo que la prestación del consentimiento por representación se hará siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal, pero añade de manera imperativa que la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o la salud, con lo que el legislador se ha decantado por imponer una protección a ultranza del bien vida y salud frente a cualquier otra valoración diferente de lo que pudiera ser el mejor interés para el paciente. El problema surgirá cuando la *lex artis* no aconseje que las decisiones que se deban adoptar sean las más beneficiosas para la vida y la salud sino las más beneficiosas para el interés del paciente en su caso concreto y situación, es decir, las más adecuadas en favor del enfermo y con respeto a su dignidad, alejándose así del nuevo estándar impuesto. Ante esta hipotética situación, parece que la salida pasa por la judicialización. Habrá que esperar a ver cómo interpretan la doctrina y la jurisprudencia esta modificación legislativa, pero sería de esperar que no se haga de manera diferente a como se están realizando en la actualidad las cosas y que las actuaciones de los profesionales sigan siendo, como hasta ahora, conformes al vigente Código de Ética Médica que aboga por el juicio sustitutivo cuando establece que el médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible y que cuando ya no lo sea, permanece la

obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, así como que cuando su estado del paciente no le permita a éste tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables.

Al respecto, entre los protocolos de actuación de los Centros Residenciales del [IMSERSO](#), con la finalidad de homogeneizar la forma de proceder del Instituto ante la presentación de hechos repetitivos y frecuentes en la atención a las personas usuarias, publica en el año 2014, y actualiza en 2015, un [Protocolo de Contenciones](#), que establece el procedimiento a seguir. Así, cuando el riesgo es detectado por cuidadores del Centro, familiares, profesionales o cualquier otra persona, lo deben poner en conocimiento del personal médico o de enfermería, bien en el momento en que se desencadene la agitación psicomotriz, o bien en la consulta diaria si no es urgente. El protocolo establece que el médico o la enfermera informarán a la familia de la práctica de la sujeción siempre, incluyendo en dicha información su finalidad, sus implicaciones, su temporalidad y cualquier otro aspecto relevante. Se determina que debe existir un consentimiento, y además, que si la persona usuaria tiene modificada su capacidad de obrar, será su tutor legal quien debe dar consentimiento para la sujeción, y que de no contar con este consentimiento y si existiera peligrosidad para sí misma o para otras personas usuarias o personal del centro, se le dará de alta forzosa.

A fin de dar operatividad y establecer unas pautas homogéneas, en dicho protocolo se mencionan los escenarios posibles. De esta manera, en caso de detección de riesgo no urgente el equipo médico o de enfermería estudian el caso, determinan su gravedad o importancia, y prescriben sujeciones físicas, mecánicas o farmacológicas regularmente pautadas, o de rescate en caso de que surja un episodio irruptivo. Se determina que las sujeciones se prescriben de forma puntual, no continua, con una finalidad y forma de aplicación muy concreta y adaptada a cada caso, nunca para suplir deficiencias de personal, ni por comodidad o para conseguir un descanso temporal en la carga de trabajo, pues los cuidadores deberán estar siempre pendientes de los residentes. Se establece que únicamente los médicos adscritos al centro están autorizados para firmar la prescripción de sujeciones físicas o de contención farmacológica, aunque el personal de enfermería debe aplicar las medicaciones de rescate pautadas en el tratamiento individualizado, si a su criterio, y en horarios en los que no se

encuentren médicos en el centro, hiciera su aparición un episodio irruptivo de agitación. Sin embargo, también se establece que si a su criterio los profesionales de enfermería de turno estimaran, ateniéndose a los criterios del principio de beneficencia, que es necesario aplicar un método de sujeción mecánica, lo podrán hacer, registrándolo en el cuaderno de incidencias de enfermería y poniéndolo en conocimiento de los médicos en su primer horario laborable para la sanción oficial de la medida con su firma.

El otro escenario posible descrito es el de un caso de grave agitación psicomotriz urgente, ante el que se debe avisar al personal sanitario, o al personal de seguridad si existe, para realizar la sujeción física. En estas circunstancias se deben tener en cuenta tanto la seguridad de la persona usuaria como la del personal del centro, por lo que éste debe protegerse adecuadamente antes de intervenir. La intervención deberá estar protocolizada de antemano, aplicando por la vía de administración más rápida la medicación sedante prescrita en el tratamiento individual, si así estuviere pautado. Asimismo, se aplicará la medicación sedante prescrita para casos de grave agitación, y en el caso de no encontrarse ningún médico en el centro por estar fuera de sus turnos laborables, el médico firmará la prescripción de la medicación administrada en la orden diaria de tratamiento al día siguiente hábil. Una vez sedada la persona usuaria, se le acostará en su cama, con almohadas, acolchantes y otros protectores, y sólo si fueran precisas para su seguridad, contenciones mecánicas. En último extremo, si no pudiera ser controlado de ninguna de las formas expuestas, se avisará al 112 para que active el protocolo de enfermedad mental grave.

En cualquier caso, tanto la medicación prescrita con las instrucciones para su administración, como la sujeción mecánica, tipo, horario de aplicación, lugar y cualquier otra indicación, queda registrada por escrito y firmada por el médico, en la orden diaria de tratamiento y en un formulario específico de indicación de contención mecánica de movimientos. Además, en el caso en el que se trate de una contención de larga duración por grave agitación psicomotriz o en el caso de personas no incapacitadas, como sería el de un intento de escapada por ingreso involuntario, el médico tiene que comunicarlo al juez, para lo que existe un modelo de comunicación al juez de restricción temporal de movimientos.

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

contrario. En este caso la Ley 41/2002 Básica de Autonomía del Paciente, es perfectamente aplicable, pues aunque no estemos refiriéndonos a un centro sanitario, sí que nos referimos a los derechos de pacientes en el contexto de la relación con los profesionales sanitarios que prescriben una contención en un acto clínico. Como hemos visto previamente, se establece en la Ley que el médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente, y especifica que el consentimiento será verbal por regla general, y se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Podemos asegurar que este último supuesto es aplicable en el caso del uso de las sujeciones, que incluso está cuestionándose en algunos casos, ya que existen estudios²³ que concluyen que no disminuyen las caídas ni sus consecuencias, sino que pueden aumentarlas, producir complicaciones, lesiones y accidentes potencialmente mortales. Teniendo en cuenta además, que no siempre se utilizan racionalmente pese a comprometer derechos fundamentales de las personas, constitucionalmente protegidos, que hay centros en los se utilizan en más de la mitad de sus usuarios, y para las que en algunos casos, no se cuenta con el consentimiento de sus representantes, puede entrar la duda razonable de si en ocasiones se pueden utilizar para conseguir objetivos diferentes al previsto o con duración más prolongada que lo aconsejable. En este contexto la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) decidió en el año 2014 crear un Comité Interdisciplinar de Sujeciones y fruto de su trabajo publica el "[Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas](#)", con el fin de propiciar un salto cualitativo en la atención de los mayores y servir como guía de buena práctica para los profesionales, y en el que por las consideraciones ya comentadas aconsejan que para utilizar procedimientos de sujeción que vayan a ser utilizados más allá de un episodio agudo, deba dejarse documentado el consentimiento por escrito en la historia clínica del paciente, que como prueba fehaciente de que toda la información facilitada ha sido comprendida, debe ser firmado por el paciente, o en su defecto por el representante legal, guardador de hecho o familiar, y por el médico. Como en cualquier otro documento de consentimiento informado ha

²³ Cordero P, López J, Maíllo H, Paz J. Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. Rev Esp de Geriatria y Gerontología, 2015, Vol 50, 1: 35-38

de quedar explícita la capacidad de rechazo o revocación del consentimiento en cualquier momento, y se entregará una copia, dejando otra en la historia del usuario. Se especifica, además, que debe existir un documento de consentimiento informado que autorice de forma explícita, individual y contemporánea cada tipo de sujeción que se vaya a aplicar (cinturón abdominal, cinturón pélvico, muñequeras, tobilleras, chaleco torácico, ...) ya que los riesgos y complicaciones, así como los beneficios que se persiguen, son diferentes, dependiendo del dispositivo que se utilice y de la persona en la que se aplique. Se hace mención explícita también a los casos en los que se utilice un fármaco expresamente con la finalidad de contener o restringir la libertad de movimientos de los pacientes, que debemos considerar como sujeciones químicas o farmacológicas, y que son a estos efectos equiparables a las sujeciones mecánicas y por tanto precisan de los mismos requisitos de consentimiento informado, y que según dicho Documento de Consenso será preferiblemente por escrito y haciendo constar en el mismo la autorización para realizar los ajustes oportunos de dosis, quedando exentos de solicitar el consentimiento ante situaciones de urgencia vital que constituyan un riesgo para el usuario o terceras personas, o casos en los que un psicofármaco se utilice no con fines restrictivos sino terapéuticos.

Aun siendo conscientes de que con esta forma de proceder se pueden consumir mayores recursos humanos y materiales, y que a veces las propias familias carecen de tiempo para poder desplazarse a informarse sobre la medida de sujeción propuesta, se considera en el mencionado Documento de Consenso, y así lo suscribimos desde este Comité de Bioética que bien merece la pena no escatimar esfuerzos ante una limitación de derechos y valores fundamentales, y que la solución a estas dificultades ha de pasar por explorar alternativas como pueden ser el uso de nuevas tecnologías de la información. Además, ante lo que se puede considerar una desvirtuación del consentimiento informado o su utilización de manera no proporcionada o irracional, se estima que no deben considerarse válidos los consentimientos genéricos ni los que se obtienen en el acto del ingreso para ser utilizados en cualquier otro momento posterior de la estancia del usuario en el centro. Así, mientras que en algunos centros se han articulado procedimientos en los que los residentes autorizan el uso de sujeciones para el futuro, en caso de que fuese necesaria su utilización, de manera similar a unas instrucciones previas, debemos considerar que las instrucciones previas son una figura jurídica perfectamente definida y articulada, con unas garantías propias, y que nada tienen que ver con dichos procedimientos, y cuya única

excepción pudiera ser precisamente una negativa a consentimiento anticipada y mediante testigos.

Concluimos, por tanto, en consonancia con este Documento de Consenso, que el consentimiento informado debe ser explícito para la situación y en el mismo momento en el que se va a tomar la decisión, no pudiendo ser diferido en el tiempo en base a situaciones hipotéticas, y que tan sólo podrían quedar exentos de solicitar el consentimiento informado en aquellas situaciones que entrañen un riesgo vital urgente, en las que se actuará siempre de acuerdo a como imponga el recto proceder del responsable en ese momento, debiendo cumplir el principio de *lex artis*. En estos casos excepcionales, esta medida se aplicará el mínimo tiempo posible, y siempre se hará de forma proporcional y causando el mínimo daño, recurriendo con la mayor celeridad posible a solicitar el consentimiento si esta medida debiera persistir en el tiempo, siendo obligatoria la comunicación judicial ante discrepancia o rechazo del paciente o de sus representantes legales, guardador de hecho o familiares, antes de llegar a dar un alta forzosa, lo cual matizaría de forma trascendente lo recogido en el protocolo del IMSERSO sobre contenciones.

En el ámbito sanitario no existen en nuestro país unas recomendaciones institucionales estatales, sino que, al contrario, podemos encontrar multitud de protocolos elaborados por numerosos centros sanitarios y sociedades científicas, con importantes diferencias en la opciones tomadas en algunos casos, pero con cuestiones comunes como la inclusión de un árbol de decisión clínica con los pasos previos a llegar a estas medidas, formularios de indicaciones y frecuentemente un parte de comunicación al Juzgado de manera análoga a un internamiento involuntario. Sí que debemos hacer referencia a algún documento de ámbito estatal como la reciente Declaración de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial sobre "[Contención mecánica de pacientes](#)", elaborada en 2015, en la que se recogen una serie de directrices médico-legales y ético-deontológicas, como la necesidad imprescindible de adoptar un protocolo de aplicación allí donde se utilice la sujeción mecánica que esté consensuado por los profesionales que intervienen en el proceso. Si bien no se menciona en dicha Declaración la necesidad de unos documentos específicos de Consentimiento Informado, sí que exige una autorización de su familiar o representante, haciéndolo constar en la historia, considerando que el respeto a la autonomía del paciente debe llevarse hasta el límite posible en la aplicación de

las medidas de contención, y hace una novedosa propuesta para que en los documentos de Instrucciones Previas se incluya una referencia a estas medidas.

Algunos de los citados [protocolos](#) y guías apuestan por utilizar sólo el Documento de Consentimiento Informado para ser sometido a la contención mecánica en el excepcional caso de pacientes que ingresan [voluntariamente](#) y piden tal actuación ante fracaso de otras medidas de contención, mientras que la norma general que proponen es una especial sensibilización en la información adecuada a paciente y familia de la persona atendida, por la situación de riesgo y vulnerabilidad en que se encuentra, con carácter previo a la contención, durante su mantenimiento y también posteriormente, con un [consentimiento](#) en todo caso verbal. Sin embargo los [protocolos](#) de otros [centros sanitarios](#) exigen la solicitud de un [Consentimiento Informado por escrito](#) cuando vayan a utilizarse sujeciones más allá de un episodio agudo motivado por un riesgo vital urgente, por considerar que nos encontramos ante procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de previsible y notoria repercusión sobre la salud del paciente y atentan contra derechos fundamentales de las personas como la libertad y contra principios y valores como la dignidad y la autoestima, y que entrañan, además, riesgos físicos y psíquicos.

A juicio de este Comité, pueden quedar exentas de solicitar inicialmente el consentimiento informado las situaciones asistenciales que conlleven un riesgo vital urgente, debiendo dejar constancia escrita en su historia clínica, pero siempre que sea posible se debe informar a los familiares o acompañantes de la necesidad de aplicar esta medida, solicitando el consentimiento para la misma por escrito, y asegurando que el paciente participe en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. El documento no podrá ser general, sino específico de las medidas de contención que se deciden tomar. En el contexto de estos casos es frecuente que los pacientes sean personas con discapacidad, por lo que se les ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento. Cuando tras el caso excepcional sin consentimiento inicial, las sujeciones vayan a persistir en el tiempo se recurrirá a la mayor brevedad posible a solicitar el consentimiento informado y por escrito del paciente o en su defecto del representante legal. Si se prevé la posibilidad de

recorrer a estos procedimientos se podría incluir, entre la información que se ofrece a los pacientes y familiares el documento de consentimiento informado, como parte de la referencia explicativa de esta posible situación, si bien el consentimiento deberá ser otorgado de manera explícita para la situación y en el momento que se tenga que tomar la decisión y no diferido en el tiempo. En caso de discrepancia con el equipo médico de la decisión con negativa al consentimiento, si se concluye que la decisión es contraria al interés del paciente, habrá que valorar la posibilidad de instauración de cursos de acción intermedios que puedan ser aceptables por la *lex artis*, o bien la notificación a la autoridad judicial para que tutorice la situación, optando mientras tanto por la opción clínica más prudente.

La aplicación de una medida de sujeción no puede conducir a la discriminación de la persona por parte del personal que la atiende. Al contrario, precisamente por estar en esa situación, la persona merece ser tratada con la máxima consideración y respeto. Cuando se decide aplicar una contención, el personal responsable debe esforzarse por garantizar el bienestar de la persona y, además, protegerla de posibles daños, pues ante este tipo de intervenciones debemos asegurarnos de que los beneficios sean netamente superiores a los perjuicios. Un punto especialmente importante a tener en cuenta es el relacionado con la intimidad, que se debe respetar escrupulosamente, incluso aunque la persona no sea consciente de este hecho, para lo que es indispensable que la contención sea realizada en un lugar protegido de la mirada de los demás, especialmente si la persona ofrece resistencia durante el procedimiento de instauración y una vez aplicada la contención durante el tiempo que la precise.

La persona que precisa una contención presenta una gran vulnerabilidad y un elevado nivel de dependencia, motivo por el que requerirá una atención integral y una supervisión mucho más frecuente que una persona que no necesita contención, por parte de los profesionales sanitarios. Las contenciones conllevan una serie de riesgos, como hemos visto con cierta morbilidad y mortalidad, que a fin de ser minimizados deben realizarse de manera adecuada con unas pautas establecidas en un protocolo.

En relación con la prescripción, en el momento actual es competencia exclusiva del facultativo prescribir contenciones, tanto físicas como farmacológicas. Se trata, por tanto, de un procedimiento que exige orden médica, por lo que debe asegurarse que se proceda a su firma en cuanto la situación lo permita, y a la

posterior revisión periódica. No obstante, si en el momento de decidir la contención mecánica y siendo una situación de urgencia, no se puede contactar con el médico, el personal de enfermería podría iniciar el procedimiento comunicándolo al médico con la menor demora posible. Cabe considerar, sin embargo, que en el trabajo en equipo y con el desarrollo de los nuevos ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias, cada vez son más los procedimientos en los que las funciones de los distintos profesionales sanitarios no están establecidas de manera nítida y las competencias no fijadas de manera cerrada o concreta. Por todo ello, cabría la posibilidad de que en el contexto de una estrategia de cuidado o plan de atención individualizada, el equipo asistencial valore a quién corresponde, según el problema y circunstancias que presenta el paciente, debiendo quedar siempre garantizado que, con carácter previo, se estudian y llevan a cabo otras alternativas posibles distintas a la contención. A modo de ejemplo parece obvio que no serían las mismas circunstancias las de una inmovilización del brazo de un niño a fin de que no pierda una vía venosa, que la contención de un enfermo agitado por un cuadro confusional agudo. Pero, en todo caso, toda actuación relacionada con el procedimiento de contención debería quedar registrada, conforme a los formularios establecidos al efecto en el protocolo correspondiente, integrándose en la historia clínica del paciente, debiendo ser su duración lo más breve posible, con una reevaluación periódica de la necesidad de la indicación y una supervisión frecuente a fin de prevenir daños o detectar precozmente las posibles complicaciones que pudieran ocurrir.

6. Recomendaciones.

1. El uso de contenciones en España es más frecuente que en los países de nuestro entorno. A fin de disminuir su prevalencia y que sólo se instauren las imprescindibles, antes de llegar a indicar las contenciones se deben buscar alternativas.
2. La indicación y el procedimiento de instauración de las contenciones, así como su supervisión, han de estar debidamente protocolizados y dichos protocolos deben evaluarse periódicamente, siendo recomendable para ello la participación de los Comités de Ética.

3. En relación con la prescripción de las contenciones, en el momento actual es competencia exclusiva del facultativo, tanto físicas como farmacológicas. No obstante, si en el momento de decidir la contención mecánica y siendo una situación de urgencia, no se puede contactar con el médico, el personal de enfermería podría iniciar el procedimiento comunicándolo al médico con la menor demora posible.
4. Ante las circunstancias en las que se encuentran las personas a las que se les indica una contención, debemos ser exigentes en la humanización de su atención, de forma que cuidar no pueda ser sólo aplicar unos protocolos y mantener unos registros. De acuerdo con los principios éticos universalmente establecidos y con el reconocimiento de los derechos de los pacientes y usuarios, es preciso que la asistencia se dé con humanidad y con compasión.
5. La aplicación de una medida de sujeción no puede conducir a la discriminación de la persona por parte del personal que la atiende. Al contrario, precisamente por la situación en la que se encuentra, la persona deberá ser tratada con la máxima consideración y respeto.
6. Las contenciones se aplicarán sólo el tiempo estrictamente necesario, y siempre se hará de forma proporcional, garantizando el bienestar de la persona contenida y con las precauciones necesarias para causarle el mínimo daño.
7. La indicación, el uso y el tipo de contención habrán de ser registrados siempre en la historia clínica o documento equivalente.
8. Ante una muerte o un lesión grave producido en el contexto de una contención, la organización debe realizar un análisis sistemático, integral e inmediato a fin de dar una respuesta con propuestas de cambio en los protocolos de actuación.
9. Cualquier contención, como intervención médica que es, exige siempre el consentimiento previo del paciente, excepto en dos situaciones: que exista un riesgo para la salud pública o que nos hallemos ante una urgencia vital y además, simultáneamente, se dé la circunstancia de que el paciente no esté en condiciones de poder tomar decisiones. Fuera de estos supuestos la intervención debe ser consentida por el paciente, o en caso de incapacidad debe de ser prestado consentimiento por representación.
10. La prestación del consentimiento por representación se hará siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal, atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o la salud.

11. El consentimiento informado de una contención debe ser, en todo caso, por escrito cuando vaya a utilizarse más allá de un episodio agudo motivado por un riesgo vital urgente, por considerar que nos encontramos ante procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de previsible y notoria repercusión sobre la salud del paciente y atentan contra derechos fundamentales de las personas como la libertad, y contra principios y valores como la dignidad y la autoestima, entrañando, además, riesgos físicos y psíquicos.
12. El consentimiento informado debe ser explícito para la situación y en el mismo momento en el que se va a tomar la decisión, no considerándose válidos los consentimientos genéricos ni los diferidos en el tiempo.
13. En los casos excepcionales en los que no se exige consentimiento previo, se solicitará con la mayor celeridad posible el consentimiento si esta medida debiera persistir en el tiempo, siendo obligatoria la comunicación judicial ante discrepancia o rechazo del paciente o de sus representantes legales, guardador de hecho o familiares, antes de llegar a dar un alta forzosa.
14. Pueden quedar exentas de solicitar inicialmente el consentimiento informado las situaciones asistenciales que conlleven un riesgo vital urgente, pero siempre que sea posible se debe informar a los familiares o acompañantes de la necesidad de aplicar esta medida, solicitando el consentimiento para la misma por escrito, y asegurando que el paciente participe en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.
15. En el contexto de estos casos es frecuente los pacientes sean personas con discapacidad, por lo que se les ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del "diseño para todos" de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.
16. Se deben desarrollar acciones o programas de sensibilización, orientación y formación que promuevan el menor uso posible y adecuado de sujeciones como medida terapéutica que es y siempre como último recurso, dirigidas a la ciudadanía en general además de al conjunto de profesionales de los sistemas social y sanitario.