

RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN DE
DEONTOLOGÍA DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE MADRID
SOBRE LAS INMOVILIZACIONES TERAPEÚTICAS
(SUJECIONES) FÍSICAS Y QUÍMICAS

Mayo 2018



Ilustre Colegio
Oficial de Médicos
de Madrid



ÍNDICE

1. Introducción ■ Pág. 2
2. Definición ■ Págs. 2-3
3. Ámbito de actuación ■ Pág. 3
4. Indicaciones y contraindicaciones ■ Pág. 4
5. Procedimiento y materiales a usar ■ Págs. 5-6
6. Aspectos normativos ■ Págs. 7-9
7. Aspectos éticos ■ Págs. 9-12
8. Conclusiones ■ Págs. 12-13

1. Introducción

La utilización de sujeciones físicas o farmacológicas es una práctica habitual tanto en medio hospitalario como en recursos residenciales para personas con discapacidades físicas o psíquicas. Su uso generalizado, y no siempre suficientemente justificado, ha provocado que, desde diferentes ámbitos sanitarios y sociales, se plantee, como objetivo deseable, la desaparición de estos procedimientos.

Con el horizonte de dicho objetivo, la realidad es que las sujeciones se siguen utilizando y que la forma en que se indican y aplican, va a influir en que la persona afectada sea tratada con el respeto y dignidad que se merece.

Ambos tipos de sujeciones restringen derechos fundamentales de las personas a las que se aplican por lo que se debe reflexionar sobre los aspectos éticos y legales que conllevan su uso. Además, son prácticas que no están exentas de riesgos ya que pueden provocar lesiones permanentes que pueden llegar a ser irreversibles, e incluso llevar a la muerte.

Debe ser una medida extraordinaria y excepcional que sólo se debe utilizar como último recurso y cuando otro tipo de medidas se han mostrado ineficaces.

2. Definición

Las sujeciones físicas o mecánicas son cualquier dispositivo material o equipo aplicado a una persona, unido a ella o cerca de su cuerpo, que no puede ser controlado o retirado con facilidad por ella misma y que deliberadamente evita o intenta evitar su libertad de movimientos y/o el natural acceso a su cuerpo. Existen diferentes tipos de dispositivos: correas, chalecos, cinturones, pijamas, barandillas para las camas, etc. La sujeción puede ser total (tronco y extremidades) o parcial (sólo tronco o sólo alguna extremidad).

Por lo que respecta a las sujeciones químicas o farmacológicas, consisten en el uso de fármacos, que actúan sobre el Sistema Nervioso Central, provocando una sedación y reducción de la



movilidad de la persona con el objetivo de manejar o controlar una conducta inadecuada o molesta, que no es consecuencia de un trastorno mental diagnosticado. Lo más frecuente es la utilización de fármacos neurolépticos y/o benzodicepinas.

Aunque el término sujeción es ampliamente utilizado, hoy en día tiende a denominarse **inmovilización terapéutica**, queriendo recalcar el carácter de medida coadyuvante al tratamiento del paciente. No obstante, en este documento se utilizarán ambos términos para evitar sucesivas redundancias aunque se prefiere el uso de la denominación inmovilización terapéutica.

3. **Ámbito de actuación**

La indicación de una sujeción puede realizarse en diferentes escenarios:

- Unidades Psiquiátricas
- Unidades de Cuidados Intensivos
- Servicios de Urgencias
- Unidades médico-quirúrgicas de adultos y pediátricas.
- Centros residenciales: residencias para personas mayores y residencias para personas con discapacidades físicas y/o psíquicas
- Recursos intermedios como Centros de Día
- Domicilio de los pacientes



4. Indicaciones y contraindicaciones

La finalidad con que se indica una inmovilización terapéutica es el control de una conducta que pone en riesgo al paciente o a las personas de su alrededor y, salvo situaciones de urgencia, debe ser siempre un médico quien determine la instauración de esta medida, así como su retirada.

La indicación estará bien realizada si la medida es útil para conseguir los fines propuestos (**idoneidad**), si no existen medidas menos gravosas para conseguirlos con la misma eficacia (**necesidad**) y si el balance entre riesgos y beneficios es favorable (**proporcionalidad**).

Indicaciones:

a. Prevención de lesiones en el paciente (autoagresiones, caídas accidentales, alteraciones del movimiento, etc.)

b. Prevención de lesiones a terceras personas (otros pacientes o personal de la institución)

c. Prevención de la interrupción de medidas terapéuticas instauradas en el paciente (acceso vascular, gafas nasales, sondajes, otros sistemas de soporte vital).

d. Prevención de daños materiales (instrumental, equipamiento, etc.)

Contraindicaciones:

a. Situaciones en las que no se hayan ensayado otras medidas alternativas

b. Como medida de castigo ante un comportamiento inadecuado del paciente

c. Situaciones de carencia de personal

d. Situaciones en las que un paciente rechaza un tratamiento o medida terapéutica

e. En pacientes con encefalopatías que puedan empeorar al restringirles la estimulación sensorial

f. Como medida de control de conductas delictivas

5. Procedimiento y materiales a usar

Existen diferentes dispositivos según la finalidad de la inmovilización terapéutica, por lo que el centro donde vaya a realizarse debe disponer de un **catálogo de material homologado para su uso**. La utilización de cinta de embalaje y similares no es una práctica aceptable desde el punto de vista ético.

Se recomienda que estén presentes, al menos, cinco personas, una para la sujeción de la cabeza y las otras para cada una de las extremidades. El facultativo que ha realizado la indicación debe estar presente y **dejar constancia en la historia clínica de todo el procedimiento e incidencias**, si las hubiere.

Antes de proceder a la inmovilización debemos estar seguros de que se dispone de **suficiente personal** para llevarla a cabo y de los materiales homologados para ello. El iniciar una sujeción con menos personal del establecido puede facilitar que se lesione al paciente o al personal y que se recurra al uso de una violencia excesiva e injustificada. Al ser una medida que forma parte del plan de cuidados de un paciente, **debe ser personal sanitario quien la aplique**, aunque, excepcionalmente, se pueda solicitar la presencia de personal de seguridad.

En la medida de lo posible, antes de iniciar la inmovilización, se informará al paciente de lo que se va a hacer y de los motivos por los que se hace, así como de los criterios para su retirada. Durante todo el proceso el **respeto hacia el paciente debe ser la norma de actuación**, evitando situaciones de humillación o uso excesivo de la fuerza. El entorno debe ser relajado y tranquilo, libre de obstáculos o de objetos potencialmente dañinos (gafas, relojes, etc.) y sin la presencia de terceras personas.



La inmovilización se debe realizar en decúbito supino, con el paciente sobre la cama y con el siguiente orden: cintura, miembros inferiores, miembros superiores y tórax. Si la sujeción es parcial, se procederá en diagonal (brazo derecho, pierna izquierda y viceversa).

Durante todo el procedimiento no se dejará solo en ningún momento al paciente.

Una vez instaurada la inmovilización terapéutica, **los cuidados y seguimiento del paciente por parte del equipo médico y personal de enfermería deben estar protocolizados** (frecuencia de visitas, comprobación de las sujeciones, vigilancia de puntos de fricción, hidratación del paciente, posición de la cama, etc.). Se dejará constancia de todo ello en la historia clínica del paciente.

Se debe hacer constar la duración aproximada de la medida. **Cuando el plazo sea superior a las 24 horas, deberá ser confirmada la indicación por el mismo médico. Si la indicación ha sido urgente, por iniciativa del personal de enfermería, debe ser ratificada en el menor plazo posible por un médico.** Las inmovilizaciones prolongadas están contraindicadas al haberse asociado a muerte súbita por arritmias. Si se va a prolongar en el tiempo, debe retirarse durante periodos de tiempo, permitiendo durante los mismos la movilidad del paciente.

Complicaciones descritas durante la inmovilización:

- Angustia intensa, empeoramiento de trastornos mentales
- Lesión de plexos nerviosos
- Tromboembolismos
- Úlceras por presión
- Fracturas, luxaciones
- Broncoaspiraciones (tras vómitos o regurgitaciones)
- Lesiones isquémicas en los puntos de fricción
- Incontinencia de orina, estreñimiento
- Deshidratación, desnutrición
- Incremento en la desorientación y confusión
- Asfixia mecánica (al intentar soltarse)
- Muerte súbita (arritmias provocadas por acidosis metabólica o por la descarga de catecolaminas y glucocorticoides debida al estrés).

No se debe olvidar que **la persona inmovilizada es una persona especialmente vulnerable** y que puede ser objeto de abusos por parte de otras personas por lo que asegurar su bienestar, seguridad e intimidad debe ser la norma.

La retirada de la inmovilización debe ser escalonada en orden inverso a su aplicación y deben estar presentes al menos dos personas. Debe hacerse informado de ello previamente al paciente y sus familiares.



6. Aspectos normativos

En el momento actual no existe en nuestro país una normativa específica que regule las inmobilizaciones terapéuticas para todo el territorio nacional. Sí es posible encontrar normativa que regula el ejercicio de los derechos fundamentales que se vulneran en su aplicación. La normativa que se ha utilizado de referencia es la siguiente:

a. **Ámbito estatal:**

- La Constitución Española de 1978
- Ley 14/1986, General de Sanidad
- El Convenio de Oviedo de 1997
- Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil, artículo 763
- Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Ley 8/2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

b. **Ámbito autonómico (Comunidad de Madrid):**

- Ley 12/2001, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- Decreto 21/2015 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.
- Resolución del viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del SERMAS. Resolución 106/17.



Tomando como referencia la legislación anterior, vamos a considerar diferentes escenarios:

a. Unidades Hospitalarias Psiquiátricas: si el ingreso del paciente ha sido involuntario es suficiente la comunicación del mismo al Juzgado dentro de las primeras 24 horas. En el caso de que el ingreso haya sido voluntario, la aplicación de una medida de sujeción implica que debe comunicarse al Juzgado un cambio en el tipo de ingreso (de voluntario a involuntario) en un plazo inferior a las 24 horas.

—

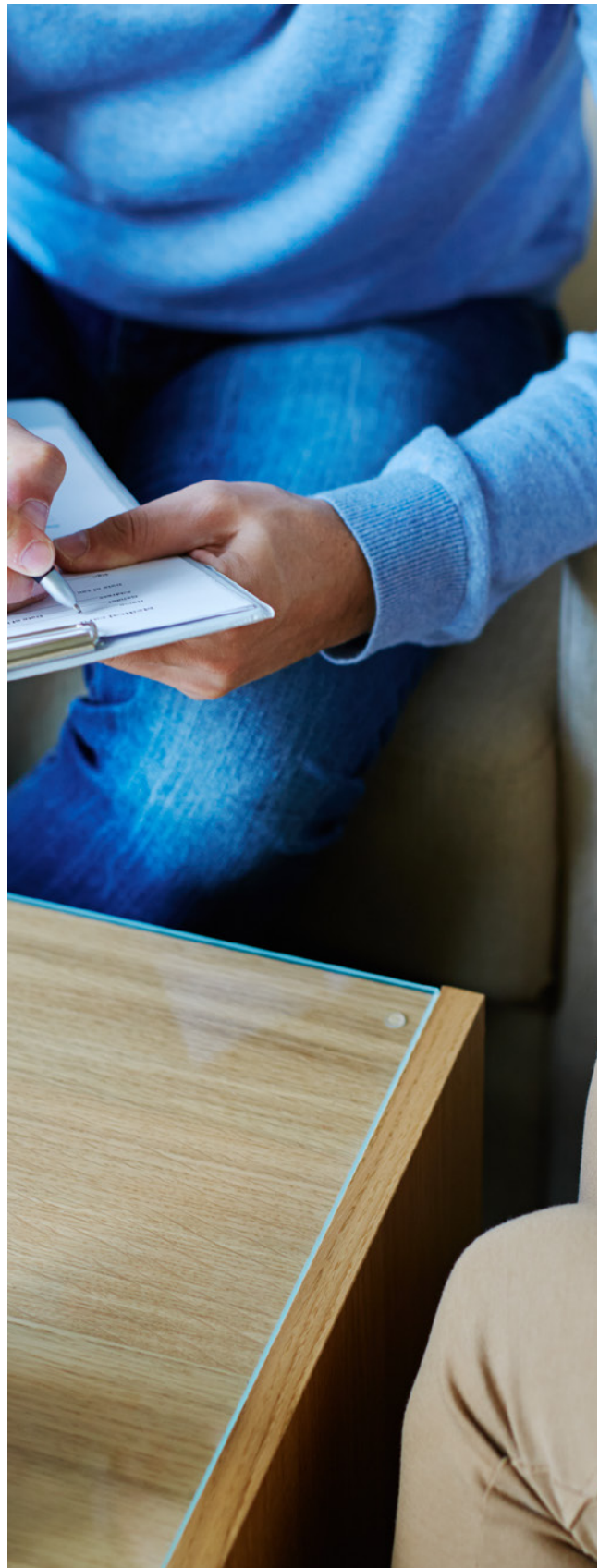
b. Servicios sanitarios de Urgencias, Unidades médico-quirúrgicas, Unidades de Cuidados Intensivos (UCI): si la inmovilización es breve y urgente no requiere autorización previa ni comunicación especial. Si se prolonga en el tiempo se procederá a solicitar el consentimiento informado por representación a los familiares o representante del paciente.

—

c. Servicios sociales de tipo residencial: se solicitará a la familia del paciente la autorización por escrito. En situaciones de urgencia la enfermera o el Director del establecimiento pueden indicar la inmovilización, pero ésta habrá de ser confirmada por un médico en el menor plazo posible.

—

d. En el caso de los **menores de edad**, la autorización debe darla el tutor o el progenitor/res que ostenten la patria potestad.



En cualquiera de los supuestos anteriores si los familiares o el representante legal no autorizan el uso de la inmovilización terapéutica, se les informará sobre los riesgos derivados de no realizarla y se intentará encontrar medidas alternativas. No obstante, si se considera que la decisión es contraria a los intereses del paciente, se comunicará por escrito al Juzgado, el rechazo de la medida para que decida sobre su autorización o no.

Aunque la indicación es siempre médica, es conveniente que tanto la puesta en marcha como la retirada de las medidas de sujeción se consensuen con el personal de enfermería, lo que redundará en beneficio del paciente.

En caso de discrepancia entre los miembros del equipo que atiende al paciente sobre la necesidad o no de instaurar este procedimiento deberá existir un protocolo de actuación alternativo o se consultará con el Comité de Ética del centro. En este sentido, sería deseable que en los centros sociales de tipo residencial que no dispongan de un Comité de Ética se posibilite la creación del mismo o se reúnan equipos inter y multidisciplinares para la valoración de la situación concreta.

7. Aspectos éticos

Cuando se analiza si es o no lícito utilizar la inmovilización terapéutica con un paciente nos surgen varios conflictos éticos:

- ¿Es lícito restringir las actividades y la libertad de movimientos de una persona?
- ¿Es lícito utilizar una medida que tiene riesgos que incluyen el fallecimiento de la persona?
- ¿Es lícito imponer contra su voluntad una medida de fuerza a una persona para protegerla o proteger a los demás y su entorno?
- ¿Es lícito vulnerar la dignidad e integridad de una persona para garantizar la continuidad de un tratamiento?



Los médicos sólo pueden iniciar una acción cuando esté indicada desde el punto de vista médico, cuando sea beneficiante para el paciente y cuando resulte claro que de ella no se derivarán consecuencias perjudiciales para el mismo. Como ya se ha señalado, la inmovilización terapéutica puede producir lesiones en la persona a la que se aplica, por lo que el profesional deberá realizar un análisis minucioso del riesgo al que se somete y el beneficio esperado, y solamente cuando la balanza se incline claramente en sentido de los beneficios estaremos actuando de acuerdo con la ética médica.

De acuerdo con los principios de la Ética Médica de Beauchamp y Childress, la sujeción ya sea física o farmacológica, vulnera el principio de autonomía del paciente ya que es un procedimiento que se aplica prácticamente en todos los casos sin el consentimiento del paciente. Puede provocar daños a éste por lo que su utilización en algunas situaciones puede ser maleficente y lesionar el principio de no maleficencia. Por otra parte, el objetivo deseado es proteger al paciente, permitiendo que reciba un tratamiento que precisa y que de otra forma no recibiría, así como también son objetivos, el evitar que se pueda autolesionar o lesionar a otras personas o su entorno físico. En este sentido nos encontramos con dos situaciones, una que el fin buscado es bueno para el paciente y estaríamos respetando el principio de beneficencia o, una segunda situación en la que el fin buscado es el bienestar de los demás, en cuyo caso respetaríamos el principio de justicia. Es deber de los médicos también la protección de otros pacientes y del personal, así como del material sanitario ya que si se permite su daño se está perjudicando a la sociedad en su conjunto. De acuerdo con el principialismo clásico, se deberá optar por aquel curso de acción que lesione el mínimo de principios.

Si prestamos atención a los principios éticos europeos, la persona a la que se inmoviliza es un ser humano que tiene dignidad y derecho a la integridad y a que no se actúe sobre su cuerpo sin permiso y sin buscar su propio beneficio sino el de terceros. Además, es un ser vulnerable, no es absoluto ni autosuficiente, sino dependiente y limitado. El reconocimiento de esta cualidad conlleva el **deber de cuidarle y protegerle.**

Si analizamos los subprincipios éticos que pueden orientarnos a valorar si una acción es admisible o no desde el punto de vista de la ética, el primero a tomar en consideración sería el de doble efecto. En este caso la sujeción, puede ser beneficiosa para el paciente y serán **la intencionalidad** con que realicemos la inmovilización y **la manera en que se lleve a la práctica**, con el mayor respeto a la dignidad de la persona, las que determinarán si es un acto moralmente válido.



El bien esperado (protección del paciente o de terceros y su entorno) y **el mal producido** (aplicación de un procedimiento potencialmente peligroso) pueden producirse o no en un mismo acto (lesiones como consecuencia del proceso de reducción de una persona agitada o lesiones como consecuencia de la prolongación temporal de la inmovilización) y de manera simultánea, por lo que en el primer caso puede aducirse que el mal se tolera como un efecto colateral no buscado (subprincipio del doble efecto), pero no sería así en el segundo caso. En este supuesto, se hace imprescindible una aplicación rigurosa de los protocolos clínicos y una revisión de la indicación de prolongar la contención ya que no nos ampararía el **subprincipio del doble efecto**.

Lo siguiente sería valorar si existe o no una proporción entre el mal causado y el bien que esperamos conseguir. Aquí nos encontramos con que la sujeción es una **medida excepcional** con la que podemos conseguir el bien buscado mientras que el que aparezcan o no complicaciones como consecuencia de su aplicación es solamente un hecho que puede ocurrir o no por lo que se cumple el **subprincipio de proporcionalidad**.

Desde el **subprincipio de excepción** (existe un mal mayor que se quiere evitar y la aplicación de la inmovilización permite conseguirlo) sólo estaría justificada cuando se hayan descartado por ineficaces otras medidas alternativas menos restrictivas de la libertad y autonomía de la persona.

Otro aspecto a considerar tiene que ver con la **autorización del procedimiento**. Como ya se ha dicho, en situaciones de urgencia puede indicarlo el personal de enfermería, debiendo ser indicada por un médico en el menor plazo posible, o, si está presente, el médico. Para su mantenimiento se debe tener autorización del paciente, si es factible, de sus familiares o representantes, o de la autoridad judicial. Estos deben ser debidamente informados del procedimiento, sus riesgos, los beneficios esperados, la duración, el tipo de inmovilización y el dispositivo a utilizar y la posibilidad de revocación de dicho consentimiento. Los familiares y representante pueden dar su autorización o denegarla y el médico deberá valorar lo que considera el mejor bien para su paciente y de acuerdo a ello actuar. La decisión que adopten los familiares o representantes deberá ser la más beneficiosa para el paciente y la que él habría adoptado en caso de estar en situación de hacerlo. Esto último, cuando nos encontramos con pacientes que nunca han podido ejercer su autonomía (déficits intelectuales congénitos o perinatales) o que no hay forma de conocer su voluntad previa, debemos asumir que el mayor bien para el paciente es la actuación recomendada por la *Lex Artis*. Si la autorización o la denegación se considera que vulnera la *Lex Artis*, el médico deberá solicitar la tutela judicial de todo el proceso.



No puede considerarse válido un consentimiento genérico, para situaciones hipotéticas, ya sea firmado por el paciente o por sus familiares o representante. El consentimiento debe ser para la situación concreta en la que se indica la inmovilización y para el tipo de dispositivo utilizado. Es recomendable que exista un formulario de consentimiento informado específico y que éste quede recogido en la historia clínica del paciente siempre que la medida se vaya prolongar más allá de la situación urgente y aguda.

Finalmente, **insistir en la situación de vulnerabilidad de la persona contenida** por lo que deberán ser mayores la atención y los cuidados que reciban para evitar la aparición de daños y prevenir las posibles complicaciones.

8. Conclusiones



a. La inmovilización terapéutica, física o química, sólo es moralmente lícita cuando se utiliza como medida de excepción, agotadas otras alternativas menos restrictivas, con un balance riesgo/ beneficio favorable, respetando la intimidad y dignidad de la persona, con revisiones periódicas de la indicación y mayor supervisión por parte del personal.



b. La indicación, salvo situación de urgencia, debe ser siempre realizada por un médico o autorizada por uno en el menor plazo posible.



c. El procedimiento debe estar protocolizado, tanto la instauración como la retirada y la supervisión durante su mantenimiento. Los profesionales sanitarios deben estar entrenados y disponer de un catálogo de materiales homologados y en perfecto estado.



d. Debe ser realizado por personal sanitario y asegurar que se dispone de un número de profesionales suficiente para su aplicación. La presencia de personal de seguridad debe limitarse a las funciones que tienen atribuidas.



e. Deben emplearse materiales autorizados y que no lesionen al paciente, tanto moralmente como físicamente.



f. Durante todo el proceso se actuará de acuerdo con el máximo respeto a la dignidad, intimidad y bienestar de la persona afectada.



g. Dada la situación de especial vulnerabilidad de la persona contenida deberán ser mayores la atención y los cuidados que reciban para evitar la aparición de daños y prevenir las posibles complicaciones.



h. Debe existir un documento de autorización o denegación en el que conste para qué se indica, el motivo, la duración prevista, los medios a utilizar y la firma del familiar o representante y la del médico que realiza la indicación. Este consentimiento por representación se llevará a cabo atendiendo al mejor interés del paciente.



i. En caso de denegación por parte de los familiares o representantes, si se considera que el rechazo no responde al mejor interés del paciente, se solicitará la autorización o no de la medida por parte de una autoridad judicial.



j. De todo el procedimiento, así como de las posibles incidencias, debe quedar constancia por escrito en la Historia Clínica del paciente.



k. La escasez de personal nunca puede servir de justificación para utilizar esta medida.



l. En caso de discrepancia entre los miembros del equipo que atiende al paciente sobre la necesidad o no de instaurar este procedimiento, deberá existir un protocolo de actuación alternativo o se consultará con el Comité de Ética del centro. En este sentido, sería deseable que en los centros sociales de tipo residencial que no dispongan de un Comité de Ética se posibilite la creación del mismo o se reúnan equipos inter y multidisciplinares para la valoración de la situación concreta.

El **objetivo final** debe ser reducir al mínimo el número de inmobilizaciones terapéuticas e incluso su **desaparición** como ya sucede en múltiples centros tanto de nuestro país como de otros lugares del mundo.

COMISIÓN DE DEONTOLOGÍA

Andrés Bedate Gutiérrez. Presidente
Sergio Montiel García. Secretario
Fernando Albarrán Hernández. Vocal
Juan Antonio Andueza Lillo. Vocal
Concepción Bonet de Luna. Vocal
Pedro Javier Cañones Garzón. Vocal
Juan Antonio de León Luis. Vocal
María Jesús del Yerro Álvarez. Vocal
María Julia Fernández Bueno. Vocal
Jesús María Fernández Tabera. Vocal
Enrique Gil Garay. Vocal
Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas. Vocal
Jesús Hurtado Martín. Vocal
María Julia Losa Campillo. Vocal
Elena Martín Pérez. Vocal
Marta Ochoa Mulas. Vocal
Rosa Ortega Ruiz. Vocal

JUNTA DIRECTIVA

Miguel Ángel Sánchez Chillón. Presidente
Belén Padilla Ortega. Vicepresidenta
José María Morán Llanes. Secretario
Asunción Rosado López. Vicesecretaria
Ángel Sanz-Vírseda de la Fuente. Tesorero
Francisco Javier García Pérez. Vocal de Médicos de Atención Especializada y Hospitales
Ignacio Sevilla Machuca. Vocal de Médicos de Atención Primaria
Pablo Lázaro Ochaíta. Vocal de Médicos en Ejercicio Libre
Borja Castejón Navarro. Vocal de Médicos en Formación
Ángel Oso Cantero. Vocal de Médicos Jubilados
Julio Bonis Sanz. Vocal de Médicos no Asistenciales
Paula Chao Escuer. Vocal de Médicos Titulares y Rurales
Ricardo Angora Cañego. Vocal de Promoción de Empleo y Cooperación Internacional