

Documento de Consenso

sobre Sujeciones Mecánicas
y Farmacológicas

Comité Interdisciplinar de Sujeciones



SOCIETAT ESPANYOLA
DE GERIATRIA I GERONTOLOGIA



Sociedad Española
de Geriatría y Gerontología

Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas

Comité Interdisciplinar de Sujeciones



© Sociedad Española de Geriátría y Gerontología
Príncipe de Vergara, 57-59. 28006 Madrid
www.segg.es

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento (ya sea gráfico, electrónico, óptico, químico, mecánico, magnético, fotocopia, etc.) y el almacenamiento o transmisión de sus contenidos en soportes magnéticos, sonoros, visuales, o de cualquier otro tipo sin permiso expreso del titular del copyright.

ISBN: 978-84-697-0482-0
Depósito Legal: M-16630-2014



Componentes del Comité Interdisciplinar de Sujecciones de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

Presidente:

- Dr. José Antonio López Trigo
Geriatra. Presidente de la SEGG. Geriatra del Excmo. Ayuntamiento de Málaga. Médico Geriatra de la Clínica Quirón. Málaga. Grupos de Demencias de la SEGG.

Secretario y Coordinador del Comité:

- Dr. Primitivo Ramos Cordero
Geriatra. Secretario General de la SEGG. Coordinador Médico-Asistencial del Servicio Regional de Bienestar Social. Comunidad de Madrid. Grupo de Dependencia de la SEGG.

Vocales (Miembros de la SEGG):

- Dr. José Gutiérrez Rodríguez
Geriatra. Tesorero de la SEGG. Hospital Monte Naranco. Asturias. Presidente de la Sociedad Asturiana de Geriatría y Gerontología. Grupo de Residencias de la SEGG.
- Dra. Lourdes Rexach Cano
Geriatra. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital General Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Grupo de Cuidados Paliativos de la SEGG.
- Dr. Iñaki Artaza Artabe
Geriatra. Vicesecretario de la SEGG. Director Asistencial de Igurco. Presidente de la Asociación Vasca de Geriatría y Gerontología. Grupo de Demencias de la SEGG.
- Dr. Norberto Moreno Villajos
Médico. Gerente de la SEGG.
- Dra. Teresa González Alonso
Médico. Coordinadora de la Unidad Asistida. Residencia Militar de Guadarrama. Madrid. Grupo de Caídas de la SEGG.
- Dr. Antonio Martínez Maroto
Jurista. Grupo de Juristas y Ética de la SEGG.
- Dr. Manuel Nevado Rey
Psicólogo. Grupo de Trabajo de Demencias de la SEGG. Vocal del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

- Dra. Concepción García Alonso
Médico. Coordinadora Médico del Grupo Valdeluz Residencial. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Atención Sanitaria en Residencias.
- Dña. María Isabel Álvarez Moreno
Enfermera Especialista en Geriátria. Jefe de Área Técnico Asistencial. Servicio Regional de Bienestar Social. Comunidad de Madrid.
- Dña. Ana María Fernández Rodríguez
Trabajadora Social. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid. Grupo de Dependencia de la SEGG.
- D. Javier Fernández Huete
Terapeuta Ocupacional. Hospital Ruber Internacional. Madrid.
- Dra. Salomé Martín
Geriatra. Grupo de Calidad de la SEGG. Directora Técnico de EULEN.

Vocales (Externos):

- Dr. Herminio Maillo Pedraz
Magistrado Juez de Primera Instancia. Málaga.
- D. José María Paz Rubio
Fiscal para la Defensa y Protección de los Derechos de las Personas Mayores. Fiscalía General del Estado. Madrid.
- Dña. Blanca Clavijo Juaneda
Abogada. Presidenta de la Asociación Nacional de Alzheimer, AFALcontigo.
- Dña. Mercedes Mas Quintana
Miembro de la Junta Directiva de FATEC. Miembro de la Comisión Permanente del Consejo Estatal de Personas Mayores. Miembro del Patronat de Amics de la Gent Gran. Platform Europe y Promotora de la Asociación Europea WeDOO.

Vocales (Movimientos “Antisujeción”):

- Dr. Antonio Andrés Burgueño Torrijano
Especialista en Medicina Preventiva Salud Pública. Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA). Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.
- Dra. Ana Urrutia Beascoa
Geriatra. Fundación Cuidados Dignos. Libera Ger. Grupo Torrezuri. Servicios de Atención Integral Sociosanitaria.
- D. Rubén Muñoz Schwochert
Fundación María Wolff. “Sujeciones Zero”.



ÍNDICE

Prólogo	7
1. Introducción. Punto de partida	9
2. Marco conceptual	11
A. Sujeciones/contenciones/restricciones mecánicas o físicas	12
• Barandillas de camas	13
• Mobiliario ergonómico adaptado: sillas, sillones geriátricos, mesas, etc.	14
B. Sujeciones/contenciones/restricciones farmacológicas o químicas	15
3. Antecedentes y realidad actual	18
A. Indicación de las sujeciones mecánicas	19
B. Complicaciones de las sujeciones mecánicas y químicas	20
C. Uso claramente inapropiado de las sujeciones	21
4. Marco normativo y legislativo	23
5. Prevención de las sujeciones	26
6. Prescripción de las sujeciones	28
7. Consentimiento informado de las sujeciones	30
8. Comunicación y autorización judicial de las sujeciones	35
9. Programas de prevención y eliminación de sujeciones	37
10. Requisitos básicos de un protocolo de sujeciones	39
11. Eliminar sujeciones: movimientos “antisujeciones”	44
12. Consenso de la segg sobre sujeciones. Mayo de 2014	45
13. Bibliografía recomendada	58

PRÓLOGO

Queridos lectores, es bien conocido por todos nosotros, que el uso de las sujeciones farmacológicas o químicas, y especialmente las mecánicas o físicas, constituye en la actualidad un tema muy controvertido dentro de la asistencia geriátrica, sobre todo en los centros de larga estancia y centros sociosanitarios, y esto es así por las notables repercusiones morales, éticas, sociales y jurídicas que conllevan. Pese a ello, no existe un marco normativo o legislativo específico a nivel estatal, encontrando que en los últimos años algunas comunidades autónomas han comenzado a desarrollar normativa reguladora aplicable en sus respectivos marcos territoriales, que se han plasmado en forma de protocolos, algunos con diferencias ostensibles entre sí para el abordaje de esta materia.

Esta controversia, se ve reforzada en tanto que afloran estudios que demuestran que el uso de las sujeciones no sólo no logra disminuir alguno de los problemas para los que se prescribieron, sino que por el contrario, incluso aumentan la gravedad de los mismos. Ahora bien, frente a ello encontramos que en circunstancias excepcionales, ha de recurrirse a su uso, ante situaciones urgentes que suponen un compromiso vital, o para la aplicación de medidas terapéuticas esenciales para la supervivencia (cateterismos, sueroterapia, etc.) y que son rechazadas por los propios pacientes.

Está constatado que su uso conlleva un riesgo de complicaciones y accidentes no despreciable, bien de forma directa, produciendo lesiones, erosiones, laceraciones, desgarros, isquemias, etc., e incluso llegando en algunos casos a generar lesiones mortales por estrangulamientos y asfixia; o bien de manera indirecta en forma de efectos adversos, como infecciones, síndrome de inmovilidad, incontinencia, úlceras cutáneas, agitación, etc.

El uso de las sujeciones tiene importantes connotaciones, ya que afecta a un derecho fundamental de las personas como la libertad, además de atentar contra valores como la dignidad y la propia autoestima personal; y todo ello, en personas que desafortunadamente tienen limitada su capacidad decisoria o de "autogobierno", a las que deberíamos prestar una especial protección.

Pese a todo lo expuesto, en ocasiones se constata un uso de sujeciones poco racional y proporcional, con escaso control o supervisión, y de forma permanente o casi indefinida.

En todo este escenario en la sociedad se alzan voces garantistas frente a este fenómeno, y afloran determinados movimientos asociativos, que pretenden velar por la dignidad y seguridad de estos pacientes, haciendo una apuesta diametralmente opuesta, propugnando el abandono de las sujeciones mecá-

1. Introducción. Punto de partida

El uso de sujeciones representan uno de los temas más candentes y controvertidos dentro de la atención y asistencia de las personas mayores, especialmente cuando consideramos el ámbito de los cuidados prolongados, continuados, o “de larga duración”, que, en España desde hace varias décadas, se prestan fundamentalmente en las Residencias, Centros de Día para Mayores y en los Centros Sociosanitarios; sin embargo, no puede pasar desapercibido el protagonismo cada vez más emergente que adquieren en los Hospitales, tanto en los servicios quirúrgicos como médicos; especialmente en las unidades de cuidados intensivos, geriatría, traumatología, medicina interna, neurología, ortogeriatría, ictus y rehabilitación”.

La importancia del uso de sujeciones viene determinada porque afectan a algunos derechos fundamentales de la persona, como la libertad y a algunos de los principios y valores básicos como la dignidad, la autonomía, la autoestima y el bienestar personal; además de los problemas de salud que pueden desencadenar como accidentes, laceraciones, desgarros, estrangulamientos, asfixia, dolor, agitación y delirium, y en las personas en las que se utilizan de forma continuada producen atrofia y pérdida de la masa muscular y deterioro

funcional.

Al mismo tiempo, el uso de sujeciones constituye una de las prácticas para las que no existe un marco normativo o legislativo específico y claro en esta materia que las regule, ni una doctrina o posicionamiento jurídico común, encontrando resoluciones judiciales dispares ante hechos similares. En los últimos años algunas organizaciones, instituciones o comunidades autónomas, han comenzado a promulgar normas o directrices de carácter interno sobre sujeciones físicas y farmacológicas.

No existen trabajos de investigación basados en evidencia científica que, justifiquen el uso de sujeciones. A pesar de ello, pueden encontrarse estudios observacionales, algunos con una base metodológica débil, que destacan determinados aspectos parciales a cerca del beneficio del uso de sujeciones. Esto hace que en ocasiones el uso de las mismas quede a la libre elección de los profesionales encargados de la asistencia.

Todo lo anterior, propicia que la sociedad, adolezca de un criterio sólidamente estructurado, que le permita conocer los beneficios y los riesgos que para una persona conlleva el uso de las sujeciones, frente al “no uso”, de las mismas.

Es constatable, que a medida que avanza el desarrollo social, económico

y el conocimiento científico de los pueblos, se suscitan nuevas inquietudes y se establecen nuevos objetivos y retos asistenciales que satisfagan escalas de valores personales cada vez de mayor nivel, es decir, una vez cubiertas las necesidades más primarias y básicas de supervivencia, las personas aspiramos a logros y satisfacciones de mayor valor. En este sentido, en el campo concreto que nos ocupa de las sujeciones, en la última década se han desarrollado iniciativas que tratan de avanzar en esta línea, e incluso han aparecido movimientos sociales que encendidamente apuestan por desterrar el uso de las sujeciones, como gesto inequívoco de máximo respeto a las personas, a su dignidad, y autonomía personal.

En todo este escenario, los profesionales encargados de la atención de los mayores asisten con inquietud, a la espera de un marco regulador normativo y legislativo, específico y concreto en esta materia, así como de un posicionamiento científico-técnico sólido, basado en la evidencia científica, a través del cual puedan plasmar sus actuaciones en la práctica clínica diaria.

Todo ello ha propiciado que la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), como sociedad interdisciplinar encargada de velar por los derechos de las personas mayores, haya decidido la creación de un Comité Interdisciplinar, en el que desde las diferentes disciplinas implicadas en el abordaje de esta materia, se elaboren unas líneas de consenso, que permita a los miembros

de la SEGG, crear un Grupo de Trabajo según determinan los estatutos de esta sociedad, que fomente e impulse la investigación y mantenga actualizado el conocimiento científico y los avances en esta materia velando por los derechos, libertades, dignidad y calidad de vida del colectivo al que atendemos, y que es nuestra verdadera razón de ser, es decir, las personas mayores.

Es necesario aportar luz en este campo, analizar sin “dobleces” estas prácticas, y recorrer conjuntamente y “de la mano”, un camino, aún sin desbrozar, tanto los usuarios-pacientes, familias, profesionales, organizaciones e instituciones, juristas, y por supuesto la sociedad en general. Esto nos permitirá posicionarnos con solvencia no solo técnica, sino humana y ético-moral, en torno a un tema tan complejo como el uso/eliminación de las sujeciones en la atención a las personas mayores.

“Caminante no hay camino...se hace camino al andar.....”

(Antonio Machado)

2. Marco conceptual

Uno de los principales problemas con el que nos enfrentamos, es la falta de consenso en torno al concepto de las sujeciones, encontrando que se utilizan diferentes denominaciones como **Sujeción, Contención y Restricción**, de una forma indistinta, para denominar un mismo concepto o acción. Es más, en algunos casos con toda esta sinonimia, lo que se pretende no es más que eludir, de una forma

artificiosa, el reconocimiento del uso de las mismas; no pudiendo así dimensionar o cuantificar su magnitud real (Ejemplo: uso de barandillas de cama, uso de mobiliario adaptado).

Por ello resulta esencial definir de una forma clara y precisa estos términos, sin desvirtuar la definición del *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*, y que a continuación se expone.

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española

Sujeción: Acción de sujetar. Unión con la que algo está sujeto de modo que no puede separarse, dividirse o inclinarse.

Contención: Acción y efecto de contener. Sujetar el movimiento de un cuerpo.

Restricción: Acción y efecto de restringir.

Tipos de Sujeciones: otro factor que añade un grado de mayor complejidad, es la clasificación de sujeciones, ya que encontramos múltiples clasificaciones atendiendo al criterio utilizado para ello:

- a) Atendiendo a los **métodos de aplicación:** existe consenso en clasificarlas en sujeciones físicas o mecánicas, y sujeciones químicas o farmacológicas
- b) Según los diferentes **dispositivos, utensilios o equipos:** podemos encontrar muñequeras, tobilleras,

cinturón abdominal o pelviano, peto torácico, cinturón de cama, barandillas de camas, sábanas, etc.

- c) En función del **carácter temporal con el que se apliquen:** se clasifican en:
 1. Agudas, episódicas o esporádicas a aquellas que se utilizan de forma excepcional y puntual en determinados momentos, horas, y días (en general menos de 2-3 días), en los que la persona sufre un episodio

agudo de excitación y agitación, entrando en una situación de riesgo y no es posible calmarle de otra forma.

2. Crónicas o permanentes aquellas que su utilización es superior a 2-3 días o una semana, y que en muchos casos, en los que en la práctica diaria, lamentablemente se pautan, no se revisan, o si se revisan se limitan a ser corroboradas de forma indefinida.

d) Con arreglo a la aceptación o no de la persona se clasifican en **voluntarias e involuntarias**.

Existen otros muchos criterios clasificatorios como el grado o intensidad de la sujeción, que conducen a clasificaciones de las sujeciones más exhaustivas. Creemos que en esta materia, en este momento, y con la intención de simplificarlo al menos inicialmente, debemos de canalizar de forma estratégica nuestros esfuerzos en la reducción máxima o eliminación de las mismas basándonos en los criterios anteriormente mencionados.

A. Sujeciones/contenciones/restricciones mecánicas o físicas:

Si analizamos la bibliografía existente sobre sujeciones de organismos e instituciones como el Instituto Joanna Briggs (2002), el Servicio Regional de Bienestar Social, Comunidad de Madrid (2005), el Hospital Universitario

Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares (2005), la Guía para Personas Mayores y Familiares del Programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”, el Método Libera-Ger de la Fundación Cuidados Dignos, y el Decreto Foral de Navarra 221/2011, entre otros, podemos encontrar las siguientes definiciones:

- 1) **Sujeción Mecánica:** se denomina así a cualquier procedimiento, o método que mediante un dispositivo material, equipo mecánico o físico, **unido, adyacente o atado al cuerpo del paciente**, que éste no sea capaz de mover o retirar con facilidad, que **deliberadamente** limite la libertad de movimientos de todo o una parte del cuerpo, o el acceso normal al propio cuerpo.
- 2) **Contención Mecánica:** procedimiento físico o mecánico dirigido a contener, sujetar o limitar el movimiento parcial o total del cuerpo, y que no pueda ser manipulada o retirada por el paciente.
- 3) **Restricción Mecánica:** se trata de cualquier acción (mecánica o física), que se utiliza con el propósito o la intención de limitar la libre circulación o capacidad de tomar decisiones de uno mismo o de una tercera persona.

Existen dilemas no bien resueltos en torno a la consideración como sujeciones mecánicas de determinados mecanismos o dispositivos, que en la actualidad se han desarrollado por la industria especializada en el diseño de

productos específicos para la asistencia geriátrica. Nos referimos a las barandillas de las camas articuladas, elevables; y determinado mobiliario en forma de sillas, sillones geriátricos ergonómicos, mesas, etc., que disponen de bandejas u otros dispositivos que facilitan algunas actividades (comida, mesa de terapia, etc.), si bien no es menos cierto que al mismo tiempo, limitan y restringen la libertad de movimientos. Estos merecen unas consideraciones conceptuales que a continuación exponemos:

Barandillas de las camas

Existen posturas contrapuestas a la hora de considerar las barandillas de las de las camas como sujeciones mecánicas. Si hacemos un análisis de este mecanismo observaremos que realmente se trata de una medida que de forma efectiva, impide, limita o restringe la libertad de los movimientos de una persona, como por ejemplo salir y bajarse de la cama.

Esta consideración, acontecerá siempre que se utilicen ambas barandillas de la cama, o en aquellos casos en los que se utilice una sola barandilla, independientemente del tipo que sean (completa, media, o cuarto de barandilla, etc.), pero siempre que ésta, corresponda al lado de la única salida posible de la cama, por estar el otro lado adyacente a la pared, mobiliario, etc.; ya que en ambos casos, no podrían ser fácilmente manipulables para su

retirada por el propio usuario (imaginemos el obstáculo que supondrían ante una situación de incendio).

Diferente consideración merece la utilización de una barandilla de la cama a petición (voluntaria) de la propia persona, como asidero, para poder dar vueltas en la cama, como apoyo para levantarse, o como medida de seguridad; independientemente del tipo que sean (completa, media, o cuarto de barandilla, etc.), siempre que deje libre el lado de salida de la cama, y se entrene oportunamente al usuario-paciente en dicho menester. En estos casos, y siempre que pueda bajarse de la cama por el otro lado, no debería considerarse una restricción mecánica. Ahora bien, para estos últimos supuestos, ha de tenerse en cuenta que existen otros dispositivos y productos de apoyo más adecuados para realizar las transferencias y movilizaciones en la cama, como los arcos, así como camas adaptables en altura que minimizan estos obstáculos

Merece resaltar que muchos usuarios-pacientes, especialmente los que padecen déficits cognitivos considerables, perciben las barandillas como elementos extraños, restrictivos y hostiles, lo que puede desencadenar en ellos cuadros de excitación, agitación e irritabilidad, llegando en ocasiones a saltar por encima de ellas, con los riesgos que ello entraña.

Las barandillas son métodos de sujeción-restricción mecánica con un riesgo de siniestralidad y accidentes muy alto, por atrapamiento de partes

del cuerpo (cuello, tórax o abdomen) en los huecos que existen en sus extremos con el cabecero o pedestal de la cama.

Mobiliario ergonómico adaptado: sillas, sillones geriátricos, mesas, etc.

Todos estos dispositivos producen una limitación o restricción de los movimientos de las personas que los usan, impidiéndoles la posibilidad de salir o liberarse ellos ante una situación de peligro. Es decir constituirían una restricción mecánica, incluso en aquellos casos en los que se utilizan para mantener la postura corporal, o cuando es solicitado por el propio usuario; salvo en los casos en los que la persona fuese entrenada para poder liberarse con facilidad de las mismas. Además de la restricción que supone, les limita al mismo tiempo incluso sus relaciones sociales durante la hora de la comida y los estímulos que recibe son menores. Para la realización de muchas de las actividades para las que se usan (comida, terapias, mantenimiento postural, etc.), debería utilizarse otro mobiliario como las sillas, sillones y mesas convencionales, que favorecen de forma más normalizada las relaciones sociales. Tan sólo cabría plantear la situación de excepcionalidad en aquellos casos en los que se utilizan para terapias grupales en salas polivalentes y siempre que estén dirigidos y tutelados presencialmente por suficientes profesionales, de forma que ante una situación de emergencia

puedan proceder a la retirada de estos dispositivos y a la evacuación de los mismos en un tiempo adecuado.

Debemos resaltar con énfasis determinadas argucias que se llevan a cabo en la utilización del mobiliario no adaptado y que deben desterrarse por constituir una mala praxis profesional. Nos referimos expresamente a la utilización del mobiliario en unas condiciones, posiciones e inclinaciones, que impiden, imposibilitan o bloquean la libertad de movimientos de las personas, que permanecen en un estado de “bloqueo” y, todo ello, sin la utilización específica de ningún dispositivo de sujeción. En este sentido cabe citar la reclinación de las sillas de ruedas y sillones, la utilización de los sillones y mesas que dejan atrapada e inmóvil a la persona que permanece en su interior, la colocación del sillón frente a un obstáculo (columna o pared) o la utilización de somieres o colchones cóncavos, que les impide levantarse a las personas con bajo nivel cognitivo, etc.

Gallego Riestra S, Gutiérrez Rodríguez J, Fernández Guzmán MF. Aspectos legales del uso de medios de contención mecánica en los diferentes ámbitos asistenciales y sanitarios. Especial referencia a los ingresos por patologías no psíquicas en instituciones sanitarias abiertas. Derecho y Salud. 2013; 1. 77-95.

Rodríguez Delgado J. Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. Rev Esp Geriatr

Gerontol 2013.

Bleijlevens, M.; Wagner, I.; Capezuti, E.; Hamers, J. "A delphi consensus study to determine an internationally accepted definition on physical restraints" meeting abstract. Gerontologist 2012 nov; 52(1): 136.

Vemos pues que si bien es verdad que desde el punto de vista asistencial, parece que existen ciertos matices conceptuales diferenciales entre los términos **sujeción/restricción/contención**; no acontece así desde una perspectiva puramente jurídica, en la medida en que dichos términos, **todos ellos**, reflejan una **privación de la libertad** de movimientos de la persona y, que por lo tanto, **afectan al derecho fundamental** reconocido en el artículo 17 de la Constitución Española, debiendo ser equiparados y consecuentemente objeto del mismo tratamiento jurídico. Esto hace que en lo sucesivo, cuando de forma genérica nos refiramos a las sujeciones, incluyamos a cualquiera de ellas dentro de esta terminología (sujeciones, restricciones, contenciones, barandillas, mobiliario adaptado, etc.).

Por otro lado, el Comité Interdisciplinar de la SEGG para el estudio de las sujeciones, ha consensuado que cualquiera de los mecanismos utilizados, constituye una medida de sujeción mecánica, ya que todas limitan de alguna manera la libertad de movimientos.

Los centros dedicados a la atención de los mayores, y sus profesionales,

deben buscar incansablemente respuestas más imaginativas y más dignas, para garantizar la seguridad de los usuarios frente a las conductas disruptivas, que no solo la simple utilización de sujeciones. Hemos de invertir suficientemente en desarrollo arquitectónico, tecnología y equipamiento de los centros y al mismo tiempo, dotar de una plantilla adecuada debidamente formada y especializada. Solo así, de una forma proporcional con la conjunción de todos estos factores, lograremos garantizar la máxima seguridad con la mejor dignidad.

B. Sujeciones/contenciones/ restricciones químicas o farmacológicas:

En los últimos años, las sujeciones químicas han adquirido una popularidad creciente, "parece que está de moda hablar de ellas", incluso, en ocasiones, de forma un tanto sensacionalista y sin un criterio científico sólidamente formado o basado en evidencia científica. En algunas publicaciones tan solo se esboza una definición, un tanto imprecisa de este término, motivo por el que debemos esforzarnos, tratando de definirlo adecuadamente.

Cuando se analizan las sujeciones químicas los grupos farmacológicos más utilizados son los que actúan sobre el Sistema Nervioso Central, es decir, benzodicepinas (lorazepam, lormetazepam, diazepam...), neurolépticos (haloperidol, risperidona, que-

tiapina...), hipnóticos/sedantes (clometiazol), antidepresivos sedantes (trazodona) y antiepilépticos con efecto sedante (gabapentina).

Debemos considerar como sujeción química al uso de psicofármacos independientemente del grupo o familia utilizada y/o de sus dosis, que limiten o restrinjan la movilidad y comprometan las actividades de la vida diaria (levantarse, vestirse, bañarse, ir al baño, etc.), así como el funcionamiento mental (enlentecimiento del pensamiento), con el objetivo de controlar una conducta inadecuada o molesta (vagabundeo, rechazo de los cuidados, etc.), y siempre que no tiene su base en un trastorno psiquiátrico o médico diagnosticado, sino que se utilizan por conveniencias organizativas y no en beneficio de la persona. Es decir, el uso de medicamentos para manejar un problema para el que existe mejor tratamiento.

La definición deja claro que se refiere a la **utilización** de forma **deliberada e intencional para** controlar un **problema de base no psiquiátrica, ni médica**, para el que **existe mejor tratamiento**, y que acaba **limitando o restringiendo** los **movimientos o actividad física y actividades de la vida diaria** del paciente así como su **funcionamiento mental**.

En tal sentido, el uso de cualquier antipsicótico para controlar síntomas negativos como los delirios, las alucinaciones, o la agresividad en un enfermo de Alzheimer, en un síndrome confusional, o en un cuadro psicótico

diagnosticado, no constituiría una sujeción-restricción si no existe otra alternativa terapéutica; pero sí cuando éstos se utilizan para el tratamiento del vagabundeo o de otros síntomas para los que existen otras alternativas.

Por otra parte, debemos recalcar que la utilización de cualquier psicofármaco o cualquier otro medicamento fuera de las indicaciones bien definidas, debe considerarse como una mala praxis.

Es una cuestión compleja, tanto de investigar como de controlar, ya que incorpora la **intención como requisito** para que sea considerada sujeción, y las intenciones no son fáciles de desvelar.

Por otra parte, ha de tenerse en cuenta que, las personas mayores a menudo están polimedizadas, y por tanto son más susceptibles y vulnerables para sufrir interacciones o reacciones adversas medicamentosas con los medicamentos que toman, debiendo ser muy cautos y sopesar concienzudamente la prescripción de un nuevo medicamento; máxime si pertenece a determinados grupos farmacológicos "altamente sensibles" como los psicótropos que constituye el tercer grupo farmacológico en cuanto a producción de reacciones adversas. En aquellos casos en los que una vez evaluado, resulte imprescindible su prescripción, deberá efectuarse un seguimiento estrecho de estos pacientes tanto a corto como a largo plazo.

Hemos de destacar hay estudios que han demostrado que la disminución de las sujeciones mecánicas, ha



incrementado el uso de las sujeciones químicas.

R. Tamara Konetzka, Ph D. et al. The effects of public reporting on physical restraints and antipsychotic use in nursing home residents with severe cognitive impairment. JAGS 62: 454-61, 2014.

Using antipsychotic agents in older patients. Expert consensus. George S. Alexopoulos, M.D. Cornell institute of geriatric psychiatry.

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.

3. Antecedentes y realidad actual

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

Eran momentos o etapas de absoluta opacidad y tenebrosidad, en las que para sujetar a las personas, se utilizaban elementos o utensilios no homologados que debían utilizarse para otros fines como sábanas, mantas, cinturones, cinchas, etc. Su uso a menudo se ocultaba, no se comunicaba a los familiares, ni se les hacía partícipes en la toma de decisión (consentimiento).

Una vez decidido el uso de sujeciones, de forma prácticamente unilateral, por parte de algún profesional, no se sometían a ninguna regulación, seguimiento o control, permaneciendo la persona con ellas de forma indefinida, “sine die”, ya que no se revisaban periódicamente.

A comienzos del nuevo siglo, en el primer quinquenio, comenzó a surgir una preocupación creciente, entre los ciudadanos, los pacientes, los

familiares y los profesionales, en torno a las sujeciones mecánicas, por diferentes motivos en cada uno de ellos; para unos por los efectos que producían sobre los usuarios, para otros por el posible efecto protector que se presuponían que ejercían sobre los accidentes y caídas, y para otros por las reclamaciones, demandas y sentencias judiciales dispares e incluso contradictorias ante hechos similares. Como consecuencia de ello, las organizaciones y los profesionales iniciaron una “vertiginosa carrera” procediendo a publicarse procedimientos, protocolos, guías, o manuales, sobre esta materia.

A través de estos protocolos o guías se han articulado procedimientos perfectamente estructurados sobre las sujeciones, en los que se cuida minuciosamente la forma de aplicar sujeciones con intención defensiva para las instituciones y sus profesionales, pero sin que con ello hayamos avanzado en el compromiso de los derechos, principios, valores y autoestima de las personas a las que atendemos. Sin embargo esta etapa de transición era necesaria cubrirla y recorrerla, para poder regularizar y sacar a la luz todas las sombras y ocultismo del pasado

La existencia de Protocolos de Sujeciones, desafortunadamente comienza a convertirse en una especie de aval que confiere una “mal

entendida” inmunidad, otorgando una “patente de corso” para sujetar sin control. Existen centros en los que se han implantado Protocolos de Sujeción en los que el número de sujeciones es muy elevado, ya que establecen unas “reglas del juego” para poder sujetar o atar de una forma supuestamente segura. Parece que con estos protocolos a lo que realmente se ha llegado es a una “práctica asistencial defensiva” frente a posibles reclamaciones o demandas por accidentes, caídas, agresiones, etc.

En esta etapa, más bien hacia finales del segundo quinquenio, empezaron ya a sopesarse las enormes repercusiones jurídicas, sociales, morales y éticas tanto de los profesionales como de las instituciones encargadas de la atención a los mayores, en tanto que comprometen el derecho a la libertad, a la integridad física y moral, a no sufrir trato inhumano o degradante (CE), al principio de autonomía y a determinados valores como la dignidad personal y la percepción de la autoestima.

Así hemos llegado al momento actual, en el que hemos de plantearnos que debemos avanzar nuevamente, y generar nuevas apuestas que mejoren la calidad de vida, la seguridad, la autoestima y la dignidad de las personas a los que atendemos.

3A. Indicación de las sujeciones mecánicas en los protocolos actuales:

Hay una gran controversia acerca de si realmente existe alguna indicación para el uso de sujeciones, ya que se estima que prácticamente en la mayoría de los casos para los que se utilizan, podrían evitarse implantando otras intervenciones alternativas menos cruentas, y más dignificantes para las personas. En aquellos casos en los que se utilizan sujeciones, así como en todos los protocolos, procedimientos o guías al respecto, se argumentan una serie de indicaciones, y que pueden venir definidas por las siguientes:

- 1.** Instauración y aseguramiento de medidas o cualquier otro procedimiento terapéuticos necesarios para la supervivencia, como el uso de sondajes (nasoentérico, gastrostomía percutánea, vesicouretral, etc.), necesidad de utilizar sueroterapia por vía parenteral, la utilización de oxigenoterapia, la cura de lesiones cutáneas (úlceras por presión), etc., argumentando el riesgo de desinserciones, arrancamientos, desgarros o bien por el rechazo o la negativa terapéutica.
- 2.** Control de la agitación y otras alteraciones conductuales como la auto o heteroagresión, intentos autolíticos y conductas suicidas.
- 3.** Para garantizar la inmovilización o descarga prescrita en determinados procesos traumatológicos que así lo requieren (fractura de fémur).

4. Prevención de caídas o los siniestros por vagabundeo errático no controlado (representa el 75% de las sujeciones).
5. Control postural.

Por contra, también existen estudios que demuestran que las personas sometidas a sujeciones se agitan y presentan graves trastornos de conducta por el efecto que éstas les producen.

Del mismo modo, otros estudios basados en evidencia científica, han demostrado que el uso de sujeciones no solo no logra disminuir el número de caídas de forma significativa (principal indicación de las mismas), sino que por el contrario, las caídas que se producen, tienen consecuencias más funestas.

Por último, hemos de reconocer que sin posicionarnos ni a favor de los movimientos “anti-sujeción”, ni a favor de los partidarios de las mismas, hoy todos compartimos que para el control postural existen otras muchas opciones menos traumáticas y más dignificantes que las sujeciones, como pueden ser los productos de apoyo, los sistemas de posicionamiento (cojines, cuñas, etc.), y los dispositivos ortoprotésicos, que aseguran un buen control postural bien sea en bipedestación, sedestación o decúbito.

Healey F, Oliver D, Milne A, Connelly J. “The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies”. Age ageing. 2008; 37:368378.

M. Porta, R. Miralles, C. Conil Registro

de caídas del centro geriátrico municipal de Barcelona. Características de las caídas y perfil de los pacientes. Revista española de Geriátria y Gerontología 2001,36: 270.

3B. Complicaciones de las sujeciones mecánicas y químicas:

A medida que han mejorado los registros en los planes de cuidados de las personas a las que se aplican sujeciones, es usual encontrar que el uso de sujeciones no está exento de riesgos, sino que por el contrario añade un riesgo de siniestros no depreciables en forma de erosiones, laceraciones, desgarros musculares y de los plexos nerviosos, accidentes, estrangulamientos, asfixia, isquemia de los miembros, etc., con los propios dispositivos de sujeción utilizados (cinturones, muñequeras, tobilleras, barandillas, etc.), pese a que éstos sean homologados.

Al mismo tiempo, las personas a las que se aplican sujeciones presentan un alto riesgo de desarrollar atrofia muscular, rigidez o anquilosis, incontinencia urinaria y fecal, úlceras cutáneas por presión, síndrome de inmovilidad, infecciones, estreñimiento e incluso riesgo de muerte súbita.

Además las sujeciones tienen consecuencias negativas sobre la esfera psíquica, como aislamiento social y del entorno, la pérdida de la autoestima y de la dignidad, trastornos psico-

afectivos (ansiedad-depresión), estrés, inquietud, agitación y agresividad.

Hay estudios observacionales que demuestran que las personas sometidas a sujeciones mecánicas, tienen ingresos hospitalarios en los cuales la estancia media hospitalaria, aumenta.

Respecto a las sujeciones químicas está bien documentada la relación existente entre el uso de psicótrópicos con el mayor riesgo de caídas, deterioro funcional y muerte.

Algunos de estos estudios, que demuestran las complicaciones anteriormente referidas, son observacionales y con una base metodológica poco consistente, motivo por el cual es necesario realizar estudios basados en evidencia científica, que demuestren de una forma fehaciente el riesgo de las sujeciones mecánicas.

M. Kron, S. Loy, E. Sturm, Th. Nikolaus, and C. Becker. Risk Indicators for Falls in Institutionalized Frail Elderly. Am J Epidemiol 2003; 158: 645-653.

Ibe, T., Ishizaki, T., Oku, H., Ota, K., Takabatake, Y., Iseda, A., Ueda, A. (2008). Predictors of pressure ulcer and physical restraint prevalence in Japanese acute care units. Japan Journal of Nursing Science, 5 (2), 91-98.

D. Evans and M. Fitzgerald, "The experience of physical restraint: a systematic review of qualitative research," Contemporary Nurse, vol. 13, no. 2-3, pp. 126135, 2002.

Gallinagh, R., Nevin, R., McAleese, L., & Campbell, L. (2001). Perceptions of older people who have experienced physical restraint. British Journal of Nursing, 10 (13), 852-859.

Castle NG, Engberg J. (2009). The Health Consequences of Using Physical Restraints in Nursing Homes. Med Care, 47 (11), 1164-1173.

Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria. Alerta N° 5: Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de pacientes. Fundación Avedis Donavedian y Fundación Mapfre.

Vidán MT, Sánchez E, Alonso M, Montero B, Ortiz J, Serra JA. An Intervention Integrated into Daily Clinical Practice Reduces the Incidence of Delirium During Hospitalization in Elderly Patients. JAGS 2009 57: 20292036.

3C. Uso claramente inapropiado de las sujeciones:

Hay una serie de circunstancias bien definidas, en las que de forma absoluta, resulta inadmisibles el uso continuado de sujeciones, y que curiosamente algunas de estas, son utilizadas a menudo como argumentos, con fines espurios, para justificar el uso de las mismas, por parte de determinados profesionales como son:

1. Existencia de otras alternativas.
2. Imposibilidad de prestar supervi-

sión continuada y cuidados complementarios.

3. Material o dispositivos inadecuados, no homologados y que puedan poner en riesgo la seguridad de la persona a la que se aplican.
4. Evitar el erratismo o vagabundeo (el 15% de las sujeciones se aplican por este motivo).
5. Mejorar el control ambiental: disminuir los ruidos, etc.
6. Presión de los profesionales, familiares o de los propios usuarios.
7. Conveniencia, comodidad o dejadez de los profesionales o personal cuidador.
8. Déficit de personal cuidador para la supervisión y el control.
9. Falta de formación e información sobre el uso de sujeciones (beneficios/riesgos) en los profesionales, así como la falta de información a pacientes y familiares.

10. Asistencia defensiva frente a las reclamaciones o demandas judiciales.

11. No haber efectuado una Valoración Geriátrica Integral que permita detectar el origen de los trastornos de conducta y corregirlos con otra metodología más adecuada, más digna y menos cruenta.

La tendencia en general, debe ser evitar su uso, y solamente utilizarlas de forma excepcional en determinadas situaciones extremas en las que no existe otra intervención alternativa, obien hayan fracasado todas las implantadas, y siempre utilizarlas con un carácter temporal y de forma racional o proporcional. En estos casos excepcionales, dada la trascendencia de este hecho, debe existir un procedimiento o protocolo estricto por el que se rijan las actuaciones de los profesionales, en cuanto a prescripción, aplicación, cuidados complementarios, duración, tipo de sujeción, etc.

4. Marco normativo y legislativo

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

A continuación se exponen diferentes normas que hacen referencia a las mismas:

- 1) Constitución Española. 1978. Art. 1.1 "Derecho a la libertad"; Art. 10 "Derecho a los principios de dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad"; Art. 15 "Derecho a la integridad física y moral y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes"; y Art. 17 "Derecho a la libertad física".
- 2) Ley 14/1986, de 25 de Abril: Ley General de Sanidad. Art. 10: Consentimiento Informado.
- 3) Orden 612/1990, de 6 de noviembre. Derechos de los ciudadanos en los servicios sociales.
- 4) Convenio relativo a los Derechos Humanos y a la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Oviedo 1997.
- 5) Ley 1/1999, de 31 de marzo. Atención a personas con discapacidad en Andalucía.
- 6) Ley 1/2000, de 7 de Enero de Enjuiciamiento Civil. Art 763: internamientos no voluntarios por razones psiquiátricas. Pérdida del derecho a la libertad en situaciones de carácter sanitario.
- 7) Ley 12/2001, de 21 de Diciembre: Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Madrid.
- 8) 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.
- 9) ONU. Principio a favor de las personas de edad:
 - 9.1 Derecho a ser tratado lo menos restrictivamente posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador que le corresponde a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.

- 11.11 No someter a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Estas prácticas no se prolongarán más del periodo estrictamente necesario para alcanzar este propósito. Todos los casos, sus motivos, su carácter y duración se registrarán en el historial. El paciente será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular del personal cualificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria del paciente a su representante.
- 10) Ley 44/2003, de 21 de Noviembre: Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- 11) Código Penal LO 10/1995, de 23 de noviembre, tras la publicación de la Ley Orgánica 20/2003, de 23 de diciembre. Artículos: 147,148,153,169,172 y 173, 226, 229 y 617, hacen referencia a malos tratos e indirectamente a la sujeción que puede atentar a la dignidad de la persona.
- 12) Ley 7/2004, de 28 de Diciembre: Medidas en Materia Sanitaria.
- 13) Circular de Gerencia del Servicio Regional de bienestar Social de la Comunidad de Madrid. 10-02-2006. "Obligado cumplimiento del Protocolo de Prevención y Uso de Sujeciones Mecánicas, en todos los centros gestionados por el mismo".
- 14) Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención de Nueva York del 13 de diciembre de 2006. Derechos de las personas con discapacidad. Art. 14 impone a los Estados Partes la obligación de asegurar que las personas con discapacidad, disfruten del derecho a la libertad, en igualdad de condiciones, sin que puedan verse privadas de ella de forma ilegal o arbitraria.
- 15) Ley foral 15/2006, navarra, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales.
- 16) Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales.
- 17) Ley de Cataluña 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales.
- 18) Ley del País Vasco 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.
- 19) Ley 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de las Illes Balears.
- 20) Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.
- 21) Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja.



22) Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, que regula el uso de sujeciones físicas y farmacoló-

gicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la Comunidad Foral de Navarra.

5. Prevención de las sujeciones

La utilización de sujeciones mecánicas o químicas ha de constituir un recurso excepcional al que solo se recurrirá de forma puntual, racional y proporcional, en aquellos casos en los que se hayan agotado todas las medidas a nuestro alcance, para controlar el proceso.

Para ello consideramos imprescindible realizar una valoración geriátrica integral interdisciplinaria, que evalúe las esferas física, psíquica, funcional y social, en todos los usuarios que presentan deterioro cognitivo o demencia, y son susceptibles de padecer o bien padecen alteraciones psicológicas y conductuales, buscando los factores de riesgo predisponentes y los factores desencadenantes de conductas agresivas o de riesgo, y tratando de corregirlos de una forma precoz.

Se han de buscar factores de riesgo predisponentes como los siguientes: déficits sensoriales, consumo de psicótrópos, problemas psíquicos, demencia, delirium, alteraciones de la marcha y equilibrio con riesgo de caídas, etc. Al mismo tiempo debemos investigar determinados problemas o factores de riesgo que actúan como desencadenantes, entre los que cabe citar las infecciones, fiebre, dolor, disnea, prurito, retención urinaria, estreñimiento e impactación fecal.

Una vez valorada la persona, se

articulará un Plan de Atención Individualizado con intervención sobre todas sus áreas o dimensiones, en el que se aplicarán programas de actuación no farmacológica y dinamización, lúdico-recreativos, de psicoestimulación integral, apoyo emocional y afectivo y movilizaciones que mejoren el bienestar psicosocial. Se procederá a hacer intervenciones sobre la conducta, sobre los trastornos del equilibrio y de la marcha, y se corregirán las disfunciones neurosensoriales, etc.

Las terapias no farmacológicas, los cuidados anticipatorios, las medidas ambientales y los fármacos, deben combinarse de la forma menos invasiva posible y deben mantenerse en el tiempo, y deben ser compartidas y realizadas por todos los miembros del equipo interdisciplinario, siendo crucial la implicación de los auxiliares en las mismas, en caso contrario, estarán abocadas al fracaso. Es necesario un cambio filosófico y cultural de todos los estamentos de la organización, desde arriba, comenzando por la dirección del centro, hasta abajo. Cada problema conductual, ha de ser analizado, observado, seguido en el tiempo y evaluado, procediendo a implementar las estrategias oportunas para su corrección.

Hemos de propiciar cambios en la "cultura asistencial" implantando "programas y actividades no

convencionales, atípicos” que se salen de la rutina convencional descrita en las “definiciones de funciones laborales”. Los centros y sus profesionales deben ser más flexibles en cuanto a los horarios y el tipo de actividades a realizar, pudiendo desarrollar actividades o programas alternativos (Ejemplo: ¿Actualmente es posible durante la noche llevar a cabo alguna actividad o programa, tan simples como dar un paseo, hablar por teléfono, etc., a una persona con demencia agitado errante?). En muchas ocasiones, lo que puede calmar a una persona errática, agitada, e incluso agresiva son actividades tan simples como un plácido paseo al sol, o disfrutar en el jardín; actividades no siempre bien recibidas por los propios trabajadores y a las que no se les concede credibilidad.

El tratamiento farmacológico ha de revisarse, valorando las posibles interacciones entre medicamentos y los posibles efectos adversos de éstos en un período de tiempo prudencial. Deberán retirarse aquellos medicamentos que se estime que puedan ser responsables, por actuar como predisponentes o desencadenantes de los mismos.

Es fundamental la actuación sobre el entorno, llevar a cabo las modificaciones estructurales y arquitectónicas pertinentes que mejoren la seguridad, diseñar espacios abiertos y acolchados en forma de circuitos para errantes, sustitución de escaleras por rampas, habilitar salas de relax multisensoriales como las salas

Snoezelen, que ayuden al relax y evitan el uso de sujeciones. Hay que valorar la necesidad de productos de apoyo y otras medidas que minimicen el riesgo de accidentes, siniestros y caídas, evitando así la demanda de los propios familiares y de los profesionales de sujeciones.

Es necesario acometer actuaciones ambientales sobre los ruidos, iluminación, e incorporar las nuevas tecnologías al servicio de la seguridad de estos pacientes como mobiliario adaptado con materiales amortiguadores frente a los golpes, y otros dispositivos que mejoren la seguridad de las personas.

A nivel institucional se precisa un compromiso, dotando de unos ratios de personal adecuados, especialmente nocturnos, franja horaria en la que se han detectado un gran número de siniestros, precisamente vinculados al uso de dispositivos de sujeción mecánica (cinturones o barandillas de cama), en forma de estrangulamiento, asfixia, etc. Al mismo tiempo deben comprometerse en implantar unos ritmos de sueño-vigilia más racionales que eviten la permanencia de las personas encamadas durante largos períodos de tiempo que conllevan una necesidad de sujeciones.

En definitiva, hemos de ser autocríticos, y tener siempre una norma como máxima: poner en marcha todos los programas de menor impacto adverso para el paciente, con los que se consigan unos resultados aceptables. Es decir apostar por un modelo de atención más respetuoso con la libertad y dignidad de las personas.

6. Prescripción de las sujeciones

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

No obstante, más allá del propio acto de la prescripción, es conveniente que esta situación excepcional, no sea decidida por un solo profesional de forma unilateral; sino que en su indicación participe el resto de los miembros del equipo interdisciplinar (Médico, Enfermero, Psicólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Trabajador Social, etc.).

En la práctica clínica diaria, es usual encontrar situaciones en las que no existe un claro consenso, e incluso existe discrepancia entre los miembros del equipo interdisciplinar, acerca del uso de sujeciones; así podemos encontrar:

a) Situaciones en las que el médico responsable habitual, no sea participe de la indicación de una

medida de sujeción por entender que existen otras alternativas. En estos casos, se abstendrá de la prescripción de la misma, proponiendo una pauta de actuación alternativa si la conoce, con las intervenciones, programas y actividades que se llevarán a cabo.

- b) Situaciones en las que puede existir discrepancia entre dos facultativos responsables habituales de la asistencia de un usuario, adoptando ante situación de riesgo vital inminente una medida de sujeción y poniéndolo en conocimiento de un estamento superior.
- c) Que el médico responsable sea partidario de aplicar una medida de sujeción y el resto del equipo interdisciplinar no comparta este criterio, por entender que existen otras medidas menos cruentas y más dignas para el paciente. En estos casos se adoptará la postura menos cruenta para el propio usuario y más protectora en cuanto a derechos y valores como la libertad, la dignidad y la autoestima, es decir, no aplicar la medida de sujeción, e implantar medidas de intervención, programas o actividades alternativas.
- d) Que la familia solicite la aplicación de una medida de sujeción por "miedo" a caídas, accidentes o por



haber padecido episodios previos, contra la opinión de los miembros del equipo interdisciplinar. En estos casos el equipo interdisciplinar debe proceder a informar y formar a la familia de los riesgos del uso de sujeciones ya referidos, para que de esta forma adquieran una opinión fundada, racional y responsable, y exponerles las medidas de intervención, los programas y las actividades alternativas que se llevarán a cabo.

En todos estos supuestos anteriormente enumerados, dada la importancia y trascendencia de las decisiones tomadas, así como por la influencia que tienen sobre derechos fundamentales, sobre los valores y principios de las personas, los miembros del equipo interdisciplinar procederán a consignar por escrito y de una forma razonada, cada una de estas situaciones, en la historia clínica del paciente.

7. Consentimiento informado de las sujeciones

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

Siempre que el propio paciente no esté imposibilitado cognitivamente y tenga capacidad de autogobierno, éste debe participar en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso asistencial. Tan sólo cuando por su estado psíquico no pueda hacerse cargo de su situación, le corresponde dar el consentimiento si está incapacitado judicialmente, a sus representantes legales, o en su defecto a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

El consentimiento informado tiene dos componentes o fases claramente establecidas, una informativa y otra deliberativa, en las cuales se sustenta la decisión libre y responsable del paciente. Para que el consentimiento informado sea válido ha de reunir las siguientes características:

- 1) La persona que toma la decisión ha de tener capacidad de obrar o competencia jurídica plena.
- 2) Debe haber recibido toda la información necesaria y suficiente, acerca del procedimiento, para

tomar una decisión (incluyendo los beneficios y posibles daños). La información ha de ser específica para cada procedimiento y ajustada o individualizada a cada paciente. No serán válidos los consentimientos e información genéricos.

- 3) La comprensión adecuada de la información recibida.
- 4) Debe poder tomar una decisión de forma voluntaria y libre.

El Consentimiento Informado según determina la Ley 41/2002 en su Art. 8 Apto. 2, puede ser:

a) Verbal por regla general.

b) Escrito en los casos siguientes: **intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, y en general para la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.**

Fundamentos jurídicos sobre el consentimiento informado y las sujeciones mecánicas y químicas:

En un sentido estrictamente jurídico, el consentimiento informado, no parece, a priori, razonable cuando preten-

damos aplicar una medida de sujeción restrictiva de la libertad de la persona, o una medida de internamiento involuntario.

En puridad, únicamente podríamos admitirlo cuando es el propio paciente, consciente y orientado, con capacidad de decisión, quien solicita la aplicación de la medida de sujeción. Es aquí donde tiene plena eficacia la regulación contenida en la Ley de Autonomía del Paciente sobre la prestación del consentimiento informado.

Esto se ve de forma meridianamente clara cuando hablamos de los internamientos involuntarios, para los que el Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, expresamente exige la autorización judicial para proceder al internamiento de una persona en contra de su voluntad. Es justamente esa autorización judicial la que suple o sustituye el consentimiento informado del paciente, quien, o no presta su conformidad con la medida de internamiento, o por su estado o condiciones no puede pronunciarse al respecto.

En cualquier **toma de decisiones en la que se intervenga sobre derechos fundamentales y valores de las personas, y éstas no tengan capacidad de emitir una opinión vinculante, razonable y responsable** (por tener limitada o impedida su propia capacidad de autogobierno debido a déficits cognitivos, demencias, trastornos de conducta, patologías psiquiátricas, etc.), **se hace imprescindible desde un punto de**

vista ético y moral, contar con la opinión de su representante legal (ya sea tutor, curador o defensor judicial), si está judicialmente incapacitado, o en su defecto con la de sus familiares o “guardador de hecho”, para la toma de cualquier decisión compleja y trascendente. Es en este contexto, en el que adquiere su verdadera razón de ser, y entra en juego, la doctrina del consentimiento informado.

Hecha estas aclaraciones, en el caso concreto de **las sujeciones**, ha quedado claramente documentado a lo largo de la exposición que **atentan contra derechos fundamentales, ya que privan de la libertad, así como contra principios y valores como la dignidad y autoestima; además entrañan riesgos físicos y psíquicos; por lo que no cabe duda que desde este punto de vista, nos encontramos ante la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, por lo que se aconseja el consentimiento informado, cuando vayan a ser utilizados más allá de un episodio agudo, debiendo dejarse por escrito en la historia clínica del paciente.**

El consentimiento deberá recoger los datos de filiación del paciente, el nombre del médico que lo prescribe y la fecha. En el mismo, se ha de explicar de forma clara, sencilla y comprensible toda la información con sus riesgos y beneficios si los hubiera, debe expresar con precisión la causa que conlleva a la utilización de las sujeciones, los tratamientos alternativos previos implantados y que hayan

fracasado, etc. El médico tiene la obligación de asegurarse que el sujeto lo ha comprendido todo, la mera firma no exime de responsabilidad si se comprueba a posteriori que la información que se dio era incomprendible para el sujeto.

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. En dicho documento ha 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.

Debe existir un consentimiento informado firmado 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, etc.), 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. Somos conscientes que con esta forma de proceder se pueden consumir mayores recursos humanos y materiales, y que a veces las propias familias carezcan de tiempo para poder desplazarse a informarse sobre la medida de sujeción propuesta; ahora bien merece la pena no escatimar esfuerzos, ya que lo que limitamos con estos procedimientos, son derechos y valores fundamentales, como la libertad y la dignidad. Además con las

nuevas tecnologías de la comunicación, se pueden buscar alternativas, cuando hay esas dificultades, como dar un consentimiento por e-mail, mensaje SMS, teléfono, etc.

En los últimos tiempos, el concepto del Consentimiento Informado se ha desvirtuado, hasta el punto que en algunas organizaciones se ha convertido en una “patente de corso”, “autorización”, o “cheque en blanco”, para poder sujetar en algunas ocasiones de una forma “no proporcionada” e irracional.

Así a estos efectos, se deben considerar ilegales los consentimientos informados genéricos y los que se obtienen en el mismo acto del ingreso (momento por cierto poco propicio tanto para el usuario que aún conserva su capacidad de autogobierno, como para los representantes legales y/o familiares, por el estado de confusión, tensión, estrés, etc.; ya que en ese momento firman cuanto se les pida sin grandes explicaciones), sirviendo para ser utilizados en cualquier otro momento posterior de la estancia del usuario en el centro. El Consentimiento Informado debe ser explícito para la situación y en el mismo momento en el que se va a tomar la decisión, nunca puede ser diferido en el tiempo, y debe determinar el período de revisión.

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; alegando que se trata de una situación similar a las Instrucciones Previas, una

figura jurídica, perfectamente definida y articulada, la cual tampoco parece adecuarse conceptualmente con la restricción de la libertad involuntaria que en la mayor parte de las ocasiones va a implicar la aplicación de una medida de sujeción.

Un hecho diferente sería un “no consentimiento” previo, para el uso de sujeciones, a modo de instrucciones previas o de directrices anticipatorias, tomado con anterioridad y con todas las garantías que requiere este procedimiento, es decir, que aún conserve su propio autogobierno, en presencia de testigos (alguno de ellos ajeno a la institución en la que se lleva a cabo), etc.

En definitiva, con las instrucciones previas lo que se pretende es hacer prevalecer la **voluntad de la persona por escrito**, siempre y cuando **no vulnere los derechos fundamentales de la misma** (derecho a la vida, derecho al **buen trato**, derecho a la libertad, etc.), y que **no sea perjudicial para la propia persona** o que vaya en detrimento de **terceras personas**.

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 la **lex artis**, incurriendo en responsabilidad civil, penal o ambas, ante su incumplimiento. **En estos casos excepcionales y por razón de la urgencia**, esta medida se aplicará el

mínimo tiempo posible, y siempre se hará de **una forma proporcional y causando el mínimo daño**. Si esta **media debiera persistir en el tiempo**, se recurrirá con la mayor brevedad posible a **solicitar el consentimiento representante legal**, guardador de hecho o familiar, pudiendo comunicarse por parte del centro al juez, y siendo **obligatoria la comunicación judicial ante discrepancia o rechazo del paciente o de sus representantes legales**, guardador de hecho o familiares.

En relación a las sujeciones químicas o farmacológicas, ha de imperar el sentido común, y así, **en todos los casos** en los que un **fármaco se utilice expresamente con la finalidad de contener o restringir la libertad de movimientos** del paciente, **debe ser considerada como sujeción química**, equiparándose a la sujeción mecánica, y por tanto debe ponerse en conocimiento de los usuarios cuando en estos conserven su voluntad y capacidad, o en su defecto de los tutores o familiares; requiriendo su consentimiento o autorización preferiblemente por escrito para ello, y haciendo constar en el mismo la autorización para realizar los ajustes oportunos de dosis. Quedarían exentos de solicitar el consentimiento en los siguientes casos:

- 1) Ante una situación de urgencia vital que constituya un riesgo para el usuario o terceras personas.
- 2) En los casos en los que un psicofármaco se utilice con otros fines terapéuticos (hipnótico,

ansiolítico, antidepresivo, delirio-alucinaciones, etc.), debido a que no cumple el criterio de sujeción química o farmacológica.

- 3) En aquellas ocasiones en las que los psicofármacos han sido prescritos por un médico externo (psiquiatra, neurólogo, geriatra,

etc.), y se desconoce por tanto la verdadera intencionalidad con la que se prescribieron. En estos casos, se efectuará un seguimiento y evaluación de los mismos, determinando la pertinencia o no de su continuidad y asegurando que no se utilizan con fines restrictivos, sino terapéuticos.

8. Comunicación y autorización judicial de las sujeciones

La comunicación por parte de los centros de las medidas de sujeción al Juzgado o a la Fiscalía, ha constatado de forma clara, que existen resoluciones judiciales contradictorias, encontrando dos posturas bien diferenciadas:

- a) Algunos jueces autorizan la aplicación de las sujeciones, asumiendo con ello que es una competencia judicial.
- b) Otros jueces se declaran incompetentes para la autorización, y argumentan que se trata de un acto terapéutico, y que por tanto es competencia exclusiva del médico, dándose por informados del acto en el momento de dicha comunicación.

La razón de tales divergencias jurisdiccionales en esta materia, se debe a la ausencia de una regulación específica sobre la utilización de las medidas de sujeción.

Ante la falta de una normativa expresa **para la aplicación de las medidas de sujeción en personas que no tienen capacidad de autogobierno, la comunicación judicial se utiliza como una postura garantista, la cual debe efectuarse con carácter obligatorio ante discrepancias con el paciente, representantes legales, guardador de hecho o familiares, para la aplicación, para así corroborar o rechazar esta medida con la autorización judicial.**

Reiteramos que somos conscientes del consumo de recursos que pueden entrañar estos actos administrativos, pero insistimos que en materia de derechos fundamentales no debemos escatimar esfuerzos. Esta comunicación se hará al juzgado, y la fiscalía supervisará su correcta aplicación.

Reiterar que **la necesidad de utilizar una medida de sujeción mecánica o farmacológica, puntualmente, de forma aguda, bien sea para un acto terapéutico concreto, o por un episodio de agitación temporal como un síndrome confusional agudo, etc., tras el cual, dicha medida no tendrá continuidad; en estos casos, no es necesaria u obligatoria la comunicación judicial.**

En estos casos de agitación, agresividad, etc., en los que se ponga en riesgo la integridad de la persona afectada o las de otras personas del entorno, pese a la negativa del paciente, **representantes legales, guardador de hecho o familiares**, se procederá a utilizar las medidas de sujeción o contención pertinentes, y una vez controlado el episodio agudo, o efectuada la derivación al hospital correspondiente, se puede proceder de forma garantista a la oportuna comunicación judicial por parte del centro. Debemos actuar con sentido común y con una escala jerárquica de priorizaciones, evitando que la persona en un estado de enajenación

mental transitorio, atente contra la integridad o la vida de otras personas. Todo ello, realizado en las condiciones de máxima seguridad a nuestro alcance para la persona a la que hemos debido reducir, ya que durante estos episodios agudos de enajenación, los propios mecanismos de sujeción, entrañan un riesgo considerable contra la integridad física de la persona a la que se le aplican.

Todo lo anteriormente expuesto es de tal importancia, que desde la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), consideremos

que estos procedimientos altamente trascendentes, en una sociedad envejecida como la nuestra, adquieren una dimensión tan importante cuantitativa y cualitativamente, que el Ministerio Fiscal a través de los órganos competentes, debería pronunciarse en esta materia, y proponer que se legisle a nivel estatal; máxime en unos momentos en los que podemos estar comenzando a asistir a un movimiento en el que cada Comunidad Autónoma legisle de forma diferente, en una materia común y fundamental.

9. Programas de prevención y eliminación de sujeciones

En la primera década del siglo XXI (2000-2010), las organizaciones, instituciones y empresas dedicadas a la atención institucional de los mayores, sensibilizadas y preocupadas en esta materia, desarrollaron “Protocolos de Sujeciones Mecánicas”, e incluso algunas, de una forma más vanguardista los titularon como “Protocolos de Prevención de Sujeciones Mecánicas”. En el momento actual, hemos de reconocer que estas iniciativas han constituido una labor importantísima, aunque probablemente, muchas de estas instituciones, no sean totalmente conscientes de los beneficios aportados en la atención a las personas mayores, ya que en una etapa de indefinición, ocultismo y penumbra, de una forma valiente, han logrado aportar luz, para poder dimensionar, analizar y regular el uso indiscriminado, irracional y “no profesional”, de unas prácticas tan sensibles como son las sujeciones mecánicas y químicas.

Desde el Comité Interdisciplinar de Sujeciones de la SEGG entendemos que, recorrida esta etapa referida, en el momento actual todos los centros prestadores de servicios asistenciales a los mayores (Residencias, Centros de Día, Hospitales, etc.) deben disponer de un Protocolo de Prevención y Eliminación de Sujeciones, Guías de Práctica Clínica, e Indicadores de calidad asistencial

de proceso y resultado, a través de los cuales se racionalice y regule dicha práctica, con unas reglas y normativa bien definidas.

Además entendemos que, las personas mayores y la sociedad, demandan otras actuaciones en la actualidad y de cara al futuro. Debemos ir avanzando y mejorando en esta materia, reflexionar y preguntarnos si en esta década ¿hemos prevenido realmente sujeciones? ¿han descendido las sujeciones en los centros en los que se han implantado protocolos? o si por el contrario, simplemente ¿se ha adquirido una patente de corso, o autorización para sujetar con absoluta seguridad jurídica?.

Burgueño, AA. Iborra I. Prevalencia comunicada de sujeciones físicas. Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas. Agathos: Revista de Atención Sociosanitaria y Bienestar, 2008, (1): 4-11.

Esto hace que en el momento actual, y como apuesta vanguardista de futuro, optemos por implantar estrategias integradas o acciones multicomponentes, que inciden de forma coordinada y sinérgica sobre los distintos

factores que influyen en el uso de las medidas de sujeción como son:

- A. Programas, Protocolos o Guías de Práctica Clínica de Prevención y Eliminación de Sujeciones, los cuales deben llevar implícitos mecanismos o técnicas disuasorias frente a la utilización de las medidas de sujeción, como son las evaluaciones muy periódicas, cuidados complementarios exhaustivos, etc., de forma que se evite el uso por conveniencia o comodidad.
- B. Implantación de medidas ambientales y organizativas que permitan modelos de vida seguros y más dignos.
- C. Planes de formación, motivación e implicación para los profesionales de los centros sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas, riesgos, contraindicaciones, indicaciones excepcionales, alternativas para el manejo del paciente agitado, técnicas de modificación de conductas y relajación, etc.
- D. Campañas de formación e información compartidas, dirigidas a los trabajadores, usuarios, familiares y a la sociedad en general en esta

materia específica, sobre los efectos negativos de las sujeciones, la importancia y la dignidad de estar exentos de ellas, y asumir los propios riesgos inherentes “del vivir” (caídas y accidentes) que pudieran acontecer sin el uso de éstas, siempre en el contexto de una buena praxis.

Estimamos que constituiría un estímulo importante la implicación que pudieran tener los Servicios de Autorización, Inspección y Certificación de centros residenciales, así como los Servicios de Inspección de Calidad de las Administraciones Públicas competentes (Consejerías y Ayuntamientos), que de forma periódica inspeccionen y auditen las estructuras arquitectónicas, equipamientos, tecnología, dotación de recursos humanos, y la calidad asistencial de estos establecimientos, velando por que se cumpla la adecuación de los mismos a las características de los usuarios a los que atienden, e implantando fórmulas imaginativas de incentivación positiva como otorgar premios a la calidad, a los centros con control racional o ausencia de sujeciones, y a los programas de mejora para la reducción-eliminación de las mismas.

10. Requisitos básicos de un protocolo de sujeciones

En aquellas situaciones excepcionales en las que sea estrictamente necesario aplicar algún tipo de sujeción, que se estime que su duración ha de ir más allá de un episodio puramente agudo, los centros dispondrán de un Protocolo que constará al menos de los siguientes apartados:

- 1. Motivo de la Sujeción:** causa o motivo detallado que origina el uso de la medida de sujeción (agitación, intento autolítico, agresión, etc.).
- 2. Programas, actividades y alternativas aplicadas previamente:** duración de los mismos y descripción detallada del fracaso de éstos. Abordajes interdisciplinarios llevados a cabo por Terapeutas Ocupacionales, Fisioterapeutas, Psicólogos, Técnicos de Animación Sociocultural con programas complementarios de soporte como paseos programados, juegos, musicoterapia, gerontogimnasia, sala Snoezelen, técnicas de relajación y modificación de conductas, estimulación cognitiva y sensorial, psicomotricidad, terapia de grupos, etc.
- 3. Modificaciones Ambientales y Estructurales acometidas:** equipamiento adecuado con pistas-rampas protegidas para errantes, control de errantes, arcos de seguridad y localizadores,

mobiliario adaptado, supresión de barreras arquitectónicas, cámaras de supervisión, etc.

- 4. Ausencia de otros planes de intervención** alternativos que pudieran evitar el uso de sujeciones.
- 5. Tipo de Sujeción a Utilizar: Nomenclátor o Catálogo de Sujeciones:** descripción del tipo de sujeción a utilizar razonada, seleccionada del nomenclátor o catálogo que cada centro dispondrá para tal fin. Duración o franjas horarias en las que se aplicará (mañana, tarde, noche, en la comida, etc.). Periodicidad (diaria, ante agitación, etc.). Pautas de control complementarias.

Todos los centros dispondrán de un nomenclátor, catálogo o inventario actualizado de los dispositivos de sujeción homologados y autorizados para su utilización en el centro con el marcado CE. No podrá utilizarse ningún otro dispositivo que no esté incluido en el catálogo.

Quintana S, Font R. Medidas de restricción física en un hospital de agudos y en dos centros de media y larga estancia: estudio de prevalencia y análisis de aspectos éticos relacionados con su indicación y puesta en práctica. Rev Calidad. Asistencial. 2003; 18: 338.

Los dispositivos de sujeción estarán en perfecto estado de uso y sometidos a revisiones periódicas (mensuales o bimestrales) para que su funcionamiento sea el adecuado en los casos en los que se requiera su utilización, sustituyendo y desechando aquellos que estén defectuosos por otros de las mismas características. Diariamente serán revisados por las personas encargadas de aplicarlos y supervisarlos, comprobando que están en perfecto estado de uso, procediendo a limpiarlos y lavarlos con regularidad o cada vez que lo requieran, y desechando aquellos que no estén en perfectas condiciones.

Existirán dispositivos de cierre y apertura que estarán custodiados en un lugar seguro, y existirá siempre un repuesto de seguridad al menos.

Dispondrán de las instrucciones del fabricante para su uso, que han de seguirse estrictamente para evitar accidentes.

Todos los profesionales recibirán cursos o talleres prácticos de formación acerca del manejo y riesgo de los diferentes tipos de dispositivos de sujeción de los que consta el catálogo del centro, antes de su utilización. Se evitarán técnicas de uso inadecuado como los nudos y lazadas, preferentemente se usarán sistemas de clip y en los casos en los que se usen sistemas magnéticos se dotará de imanes a todos los profesionales.

6. Procedimiento de Aplicación de la Medida de Sujeción: en todos los casos se procederá de la siguiente forma: en el momento de cada aplicación, se debe explicar de forma empática, si tiene nivel para ello, que se va a proceder a aplicar la medida de sujeción. Generalmente, la aplicación de una forma rutinaria, sin empatía, es vivida como una imposición, que les hace perder su autoestima y dignidad, les aísla del medio social, y junto a otros factores va mermando el estado psicoafectivo, hasta desembocar en una depresión; otras veces conduce a estados de inquietud y agitación psicomotriz.

7. Plan de Cuidados Complementarios: desde el mismo momento de la prescripción de una medida de sujeción, se deben pautar un Plan de Cuidados Específico Adicional o medidas complementarias con un doble fin: garantizar la seguridad del paciente durante su uso, evitando accidentes y los efectos adversos de éstas, y también para que actúe como técnica disuasoria frente a la implantación por conveniencia o comodidad. A continuación se expresan una serie de medidas complementarias específicas que deben ser incluidas, si bien deben individualizarse ampliándose a todas aquellas que se consideren necesarias:

- a) El aseo, higiene y el vestido debe estar garantizado en todo momento, ofreciendo un aspecto digno.

- b) Inspección y Supervisión Periódica cada 15-20 minutos y en la cama cada 30-45 minutos. Individualizar el caso según el nivel de agitación e inquietud, acortando los períodos.
 - c) Movilizaciones y paseos periódicos de la persona y cambios posturales, como mínimo cada 2-3 horas a fin de mantener la capacidad de deambular, evitar atrofas musculares, rigidez-anquilosis y posibles úlceras por presión.
 - d) Garantizar los desplazamientos periódicos para la micción, defecación, estimulándoles a realizar sus necesidades, además de cada vez que lo necesite y de forma diligente (orientativamente se puede comenzar con pautas cada 2 horas, e ir modificando según los hábitos). Efectuar de forma periódica los cambios de absorbentes programados y aquellos adicionales que precise.
 - e) Establecer medidas para prevenir lesiones en la piel (almohadillado, protección, hidratación, etc.).
 - f) Asegurar un período de descanso en cama a aquellas personas inmovilizadas a los que no se les puede dar paseos periódicos y que pasan largos períodos de tiempo sentados.
 - g) Mantenimiento postural adecuado en la cama o sillón y en especialmente en los momentos de las comidas (cabeza elevada) que minimicen el riesgo de broncoaspiraciones.
 - h) Asegurar el mantenimiento de la vía aérea.
 - i) Ofertar líquidos de una forma periódica a lo largo del día, llevando un control de la ingesta diaria (mínimo 1,5-2 litros).
 - j) Asegurar el apoyo y estímulos verbal, emocional y afectivo a todos los usuarios y a los familiares que lo precisen.
 - k) Evitar cualquier mermas funcional, física, mental, o psicosocial consecuencia de las sujeciones.
 - l) Velar por la seguridad del usuario: buena accesibilidad ante la necesidad de efectuar una evacuación, eliminar instrumentos peligrosos (mecheros, cerillas, objetos punzantes o cortantes, etc.)
 - m) Efectuar un registro diario del estado del residente: normal, violento-agresivo, agitado, confuso.
 - n) Valorar la necesidad de continuar con la sujeción: si o no.
- 8. Consentimiento Informado:** ya ha sido ampliamente explicado en otra sección.
- 9. Supervisión, Inspección y Reevaluación de las medidas de sujeción:** cuando se aplica de forma

excepcional una medida de sujeción ante un episodio agudo se procederá a supervisar e inspeccionar de la siguiente forma:

- a) Cuando se inicia la sujeción se debe supervisar de forma continuada por alguna/as personas de forma presencial durante al menos la primera hora.
- b) Tras la primera hora se debe supervisar, inspeccionar y valorar cada 15-20 minutos, ya que son los períodos de mayor riesgo por falta de costumbre o adaptación.
- c) Tras comprobar que tiene un comportamiento estable y que no se estiman riesgos inmediatos, se hará las oportunas revisiones y movilizaciones cada 2 horas.

10. Mantener la sujeción el menor tiempo posible: reevaluando la necesidad de continuar o no, con la medida de sujeción aplicada de forma excepcional y puntual, racional y proporcional, ante un episodio agudo.

11. Revisión de las Sujeciones: en aquellos casos en los que no se pueda retirar, o bien que tras su retirada se reproduzca el episodio que requirió la utilización de las mismas; se procederá a estudiar y evaluar el caso con mayor profundidad. La reevaluación deberá hacerse de forma individualizada según cada caso; si bien de forma genérica se efectuará como mínimo de forma

mensual, y preferiblemente de forma quincenal, con la salvedad de las barandillas (3 meses), por todos los miembros del equipo, constataando las razones por las que se debe continuar aplicando.

Las sujeciones químicas requieren una evaluación médica individualizada en cada persona, de forma periódica y permanente. Se intentará efectuar un reajuste de dosis lo más racional posible, intentando retirarlas si procede y pautar el tratamiento específico existente para dicho problema (erratismo, dolor, impactación fecal, etc.). Mientras tanto, todos los pacientes sometidos a sujeción química, así como aquellos que toman psicofármacos para el control de un **problema de base psiquiátrica o médica** bien definido y diagnosticado, deben evaluarse de forma individualizada, periódica y permanente durante los primeros días, hasta las 48-72 horas; tras ello si permanece estable se irán reevaluando de forma distanciada, cada semana, quince días, y finalmente cada mes o a cada dos meses.

12. Programa para Retirar las Medidas de Sujeción: a menudo, una vez que se implantan medidas de sujeción, permanecen de forma prácticamente indefinida, sin que nadie se cuestione la posibilidad de que el episodio que dio origen al uso de las mismas ha pasado, y que el paciente, puede estar estable y sin necesidad de utilizarlas, hasta la aparición de un

nuevo brote o episodio. Por ello en el Protocolo de Sujeciones, desde el mismo momento de la prescripción, debe ser de obligado cumplimiento, que se reevalúe, y una vez mitigada la fase aguda del episodio que dio lugar a la prescripción de la mismas, se elabore un Plan o Programa destinado a la Retirada y Eliminación de las Sujeciones implantadas. Es necesario fomentar e impulsar una cultura y filosofía asistencial que apuesten por eliminar las sujeciones, optando por alternativas menos cruentas, menos traumáticas y más dignificantes como las modificaciones estructurales y arquitectónicas, la dotación de equipamientos, mobiliario adaptado y tecnología adecuada, programas de fisioterapia, terapia ocupacional, psicomotricidad, técnicas de relajación y modificación de conductas, estimulación cognitiva y sensorial, psicomotricidad, terapia de grupos, etc.

13. Registro y Análisis de Todos los Accidentes producidos por el Uso de Sujeciones:

los accidentes como consecuencia del uso de sujeciones mecánicas son bastante más frecuentes de lo que en realidad se declaran, y en algunos casos las lesiones detectadas pueden resultar incluso mortales, sin embargo a veces son atribuidas a otras causas. Hay estudios que cifran que las muertes por estos dispositivos superan el 1%.

Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraints. Gerontologist. 1992; 32:7626.

Es necesario crear una cultura de comunicación, y de registro riguroso y preciso de todos los accidentes, lesiones, etc., con imágenes gráficas incluidas, para así proceder posteriormente a un análisis y evaluación exhaustiva de los mismos, que permitan extraer conclusiones y prevenir futuros accidentes, bien sea mediante la corrección de estos dispositivos o mediante su eliminación. Esto es lo que ha permitido evaluar los peligros de las barandillas de las camas por los huecos en los caberos y pies procediendo a las correcciones de las mismas; y los que han dado lugar a las tiras cruzadas complementarias de los cinturones abdominales de cama, etc. Una vez analizados y corregidos, debe realizarse un apoyo formativo en esta materia a los profesionales encargados de la atención de los mayores.

Los profesionales deben registrar no solo las lesiones directas y los accidentes producidos por las sujeciones, sino todos aquellos que son consecuencia de las mismas como la atrofia muscular, anquilosis, déficits funcionales, síndrome de inmovilidad, estreñimiento, incontinencia urinaria y fecal, úlceras cutáneas por presión, disfunciones mentales y psicosociales, etc.

11. Eliminar sujeciones: movimientos “antisujeciones”

Desde hace una década, existen movimientos profesionales y sociales “**antisujeciones**”, que alzan la voz en contra del uso de las mismas, esgrimiendo que frente a cada una de las causas que se argumentan para su uso, existen otras alternativas menos cruentas y más dignificantes.

Estos movimientos lanzan eslóganes en los que proponen “**centros libres de sujeciones**”, “**centros no sujeciones**”, “**sujeciones 0**”, o “**desatar al anciano**”, eliminando las que haya.

Este cambio cultural constituye una apuesta atractiva, si bien es cierto que precisa un tiempo y un camino a recorrer, de concienciación, sensibilización y adaptación, desde la **cultura de la sujeción** a la **cultura de la no-sujeción** por parte de todos los estamentos del centro y de la sociedad. Este cambio se debe interiorizar y asimilar, es decir, no se puede pasar de sujetar a no sujetar “de un día para otro”. Se precisa una formación y apoyo de equipos expertos en estas técnicas.

Hay que informar y formar a los usuarios, familiares y profesionales sobre el Beneficio/Riesgo de la No-Sujeción frente al Beneficio/Riesgo de la Sujeción, adquiriendo una “complicidad” conjunta en la toma de decisiones.

Hay que reeducar a los usuarios, a las familias, a los propios profesionales, a los gestores, a los inspectores, a los jueces y fiscales, y a la sociedad en

general.

Los profesionales debemos mantener una actitud positiva y proactiva hacia el cambio, evitando las resistencias. Necesitamos profesionales valientes, comprometidos y capaces de rectificar, cuando se impone un nuevo paradigma, opuesto al que se ha defendido a ultranza hasta hoy.

Los sanitarios hemos demostrado que en estas prácticas somos verdaderos expertos, abandonando postulados de la práctica médica, o apostando por otros nuevos, a medida que el conocimiento y la evidencia científica progresan (abandono del misoprostol para el tratamiento de la úlcera gástrica, o el rescate para el tratamiento de la diabetes mellitus en los mayores de la metformina, que estaba abandonada y proscrita).

Por todo lo expuesto, precisamos crear un compromiso y una mayor implicación de la sociedad general, de las familias, de los profesionales dedicados a la atención a los mayores, y de las administraciones, en el que todos apostemos por las ventajas de la no sujeción (libertad, dignidad, autoestima, bienestar, etc.) y al mismo tiempo asumamos y nos hagamos “corresponsables”, siempre desde una praxis adecuada, de las posibles consecuencias de la misma (posibles caídas, extravíos, etc.), porque en realidad se trata de los “riesgos del vivir en libertad y dignidad”.

12. Consenso de la SEGG sobre Sujeciones. Mayo de 2014

- 1) El uso de sujeciones confronta con algunos derechos fundamentales de la persona, como la libertad y con algunos de los principios y valores básicos como la dignidad, la autonomía, la autoestima y el bienestar personal.
- 2) No existe un marco normativo o legislativo específico y común para el uso de las sujeciones. Algunos organismos y Comunidades Autónomas comienzan a promulgar leyes al respecto.
- 3) Aunque desde el punto de vista asistencial, pudieran existir ciertos matices conceptuales diferenciales entre los términos sujeción/restricción/contención; no acontece así desde una perspectiva puramente jurídica. Todos conllevan a una privación de la libertad de movimientos de la persona, y por lo tanto, afectan al derecho fundamental reconocido en el artículo 17 de la Constitución Española; debiendo ser equiparados y objeto del mismo tratamiento jurídico. Por ello el Comité Interdisciplinar de la SEGG para el estudio de las sujeciones, ha consensuado que cualquiera de estos mecanismos, constituye una medida de sujeción mecánica, ya que todos limitan de alguna manera la libertad de movimientos.
- 4) Se considera una sujeción mecánica a cualquier acción, procedimiento, o método que mediante un dispositivo material, equipo mecánico o físico, unido, adyacente o atado al cuerpo del paciente, éste no sea capaz de mover o retirar con facilidad, y que deliberadamente se utiliza para limitar o contener la libertad de movimientos de todo o una parte del cuerpo, o el acceso normal al propio cuerpo.
- 5) La utilización de ambas barandillas o de una sola barandilla, independientemente del tipo que sean (completa, media, cuarto de barandilla, etc.), siempre que impida la única salida posible de la cama, y que no sea fácilmente manipulable para su retirada por el propio usuario constituyen una medida de restricción-sujeción.
- 6) La utilización de una sola barandilla de la cama a petición (voluntaria) de la propia persona, como asidero, apoyo o como medida de seguridad; independientemente del tipo que sean (completa, media, cuarto de barandilla, etc.), siempre que deje libre una salida de la cama, y se entrene al usuario para su retirada, puede considerarse que no constituye una restricción-sujeción mecánica.
- 7) Las barandillas pueden ser percibidas como elementos

extraños, restrictivos y hostiles, pudiendo desencadenar excitación, agitación e irritabilidad, tratando de saltar por encima, con los riesgos que entraña.

- 8) Las barandillas son métodos de sujeción-restricción con un riesgo de siniestralidad y accidentes muy alto, por atrapamiento de partes del cuerpo (cuello, tórax o abdomen) en los huecos que existen en sus extremos con el cabecero o pedestal de la cama.
- 9) El mobiliario ergonómico adaptado con dispositivos de retención en forma de bandejas, mesas, etc., constituyen una sujeción mecánica, salvo en los casos en los que la persona fuese entrenada para poder liberarse con facilidad de las mismas.
- 10) Constituye una mala praxis profesional la utilización de mobiliario no adaptado en unas posiciones e inclinaciones, que impiden, imposibilitan o bloquean la libertad de movimientos de las personas, manteniéndolas un estado de “bloqueo”, y todo ello, pese a no utilizar ningún dispositivo específico (reclinación de sillas de ruedas y sillones, mesas que dejan atrapada e inmovilizada a la persona, somieres o colchones cóncavos, etc.).
- 11) Se considera una sujeción farmacológica o química al uso deliberado e intencional de psicofármacos independientemente del grupo o familia y de sus dosis, que limiten o restrinjan

la movilidad y comprometan las actividades de la vida diaria, así como el funcionamiento mental, con el objetivo de controlar una conducta inadecuada o molesta (vagabundeo, rechazo de los cuidados, etc.), y siempre que no se deba a un trastorno psiquiátrico o médico diagnosticado, sino que se utilizan por conveniencias organizativas. Es decir, el uso de medicamentos para manejar un problema para el que existe mejor tratamiento.

- 12) Los Protocolos de Sujeciones implantados en las últimas décadas, han aportado importantes beneficios en la atención a las personas mayores, ya que en una etapa de indefinición y penumbra, han permitido aportar luz para dimensionar, analizar y regular el uso indiscriminado, irracional y “no profesional”, de unas prácticas tan sensibles como son las sujeciones mecánicas y químicas.
- 13) Los Protocolos de Sujeciones, actualmente, en algunos centros constituyen una “práctica asistencial defensiva” frente a posibles reclamaciones o demandas por accidentes, caídas, agresiones, etc. Se han convertido en un aval, que otorga una “patente de corso” para sujetar irracionalmente sin control, ya que establecen un reglamento para sujetar de forma segura.
- 14) Se estima que en muchos de los casos en los que se utilizan

sujeciones, podrían evitarse implantando otras intervenciones alternativas menos cruentas, y más dignas para las personas.

- 15)** Las principales causas por las que se utilizan sujeciones son:
- a) Aplicación de medidas o procedimientos terapéuticos necesarios para la supervivencia (sondajes vesicouretral, nasointestinal, gastrostomía percutánea, sueroterapia parenteral, oxígeno-terapia, cura de lesiones etc.).
 - b) Control de la agitación y conducta: auto/heteroagresión, intentos autolíticos, etc.
 - c) Garantizar la inmovilización o descarga en procesos traumáticos.
 - d) Prevención de caídas o siniestros (representa el 75% de las sujeciones).
 - e) Control postural.
- 16)** El uso de sujeciones añade un riesgo de accidentes y lesiones no despreciable, en forma de erosiones, laceraciones, desgarramientos, estrangulamientos, asfixia e isquemia de los miembros.
- 17)** Algunos estudios basados en evidencia científica demuestran que las personas sometidas a sujeciones desarrollan consecuencias negativas sobre la esfera psíquica, como aislamiento social, pérdida de la autoestima, trastornos psico-afectivos (ansie-

dad-depresión), estrés, inquietud, agitación, agresividad y delirium.

- 18)** Las personas que utilizan sujeciones de forma continuada, tienen un alto riesgo de desarrollar rigidez, anquilosis, atrofia y pérdida de la masa muscular, con deterioro funcional y tendencia a la inmovilidad, estreñimiento, incontinencia urinaria y fecal, úlceras por presión, infecciones y dolor.
- 19)** Estudios basados en evidencia científica han demostrado que no logran disminuir el número de caídas de forma significativa (principal indicación de las mismas), sino que por el contrario, las caídas que se producen, tienen consecuencias más funestas y respecto a las sujeciones químicas, está bien documentado que el uso de psicótopos produce un mayor riesgo de caídas, deterioro funcional y muerte.
- 20)** Hay que señalar que algunos estudios de los enumerados son observacionales, con una base metodológica poco consistente, por lo que es necesario realizar estudios basados en evidencia científica, que demuestren de forma fehaciente el riesgo de las sujeciones mecánicas anteriormente descritas.
- 21)** Resulta inadmisibles de forma absoluta el uso continuado de sujeciones en cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Existencia de otras alternativas más dignas y menos cruentas.
- b) Imposibilidad de prestar supervisión continuada y cuidados complementarios.
- c) Material o dispositivos inadecuados, no homologados y que puedan poner en riesgo la seguridad de la persona a la que se aplican.
- d) Evitar el erratismo o vagabundeo (suponen el 15% de las sujeciones).
- e) Mejorar el control ambiental: disminuir los ruidos, etc.
- f) Presión de los profesionales, familiares o de los propios usuarios.
- g) Conveniencia, comodidad o dejadez de los profesionales o personal cuidador.
- h) Déficit de personal cuidador para la supervisión y el control.
- i) Falta de formación e información sobre el uso de sujeciones (beneficios/riesgos) en los profesionales, así como la falta de información a pacientes y familiares.
- j) Asistencia defensiva frente a las reclamaciones o demandas judiciales.
- k) Ausencia de Valoración Geriátrica Integral que permita filiar y corregir los trastornos de conducta de forma más

adecuada, más digna y menos cruenta.

- 22)** La utilización de sujeciones mecánicas o químicas ha de constituir un recurso excepcional al que solo se recurrirá de forma puntual, racional y proporcional, en aquellos casos en los que se hayan agotado todas las medidas a nuestro alcance, para controlar el proceso.
- 23)** Se han de buscar factores de riesgo predisponentes (déficits sensoriales, consumo de psicótropos, problemas psíquicos, demencia, delirium, etc.) y los desencadenantes (infecciones, fiebre, dolor, disnea, prurito, retención urinaria, estreñimiento e impactación fecal), tratando de corregirlos.
- 24)** Se aplicará un Plan de Atención Individualizado con intervención en todas sus áreas o dimensiones, programas de actuación no farmacológica y dinamización, lúdico-recreativos, de psicoestimulación integral, apoyo emocional y afectivo y movilizaciones que mejoren el bienestar psicosocial.
- 25)** Es fundamental la actuación sobre el entorno, realizar modificaciones estructurales y arquitectónicas que mejoren la seguridad, espacios abiertos y acolchados, circuitos para errantes, sustituir escaleras por rampas, salas de relax multisensoriales, productos de apoyo, actuaciones sobre los

ruidos e iluminación y unas dotaciones de personal acordes a los usuarios a los que atienden, para prevenir sujeciones.

- 26) Las sujeciones tanto físicas como químicas que de forma excepcional se utilicen, deben ser prescritas por el médico responsable de la asistencia del usuario. En ausencia de éste, la institución debe tener previsto un protocolo alternativo de actuación, ante situaciones de compromiso vital urgente (intento autolítico, suicidio, agresión, etc.), en las que podrán ser indicadas por otro profesional y posteriormente con la mayor brevedad posible, ser prescritas por el médico.
- 27) Debe solicitarse el “Consentimiento Informado” por escrito, cuando vayan a utilizarse sujeciones más allá de un episodio agudo motivado por un riesgo vital urgente, ya que nos encontramos ante procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente (Ley 41/2002); y atentan contra derechos fundamentales, como la libertad, así como contra principios y valores como la dignidad y la autoestima; y además, entrañan riesgos físicos y psíquicos.
- 28) El consentimiento debe recoger los datos de filiación del paciente, nombre del médico prescriptor y la fecha. Explicará de forma clara,

sencilla y comprensible toda la información, con sus riesgos y beneficios si los hubiera. Debe precisar la causa que conlleva su utilización, los tratamientos alternativos previos implantados que han fracasado, etc. El médico tiene la obligación de asegurarse que el sujeto lo ha comprendido todo, la mera firma no exime de responsabilidad si se comprueba a posteriori que la información que se dio era incomprensible para el sujeto.

- 29) 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. Debe quedar explícita la capacidad de rechazo o revocación del consentimiento en cualquier momento, y se entregará una copia, dejando otra en su historia médica.
- 30) El consentimiento informado firmado, debe autorizar de forma explícita, individual y contemporánea cada “tipo de sujeción” que se vaya a aplicar (cinturón abdominal, cinturón pélvico, muñequeras, tobilleras, chaleco torácico, etc.) y debe determinar el período de revisión.
- 31) Son ilegales los consentimientos informados genéricos y los que se obtienen en el mismo acto del ingreso. Debe ser explícito para la situación y en el mismo momento en el que se va a tomar la

decisión, nunca puede ser diferido en el tiempo.

- 32)** Pueden quedar exentos de solicitar el consentimiento informado, las situaciones que entrañen un riesgo vital urgente. En estas, se actuará siempre de acuerdo a la “*lex artis*”. Se aplicarán el mínimo tiempo posible, y siempre de una forma proporcional y causando el mínimo daño.
- 33)** Si la media debiera persistir en el tiempo, se recurrirá con la mayor brevedad posible a solicitar el consentimiento del representante legal, guardador de hecho o familiar, pudiendo comunicarse al juez, y siendo obligatoria la comunicación judicial por parte del centro residencial, ante discrepancia o rechazo del representante legal, guardador de hecho o familiar.
- 34)** No se puede llevar a cabo el registro legal de las “Instrucciones Previas” cuando vulneran los derechos fundamentales de las personas (derecho a la vida, derecho al buen trato, derecho a la libertad, etc.).
- 35)** Respecto a las sujeciones químicas o farmacológicas, siempre que un medicamento se utilice expresamente con la finalidad de contener o restringir la libertad de movimientos del paciente, debe considerarse como sujeción química, equiparándose a una sujeción mecánica y quedando por tanto sujeto al consentimiento informado.

- 36)** En los casos en los que un psicofármaco se utilice con otros fines terapéuticos (hipnótico, ansiolítico, antidepresivo, delirio-alucinaciones, etc.), no precisa solicitud de consentimiento informado, debido a que no cumple el criterio de sujeción química o farmacológica.
- 37)** La falta de una regulación expresa y específica para el uso de las sujeciones hace que existan resoluciones judiciales contradictorias en su autorización pudiendo encontrar:
- a) La autorización de las sujeciones es una competencia judicial.
 - b) La autorización es una competencia exclusiva del médico, ya que es un acto terapéutico y el juez se da simplemente por informado, en la comunicación.
- 38)** Ante la falta de una normativa expresa para la aplicación de las medidas de sujeción en personas que no tienen capacidad de autogobierno, cuando se utilizan a largo plazo, como postura garantista se recomienda la comunicación judicial por parte del centro de las medidas de sujeción, la cual debe efectuarse con carácter obligatorio ante discrepancias con el paciente, representantes legales, guardador de hecho o familiares, para así corroborar o rechazar la aplicación.
- 39)** No es obligatoria la comunicación

judicial ante la necesidad de utilizar una medida de sujeción mecánica o farmacológica, puntualmente, de forma aguda o urgente, bien sea para un acto terapéutico, o por un episodio temporal de agitación o agresividad que entrañe riesgos a la integridad de la persona afectada, de otras personas, o del entorno, pese a la negativa del paciente, de su representante legal, guardador de hecho o familiar. En estos casos se aplicará la medida de sujeción pertinente, y una vez controlado el episodio agudo, o efectuada la derivación al hospital, se puede efectuar de forma garantista una comunicación al juzgado.

- 40) La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), estima que en una sociedad envejecida, ante unos procedimientos altamente trascendentes, el Ministerio Fiscal a través de los órganos competentes, debería pronunciarse en esta materia, y proponer que se legisle de forma específica con carácter estatal, en una materia común que afecta a los derechos fundamentales de las personas; con independencia de la normativa autonómica que en su caso se haya elaborado o se elabore en un futuro.
- 41) En el momento actual los profesionales y la sociedad en general, debemos efectuar una apuesta más vanguardista de futuro, implantando estrategias

integradas o acciones multicomponentes, que incidan de forma coordinada y sinérgica sobre los distintos factores que influyen en el uso de las medidas de sujeción como son:

- a) Programas, Protocolos o Guías de Práctica Clínica de Prevención y Eliminación de Sujeciones.
 - b) Medidas ambientales y organizativas que permitan modos de vida seguros y más dignos.
 - c) Planes de formación, motivación e información para los profesionales.
 - d) Campañas de formación e información en esta materia, compartidas, dirigidas a trabajadores, usuarios, familiares y a la sociedad en general.
- 42) Es importante informar y conocer los efectos negativos y los riesgos del uso de las sujeciones, la importancia y la dignidad de estar exentos de ellas, y asumir los riesgos que pudieran acontecer por el “no uso” de éstas, siempre en el contexto de una buena praxis, ya que realmente son los propios riesgos inherentes “del vivir” (caídas y accidentes) de las personas mayores.
- 43) Los centros deben hacer esfuerzos y apostar por una dotación adecuada en cuanto a estructura arquitectónica, equipamiento, mobiliario y dispositivos tecnológicos de seguridad, acordes y racionales al momento

actual y al perfil de las personas que atienden.

44) Es necesario un compromiso institucional y empresarial, dotando los centros de unos ratios de personal adecuados, para garantizar una asistencia y seguridad adecuada de los usuarios a los que atiende, especialmente en “horas punta” (al levantar, baño-aseo, dar comidas, acostar) y especialmente nocturnos para cambios posturales y que permitan ritmos de sueño-vigilia más racionales, que eviten la permanencia en cama largos períodos de tiempo que conllevan el uso de sujeciones.

45) En aquellas situaciones excepcionales en las que sea estrictamente necesario aplicar algún tipo de sujeción, que se estime que su duración ha de ir más allá de un episodio puramente agudo, los centros dispondrán de un Protocolo que constará al menos de los siguientes apartados:

1. Motivo de la Sujeción: causa o motivo detallado que origina el uso.
2. Programas, actividades y alternativas aplicadas previamente y que han fracasado.
3. Modificaciones Ambientales y Estructurales acometidas.
4. Ausencia de otros planes de intervención alternativos que eviten las sujeciones.

5. Tipo de Sujeción a Utilizar (Nomenclátor o Catálogo de Sujeciones): tipo de sujeción con el marcado CE, seleccionada del nomenclátor o catálogo de cada centro; duración o franjas horarias en las que se aplica; periodicidad. Revisión del estado y funcionamiento de dispositivos de sujeción; dispositivos de cierre y apertura custodiados y siempre un repuesto de seguridad; instrucciones del fabricante de uso; cursos o talleres prácticos de formación.

6. Procedimiento de Aplicación de la Medida de Sujeción: explicación de forma empática.

7. Plan de Cuidados Específicos Complementarios: garantizar la seguridad durante su uso, evitar accidentes y efectos adversos y como técnica disuasoria:

- a) Aseo, higiene y vestido debe estar garantizado, ofreciendo un aspecto digno.
- b) Inspección y Supervisión Periódica cada 15-20 minutos y cuando esté encamado cada 30-45 minutos. Individualizar según el caso.
- c) Movilizaciones, paseos periódicos y cambios posturales cada 2-3 horas.

- d) Garantizar los desplazamientos para la micción, defecación, estimular a realizar sus necesidades y cada vez que lo necesite (pauta cada 2 horas). Cambios de absorbentes programados y adicionales que precise.
 - e) Medidas de prevención de lesiones en la piel (almohadillado, protección, hidratación, etc.).
 - f) Períodos de descanso en cama a los inmovilizados.
 - g) Mantenimiento postural adecuado en la cama o sillón y en especialmente en los momentos de las comidas que evite broncoaspiraciones.
 - h) Asegurar el mantenimiento de la vía aérea.
 - i) Ofertar líquidos de forma periódica, con una ingesta diaria de 1,5-2 litros.
 - j) Apoyo y estímulo verbal, emocional y afectivo a los usuarios y familiares.
 - k) Velar por su seguridad: buena accesibilidad, eliminar peligros (mecheros, cerillas, objetos punzantes o cortantes, etc.)
 - l) Registro diario de la conducta: normal, violento-agresivo, agitado, confuso.
 - m) Valorar la necesidad de continuar con la sujeción: si o no.
8. Consentimiento Informado (ampliamente explicado en otra sección).
 9. Supervisión, Inspección y Reevaluación de las medidas de sujeción: al aplicar de forma excepcional, ante un episodio agudo, una sujeción se supervisará:
 - a) Presencialmente durante al menos la primera hora.
 - b) Tras la primera hora supervisar, inspeccionar y valorar cada 15-20 minutos.
 - c) Tras comprobar un comportamiento estable y que no se estiman riesgos inmediatos, revisiones y movilizaciones cada 2 horas.
 10. Mantener la sujeción el menor tiempo posible: reevaluar la necesidad de continuar.
 11. Revisión de las Sujeciones: cuando no se pueda retirar, o si tras ello, se reproduce el episodio de agitación; se estudiará y evaluará individualmente. Se revisarán de forma genérica con carácter mensual y preferiblemente quincenal, salvo las barandillas cada 3 meses, por todos los miembros del equipo, constatando las razones por las que se debe continuar aplicando.

Todos los pacientes sometidos a sujeción química, así como los que toman psicofármacos para el control de un problema de **base psiquiátrica o médica** bien definido y diagnosticado, deben evaluarse de forma individualizada, periódica y permanente durante los primeros días, hasta las 48-72 horas; tras se irán reevaluando cada semana, quince días, y finalmente cada mes o cada dos meses. Tratando en el caso de las sujeciones químicas reajustar la dosis, intentando retirarlas si procede y pautar el tratamiento específico (erratismo, dolor, impactación fecal, etc.).

12. Programa para Retirar y Eliminar las Medidas de Sujeción: se deben reevaluar las sujeciones. Pasada la fase aguda de agitación debe elaborarse un Plan o Programa destinado a la retirada y eliminación de las sujeciones.
13. Registro y Análisis de los Accidentes producidos por el Uso de Sujeciones: deben registrarse las lesiones directas y accidentes, así como la atrofia muscular, anquilosis, déficits funcionales, síndrome de inmovilidad, estreñimiento, incontinencia urinaria y fecal, úlceras cutáneas, déficits menta-

les o psicosociales, etc., debidos a las mismas.

14. Luchar contra las mermas funcionales, físicas, mentales, o psicosociales que son consecuencia de las sujeciones.
- 46) Los movimientos profesionales y sociales “*antisujeciones*” especializados en esta materia, hacen apuestas atractivas de eliminación de las sujeciones, si bien es cierto, que los profesionales de atención directa, los gestores e inspectores, las instituciones y empresas, los jueces y fiscales, los usuarios y sus familias, y la sociedad en general; precisan un tiempo y un camino a recorrer, de concienciación, sensibilización y adaptación, desde la “*cultura de la sujeción*” a la “*cultura de la no-sujeción*”.
- 47) Este cambio de paradigma debe interiorizarse y asimilarse. No se puede pasar de sujetar a no sujetar “de un día para otro”. Se precisa una formación y apoyo de equipos expertos y especializados en estas técnicas.
- 48) Los profesionales dedicados a la atención de los mayores debemos mantener una actitud positiva y proactiva hacia el cambio, evitando las resistencias. Necesitamos profesionales comprometidos y capaces de rectificar, cuando se impone un nuevo paradigma, opuesto al que se ha defendido a ultranza hasta hoy.



- 49) Los Servicios de Autorización, Inspección y Certificación de centros residenciales, así como los Servicios de Inspección de Calidad de las Administraciones Públicas competentes (Consejerías y Ayuntamientos), deben auditar e inspeccionar de forma periódica las estructuras arquitectónicas, equipamientos, tecnología, dotación de recursos humanos, y la calidad asistencial de estos establecimientos, velando por que se cumpla la adecuación de los mismos a las características de los usuarios a los que atienden, e implantando fórmulas imaginativas de incenti-
- vación positiva como premios a la calidad, a los centros con control racional o ausencia de sujeciones, y a los programas de mejora para la reducción-eliminación de las mismas.
- 50) Ningún paciente en situación final de su vida (últimos días) en los que apareciera un cuadro de agitación y delirium, debería fallecer con sujeciones mecánicas; ya que existen medidas farmacológicas y vías de administración de las mismas que permiten que el paciente pueda morir tranquilo, sin sujeciones mecánicas, recurriendo a la sedación paliativa.

13. Bibliografía recomendada

1. Rodríguez Delgado J. Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2013).
2. Wagner, I.; Capezuti, E.; Hamers, J. M. A delphi consensus study to determine an internationally accepted definition on physical restraints" meeting abstract bleijlevens; *Gerontologist* 2012 nov; 52 (1): 136.
3. Using antipsychotic agents in older patients. Expert consensus. George S. Alexopoulos, M.D. Cornell institute of geriatric psychiatry.
4. 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.
5. Healey F, Oliver D, Milne A, Connelly J. "The effect of bedrails on falls and injury: a systematic review of clinical studies". *Age ageing*. 2008;37: 368378.
6. M. Porta, R. Miralles, C. Conil. Registro de caídas del centro geriátrico municipal de Barcelona. Características de las caídas y perfil de los pacientes. *Revista española de Geriatría y Gerontología* 2001,36: 270.
7. M. Kron, S. Loy, E. Sturm, Th. Nikolaus, and C. Becker. Risk Indicators for Falls in Institutionalized Frail Elderly. *Am J Epidemiol* 2003; 158: 645-653.
8. Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist*. Aug 2008; 48 (4): 442-452.
9. Ibe, T., Ishizaki, T., Oku, H., Ota, K., Takabatake, Y., Iseda, A., Ueda, A. (2008). Predictors of pressure ulcer and physical restraint prevalence in Japanese acute care units. *Japan Journal of Nursing Science*, 5 (2), 91-98.
10. W. K. Mohr, T. A. Petti, and B. D. Mohr, "Adverse effects associated with physical restraint," *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48, n.º. 5, pp. 330337, 2003.
11. Evans and M. Fitzgerald, "The experience of physical restraint: a systematic review of qualitative research," *Contemporary Nurse*, vol. 13, n.º. 2-3, pp. 126135, 2002.
12. Gallinagh, R., Nevin, R., McAleese, L., & Campbell, L. (2001). Perceptions of older people who have experienced physical restraint. *British Journal of Nursing*, 10 (13), 852-859.
13. Castle NG, Engberg J. (2009). The Health Consequences of Using Physical Restraints in Nursing Homes. *Med Care*, 47(11), 1164-1173.
14. Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria. Alerta N.º 5: Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de pacientes. Fundación Avedis Donavedian y Fundación Mapfre.
15. Burgueño, AA. Iborra I. Prevalencia comunicada de sujeciones físicas. Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas. *Agathos: Revista de Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 2008, (1): 4-11.
16. Quintana S, Font R. Medidas de restricción física en un hospital de agudos y en dos centros de media y larga estancia: estudio de prevalencia y análisis de aspectos éticos relacionados con su indicación y puesta en práctica. *Rev Calidad. Asistencial*. 2003; 18: 338.



17. Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraints. *Gerontologist*. 1992; 32: 7626.
18. Vidán MT, Sánchez E, Alonso M, Montero B, Ortiz J, Serra JA. An Intervention Integrated into Daily Clinical Practice Reduces the Incidence of Delirium During Hospitalization in Elderly Patients. *JAGS* 2009 57: 20292036.
19. JBI. Physical Restraint - Pt 1: Use in Acute and Residential Care Facilities. In *Best Practice*. Vol 6 Iss 3. Australia: Blackwell Publishing Asia. 2002.
20. Tideiksaar Rein. Caídas en ancianos. Prevención y tratamiento. MASSON. 2005.
21. CEOMA. Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer. <http://www.ceoma.org/alzheimer/modules.php?name=News&file=article&sid=672> (Última consulta 2010-03-16).
22. Neufeld RR, Libow LS, Foley WJ, Dunbar JM, Cohen C, Breuer B. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. The Commonwealth National Restraint Minimization Project, New York, New York, USA. *J Am Geriatr. Soc.* 1999 Oct; 47(10):1202-7.
23. Andrés Amaia. Vigilancia de las medidas de restricción física. VII Congreso de SEMER. <www.semer.es/docs/CursoAuxRestric.ppt> (Última consulta 2010-03-16).
24. 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 de Oviedo). <http://iier.isciii.es/er/pdf/er_ovied.pdf> (Última consulta 2010-03-16).
25. Leturia F J, Etxanz N. Los Derechos de las Personas Mayores y la Prevención del Maltrato. Ararteko 2009.
26. Burgueño A. Atar para Cuidar: Uso de Sujeciones Físicas y Químicas en Personas Mayores dependientes que reciben cuidados prolongados. <<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/5E315864-34F9-4236-9319-931E610416DB/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1.pdf>> (Última consulta 2010-03-16).
27. Hospital 12 de Octubre. Protocolo de Contención Mecánica de Movimientos. <<http://www.imsersmayores.csic.es/documentos/documentos/doceoctubreprotocolo-01.pdf>> (Última consulta 2010-03-16).
28. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Protocolo General Sujeción Mecánica. <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3Dprt_SujecionMecanica.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185649&ssbinary=true> (Última consulta 2010-03-16).
29. Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Protocolo de Contención Mecánica y Terapéutica. 152 http://www.spcv.org/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=165 (Última consulta 2010-03-16).
30. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Distrito Metropolitano de Granada). Seguridad del Paciente: Hoja de registro del Protocolo de Contención. <<http://www.districtometropolitano.es/ficheros/PROTOCOLO%20DE%20CONTENCION%20DE%20PACIENTES.%20%20ADAPTADO%20PARA%20APLICACION%20EN%20EL%20DISTRITO%20METROPOLITANO.pdf>> (Última consulta 2010-03-16).
31. Comité de Bioética de Cataluña del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. El ingreso no voluntario y la práctica terapéutica de medidas restrictivas en pacientes psiquiátricos y las personas demenciadas. <<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/esingreso.pdf>> (Última consulta 2010-03-

32. Colegio Oficial de Médicos junto con el Instituto Foral de Asistencia Social del Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia, la Sociedad Española de Médicos de Residencias (SEMER) y la Fundación Aspaldikio. Manual para la aplicación y buen uso de medidas de restricción física en Residencias de Personas Mayores.
33. Kitwood, T. Dementia reconsidered; the person comes first. Open University Press. Milton Keynes. 1997.
34. Martínez Rodríguez, T. Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia. Colección Gerontología Social. Editorial Médica Panamericana; 2010.
35. Whitmore J. Coaching. El método para mejorar el rendimiento de las personas. Paidós Iberica; 2011.
36. Ortiz F. El modelo del observador, la acción y los resultados. <<http://freddyortizmagallanes.blogspot.com/2009/08/el-modelo-del-observadorla-accion-y.html>> (Última consulta 2010-03-16).
37. Rojas F. Motivación y comportamiento en la organización. <http://www.degerencia.com/articulo/motivacion_y_comportamientos_en_la_organizacion> (Última consulta 2010-03-16).
38. Echeverría, R. Fuente Ovejuna: o el Secreto de los Equipos de alto Desempeño. Revista Desarrollo del Capital Humano ERIAC (México). Enero/Marzo 2004.
39. Fernández R. Liderazgo transformador e Inteligencia emocional. <<http://www.blogseitb.com/inteligenciaemocional/2007/03/28/liderazgotransformador-e-inteligencia-e/>> (Última consulta 2010-03-16).
40. Mendoza I. A., Torres J. R., Ibarra T. Estudio sobre el clima organizacional de un sistema de atención médica gubernamental en la ciudad de México y su relación con el liderazgo transformacional y transaccional de sus directivos. V. Congreso Internacional de Análisis Organizacional. Guanajuato, Guanajuato, México, 2007.
41. Mendoza M, Ortiz C. El Liderazgo Transformacional, Dimensiones e Impacto en la Cultura Organizacional y Eficacia de las Empresas. Revista Facultad de Ciencias Económicas. Volumen XIV No. 1, Junio 2006. ISSN 0121 6805: 118-134.
42. Action Pact Inc. Culture Change Consultants and Trainers. <<http://www.culturechangenow.com/>> (Última consulta 2010-03-16).
43. Advancing Excellence in America's Nursing Homes. Implementation Guide: Goal 3: Reducing the Use of Daily Physical Restraints. <http://www.nhqualitycampaign.org/files/imgguides/3_PhysicalRestraints_TAW_Guide.pdf> (Última consulta 2010-03-16).
44. Anna R. Huizing, Jan P.H. Hamers, Jan de Jonge, Math Candel, Martijn P.F. Berger. Organisational determinants of the use of physical restraints: A multilevel approach. Social Science & Medicine 2007; 65: 924933.
45. Antonie Haut, Sascha Köpke, Anja Gerlach, Ingrid Mühlhauser, Burkhard Haastert and Gabriele Meyer. Evaluation of an evidence-based guidance on the reduction of physical restraints in nursing homes: a cluster-randomised controlled trial *ISRCTN34974819+. BMC Geriatrics 2009; 9: 42.
46. Burgueño A, Iborra I, Martínez P, Pérez V. Prevalencia comunicada de sujeciones físicas. Revista Agathos. 2008; 7 nº 1. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/boletin/2008/numero-62/art-08-05-01.pdf>> (Última consulta 2010-03-16).
47. Capezuti E, Evans L, Strumpf N, Maislin G. Physical restraint use and falls in



- nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 1996 Jun;44(6):627-33.
48. Colorado Foundation for Medical Care, Colorado Department of Public Health and Environment, Health Facilities Division. Restraint Reduction. May 1998.
 49. Colorado Foundation For Medical Care. Restraint Reduction Materials. <http://www.cfmc.org/nh/nh_restraint.htm> (Última consulta 2010-03-16).
 50. Council on Scientific Affairs. Report of the Council on Scientific Affairs Use of Restraints for Patients in Nursing Homes. <<http://www.forensicpsych.com/articles/artCouncil.php#>> (Última consulta 2010-03-16).
 51. Fariña-López, Emilio. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Rev Esp Geriatría y Gerontología.* 2011; 46:36-42.
 52. Fundación Matia. Guía Farmacoterapéutica para Personas Mayores. <<http://www.matiaf.net/upload/ingema/doc/caste/conocimiento/1259664169guiafarmacoterapeutica20091101.pdf>> (Última consulta 2010-03-16).
 53. Gastmans C, Milisen K. Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *Journal of Medical Ethics.* 2006; 32:148152.
 54. Grupo de Protección del Mayor de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Hacia una cultura sin restricciones: Las restricciones físicas en ancianos institucionalizados. Documento Técnico SEGG N°3. Julio 2003.
 55. Grupo de trabajo de Caídas de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Evaluación del Anciano con Caídas de Repetición 2ª Edición. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y Fundación MAPFRE Medicina. 2001.
 56. Gunnar Ljunggren, Charles D. Phillips, Antonio Sgadari. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age and Ageing* 1997; 26-S2: 43-47.
 57. Joshua M. Wiener, Ph.D.; Marc P. Freiman, Ph.D.; David Brown, M.A. Nursing Home Care Quality Twenty Years After The Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987; RTI International. December 2007.
 58. Kitwood T. Dementia reconsidered: the person comes first. Buckingham: Open University Press, 1997.
 59. Laurin D, Voyer P, Verreault R, Durand P J. Physical restraint use among nursing home residents: A comparison of two data collection methods. *BMC. Nursing* 2004, 3:5 doi:10.1186/1472-6955-3-5. <<http://www.biomedcentral.com/1472-6955/3/5>> (Última consulta 2010-03-16).
 60. Medical Review of North Carolina, Inc. Alternatives to Physical Restraints, Falls, Wandering & Agitated Behaviors. <http://www.aasa.dshs.wa.gov/Professional/nh/documents/Alternatives_to_Physical_Restraints.pdf> (Última consulta 2010-03-16).
 61. Miles Steven H. Restraints: Controlling a Symptom or a Symptom of Control. *HEC Forum.* 1998 Sep-Dec; 10(3-4):235-43.
 62. Nicholas G. Castle, Howard Degenholtz and John Engberg. State Variability in Indicators of Quality of Care in Nursing Facilities. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES.* The Gerontological Society of America. 2005, Vol. 60A, No. 9, 11731179.
 63. Ohio Department of Health Division of Quality Assurance Bureau of Long Term Care Quality. PHYSICAL RESTRAINTS. May 9, 2007. <www.odh.ohio.gov/.../Physical%20Restraints%20Brochure.pdf>. (Última consulta: 2010-04-29). 155.
 64. Oliver David. Preventing falls and falls-injuries in hospitals and long-term care facilities. *Reviews in Clinical Gerontology,* Volume 17, Issue 02, 2007, pp 75-91.

65. Oscar J. de Vries, Gerard J. Ligthart, Thorsten Nikolaus, and European Academy of Medicine of Ageing-Course III. Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004 September; 59(9): M922M923.
66. Pioneer Network. Creating Home: The New Quality of Life Revisions to the LTC Surveyor Guidelines. <<http://www.pioneernetwork.net/Events/Webinars/LTCGuidance/>> (Última consulta 2010-03-16).
67. Psicofármacos. Clasificación por acción terapéutica. <<http://www.eutimia.com/psicofarmacos/index.htm>> (Última consulta 2010-03-16).
68. Rader, J. Person-directed care: the road to restraint-free care and quality of life. <http://www.cfmc.org/files/nh/Restraints/Physical%20Restraints_071008.pdf> . (Última consulta: 2010-04-29).
69. The effects of public reporting on physical restraints and antipsychotic use in nursing home residents with severe cognitive impairment. R. Tamara Konetzka, Ph D. et al. *JAGS* 62: 454-61, 2014.
70. Tiffany W. Chow, MD, and Catherine H. MacLean, MD, PhD. Quality Indicators for Dementia in Vulnerable Community-Dwelling and Hospitalized Elders. 668 16 October 2001. *Annals of Internal Medicine* Volume 135 - Number 8 (Part 2).
71. Virginia Department of Health Office of Licensure and Certification. Consumer Guide to Restraint Usage in Nursing Facilities. August 2004.
72. Voyer P, Cohen D, Lauzon S, Collin J. Factors associated with psychotropic drug use among community-dwelling older persons: A review of empirical studies. *BMC Nursing* 2004, 3:3 doi: 10.1186/1472-6955-3-3. <<http://www.biomedcentral.com/1472-6955/3/3>> (Última consulta 2010-03-16).
73. Wei-Wei Wang, Professor Wendy Moyle. Physical restraint use on people with dementia: a review of the literature. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2005; Volume 22 Number 4.
74. West Virginia Medical Institute, Restraint Reduction Project Handbook. Publication number 9SOW-WV-PASA08.8. App. 8/08.
75. Wisconsin Department of Health and Family Services Division of Quality Assurance. PHYSICAL RESTRAINTS. WHAT ALL NURSING HOME RESIDENTS AND FAMILIES NEED TO KNOW. PQA-3113 (Rev. 03/08). <<http://dhs.wisconsin.gov/publications/p6/pqa3113.pdf>>. (Última consulta: 2010-04-29).
76. Urrutia Beaskoa, A y Erdoiza Inunciaga, I. Estudio LG 2006-2008. Fundación Cuidados Dignos.
77. Urrutia Beaskoa, A y Erdoiza Inunciaga, I. Norma Libera-Ger (Sistema de Gestión y Control de Sujeciones en Centros de Atención Sociosanitaria. Fundación Cuidados Dignos. Diciembre 2010.
78. Bleijlevens, M.; Wagner, I.; Capezuti, E.; Hamers, J. "A delphi consensus study to determine an internationally accepted definition on physical restraints" meeting abstract. *Gerontologist* 2012 nov; 52 (1): 136.
79. R. Tamara Konetzka, Ph D. et al. The effects of public reporting on physical restraints and antipsychotic use in nursing home residents with severe cognitive impairment. *JAGS* 62: 454-61, 2014.
80. Gallego Riestra S, Gutiérrez Rodríguez J, Fernández Guzmán MF. Aspectos legales del uso de medios de contención mecánica en los diferentes ámbitos asistenciales y sanitarios. Especial referencia a los ingresos por patologías no psíquicas en instituciones sanitarias abiertas. *Derecho Y Salud*. 2013; 1: 77-95.

Con la colaboración



Sociedad Española
de Geriatría y Gerontología