

CÓMO SE ELIMINAN LAS SUJECIONES

GUÍA PARA LA ELIMINACIÓN
DE SUJECIONES FÍSICAS
Y QUÍMICAS EN CENTROS DE
ATENCIÓN SOCIOSANITARIA
Y DOMICILIOS

*Basada en la Norma Libera-Ger
de la Fundación Cuidados Dignos*

Ana Urrutia Beaskoa
Irene Erdoiza Inunciaga



CÓMO SE ELIMINAN LAS SUJECIONES

**GUÍA PARA LA
ELIMINACIÓN
DE SUJECIONES
FÍSICAS Y QUÍMICAS
EN CENTROS
DE ATENCIÓN
SOCIOSANITARIA Y
DOMICILIOS**

Basada en la Norma Libera-Ger de la Fundación Cuidados Dignos

Ana Urrutia Beaskoa
Irene Erdoiza Inunciaga

Índice

1. La Guía	7
2. Innovación social	25
3. Campo de aplicación	29
4. Modelo de atención y modelo de gestión	33
5. Metodología de eliminación de sujeciones (MES)	39
6. Definiciones de la Guía	43
7. Aspectos a trabajar por parte del Centro	47
8. Áreas de gestión de la metodología de eliminación de sujeciones (Centros sociosanitarios)	51
9. Áreas de gestión de la metodología de eliminación de sujeciones (Domicilios)	79
10. Bibliografía y recursos web	91
11. Glosario de términos	95
12. Autoría	99

1

LA GUÍA

A lo largo de esta Guía se ha procurado utilizar una terminología acorde con el lenguaje igualitario, pero con el objetivo de facilitar su lectura, en ocasiones, se han empleado términos como profesional, cuidador no profesional, cuidador principal, trabajador, el líder... en los que en su significado se han englobado ambos géneros (el y la profesional, cuidador y cuidadora no profesional, cuidador y cuidadora principal, trabajador y trabajadora, la persona líder...)



I. La Guía

Aún, todavía, en el año 2012, en España, el 23% de las personas mayores que viven en residencias lleva alguna sujeción restrictiva, un porcentaje excesivamente elevado que requiere de una respuesta por parte de la sociedad. La gestión de sujeciones restrictivas o su ausencia en el cuidado de las personas dependientes, es, hoy en día, un tema superado en la mayor parte de los países más avanzados del mundo, y sin embargo, España, aun formando parte de ese grupo de países evolucionados e innovadores, sigue utilizándolas en exceso.

I.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Las Sujeciones se dividen en dos tipos, Sujeciones Físicas y Sujeciones Químicas. A nivel internacional, existe consenso en definir las **Sujeciones Físicas** como *“cualquier dispositivo, material o equipo aplicado a una persona, unido a ella o cerca de su cuerpo, que no puede ser controlado o retirado con facilidad por ella misma y que deliberadamente evita o intenta evitar su libertad de movimiento y/o el natural acceso a su cuerpo”*. (1) Y las **Sujeciones Químicas** se definen como *“el uso de fármacos, fundamentalmente aquellos que actúan a nivel del Sistema Nervioso Central, que reducen la movilidad de la persona, de manera que quedan inhibidas sus actividades (salir de la cama, ir al cuarto de baño, participar en actividades sociales,...) con el objetivo de manejar o controlar una conducta inadecuada o molesta (p. e.: vagabundeo, agresividad verbal, no colaboración en los cuidados, etc.), que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. Dicho de otro modo, es el uso de fármacos (psicotrópicos o no) para manejar un problema para el cual existe un tratamiento mejor”*. (Adaptado de Rein Tideiksaar, Ph. D., President of Fall Prevent, LLC (2005) y Antonio Burgueño, Coordinador del Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer de CEOMA). (2 y 3)

DEFINICIONES

Esta Guía propone una **Gestión de Sujeciones** interrelacionada tanto con las **Necesidades** y **Calidad de Vida** de las personas que viven en el centro o en el domicilio, como con una adecuada **Convivencia** entre éstas, impregnado todo ello de una **Fundamentación Ética**.

La gestión de sujeciones se desarrollará desde la perspectiva del Modelo de Vida y Persona, en la que los cuidados se centran en la satisfacción de las necesidades de cada individuo; pero esta gestión de las sujeciones se realiza en un ámbito en el que conviven diferentes personas, y por lo tanto, diferentes necesidades: Por ello se propone una gestión de esta convivencia desde un enfoque que entiende que para que estas diferentes necesidades convivan, en ocasiones es necesario establecer ciertos límites a las personas que puedan generar situaciones de conflicto convivencial, desarrollando intervenciones con límites que SIEMPRE deben establecerse de manera que sean bien toleradas por quien genera el conflicto, para lo cual será necesario individualizarlas y personalizarlas.

Todo ello apoyado en la Ética, buscando el bienestar de la persona cuidada, a través de la interpretación de los valores que son apreciados de manera diferente por cada una de estas personas y por sus familias, según su código moral.



©Norma Libera-Ger®

I. SUJECIÓN-RESTRICCIÓN:

Sujeción: Se trata de cualquier método manual o físico, instrumento mecánico, material o equipamiento adjunto al cuerpo del paciente, que impide su movilidad y/o el acceso a parte de su cuerpo.

Restricción: Se trata de cualquier acción (médica, química, física, psicológica, social o de cualquier otro tipo), palabra u obra que se utiliza con el propósito o la intención de limitar o constreñir la libre circulación o capacidad de toma de decisiones de uno/a mismo/a o de una tercera persona.

Consideramos que tanto las sujeciones como las restricciones se dividen en dos grupos, en función de su voluntariedad:

- Voluntarias.
- Involuntarias.

En el caso de la **Sujeción**, sea Voluntaria o Involuntaria, a su vez, se subdivide en dos subgrupos determinados por el CARÁCTER que se le da a ese elemento o INTENCIONALIDAD con la que la sujeción ha sido colocada (Adaptado de Neufeld, R. , 1995):

Sujeciones con Carácter Restrictivo (Sujeciones Restrictivas):

Cuando se utiliza con un carácter restrictivo, como elemento que la persona no puede retirar fácilmente y restringe su libertad de movimientos o normal acceso a parte de su cuerpo.

Sujeciones con Carácter No Restrictivo: Cuando se utiliza sin carácter restrictivo, como elemento que permita a la persona mantener una posición corporal correcta y lo más fisiológica posible.

Tanto las Restricciones como las Sujeciones con Carácter Restrictivo, Voluntarias e Involuntarias, se dividen en Minor y Major en función de lo limitantes que puedan resultar para cada persona:

Minor: Se trata de Sujeciones o Restricciones menos restrictivas y limitantes que las Major.

Major: Se trata de Sujeciones o Restricciones mucho más restrictivas y limitantes que las Minor.

TIPOS DE SUJECIONES Y RESTRICCIONES				
SUJECIÓN	Voluntaria	Con Carácter Restrictivo	Minor	1
			Mayor	2
		Sin Carácter Restrictivo		3
	Involuntaria	Con Carácter Restrictivo	Minor	4
			Mayor	5
		Sin Carácter Restrictivo		6
RESTRICCIÓN (RESTRICCIÓN SIN SUJECIÓN = MAL MENOR)	Voluntaria		Minor	7 "MAL MENOR VOLUNTARIO"
			Mayor	
	Involuntaria		Minor	8 "MAL MENOR INVOLUNTARIO"
			Mayor	

©Norma Libera-Ger®

Cuando a lo largo de esta Guía se utiliza el término **SUJECIONES o SUJECIONES RESTRICTIVAS**, nos referimos en todo momento a las **SUJECIONES INVOLUNTARIAS** (casos 4, 5 y 6 de la tabla anterior). En determinados casos, como alternativa a estas sujeciones se utiliza el **MAL MENOR INVOLUNTARIO o RESTRICCIONES INVOLUNTARIAS** (caso 8), tanto si se trata de elementos físicos (sujeciones físicas) o químicos (sujeciones químicas).

- CASO 4:** Sujeción Involuntaria Con Carácter Restrictivo Minor: Es el uso de una sujeción con carácter restrictivo en una persona que no tiene capacidad para expresar su voluntad o expresa no querer utilizar la sujeción y se utiliza para mantener una normal convivencia y siempre y cuando la persona lo tolere bien. *Ejemplo: Una persona con deterioro cognitivo a la que se le coloca un "body" que impide que se quite el pañal y esparza su contenido por la habitación.*
- CASO 5:** Sujeción Involuntaria Con Carácter Restrictivo Mayor: Es el uso de una sujeción con carácter restrictivo en una persona que no tiene capacidad para expresar su voluntad o expresa no querer utilizar la sujeción y no se utiliza para

mantener una normal convivencia en el centro porque ni influye en ella ni la favorece y/o la persona no la tolera bien. *Ejemplo: Una persona con deterioro cognitivo a la que se le coloca un cinturón abdominal para que no se levante de la silla o sillón, para que no deambule, para que no moleste, para hacer más cómodo el trabajo de las y los profesionales...*

Otro ejemplo podría ser el del CASO 4: En una residencia, la persona se quita el pañal, pero si no esparce su contenido por la habitación y esa actitud no supone una disrupción en la convivencia con el resto de residentes y sus familias, aunque ello pudiera suponer un inconveniente en el trabajo de las personas de la organización, la utilización del body se podría considerar un CASO 5.

3. CASO 6: Sujeción Involuntaria Sin Carácter Restrictivo: Se trata del uso de una sujeción sin carácter restrictivo que fundamentalmente se coloca para corregir una postura corporal incorrecta, pero aplicada a una persona que no posee la capacidad de comunicar su voluntad respecto al uso de esa sujeción. Aunque este dispositivo no se pautе con un **carácter restrictivo**, lo consideramos como tal, porque existen otras alternativas o dispositivos (cojines en cuña, almohadones,...) más seguros para mantener una posición corporal correcta y lo más fisiológica posible sin necesidad de utilizar una sujeción. *Ejemplo: Una persona con discapacidad física, con o sin volición, y sin capacidad para comunicar su voluntad, con la que se utiliza, sin la intención de restringir, un cinturón abdominal para mantenerle erguida en la silla.*

4. CASO 8: MAL MENOR INVOLUNTARIO = Restricción Involuntaria Minor y Major:

Se trata de casos en los que se restringe, en cierto modo, la movilidad de la persona y ésta no puede expresar su voluntad, pero no se utiliza ningún elemento de sujeción. La consideramos como un "Mal Menor Involuntario" porque se trata de una alternativa al uso de sujeciones que presenta estas características:

- a. Evita los efectos negativos de la sujeción restrictiva.
- b. Es segura, reduce el riesgo de sufrir caídas y sus consecuencias.
- c. Intenta proteger los derechos fundamentales de la persona, buscando siempre cuidarle con la mayor dignidad posible.
- d. A pesar de que en cierta medida se vea afectado el Principio de Autonomía, priman el Principio de Beneficencia y el Principio de No Maleficencia.
- e. Se utilizarán estas medidas siempre que la persona las tolere bien (sus expresiones verbales y no verbales no muestran malestar).
- f. Se trata de medidas que se utilizarán durante el menor tiempo posible y tras el fracaso de otras alternativas.
- g. Se realizará el mismo proceso de control y revisión descrito en el apartado A4 del Capítulo 8 sobre el control y revisión de sujeciones restrictivas.

Se trata de medidas que se adoptan tras el fracaso de todas las demás alternativas, y a pesar de que no "nos guste" utilizarlas, son la única alternativa realista a la sujeción. Se

utilizan en situaciones extremas en las que sólo tenemos esa opción de actuación porque todas las demás alternativas seguras han fracasado.

Ejemplo: Una persona con serias dificultades para mantener el equilibrio, con grave deterioro cognitivo y que no cesa de deambular; con el gran riesgo de caída que esto conlleva:

- **Restricción Involuntaria Minor:** Se podría sentar a la persona en un asiento muy bajo, del que le cueste levantarse, pero al que no se le sujeta. Este método limita su movilidad con el objeto de que tarde más en levantarse del asiento, y de esa forma a las personas cuidadoras les dé tiempo a acudir en su ayuda, mientras se está levantando y antes de que se caiga.
- **Restricción Involuntaria Major:** A pesar de perseguir el mismo objetivo que el ejemplo anterior; se trata de una medida más restrictiva que la Minor; porque en este caso se utilizaría una silla sin patas desde la que se dificulta más el que la persona pueda ponerse en pie y por lo tanto dispongamos de más tiempo para actuar. En este ejemplo, se utilizaría cuando la Minor haya fracasado.

2. USO EPISÓDICO-USO HABITUAL:

Episodio de Uso de Sujeción Restrictiva: Una jornada de 24h en la que se ha utilizado una sujeción con independencia del número de periodos (veces) en los que se utilice esta sujeción restrictiva dentro de esa jornada.

Uso De Sujeciones Restrictivas Habituales: Se considera el uso de sujeciones restrictivas como habituales cuando dentro de un periodo de un año, se utilizan sujeciones restrictivas **en al menos 4 episodios**. El número de periodos (veces) en los que se utiliza la sujeción restrictiva dentro de un mismo episodio no es relevante.

Uso De Sujeciones Restrictivas Episódicas: Se considera el uso de sujeciones restrictivas como episódicas cuando dentro de un periodo de un año, se utilizan sujeciones restrictivas **en menos de 4 episodios**. El número de periodos (veces) en los que se utiliza la sujeción restrictiva dentro de un mismo episodio no es relevante.

3. NO SUJECIONES:

En cuanto al **“Cuidado No Sujeciones”**, podemos definirlo como la *“atención asistencial en la que la sintomatología conductual problemática asociada al deterioro cognitivo, se aborda sin la utilización de medidas de sujeción restrictiva físicas ó químicas, lo que favorece el desarrollo del paciente como persona LIBRE y con DERECHOS”*.

Los cuidados no sujeciones no garantizan automáticamente que las personas sean tratadas como personas libres y con derechos. Así pues, una atención no sujeciones no equivale automáticamente a una atención adecuada, debido a que muchas otras cosas podrían realizarse de manera inadecuada, resultando en una mala atención. Pero en definitiva, una atención sin sujeciones podría contribuir a generar un mayor respeto hacia el y la paciente como una persona libre y con derechos. (Prof. Steven H. Miles, MD. Center for Bioethics and University of Minnesota Medical School).

Diferentes estudios y bibliografía analizada aseguran que:

- El uso continuado de sujeciones restrictivas presenta efectos adversos tanto a nivel físico (úlceras por presión, infecciones, incontinencia urinaria y fecal, disminución del apetito, estreñimiento, pérdida del tono muscular, atrofia y debilidad) como a nivel psicológico (miedo/pánico, vergüenza, ira, agresividad, depresión, aislamiento social y retiro/apatía).
- Además, no está demostrada la efectividad de las sujeciones restrictivas a la hora de prevenir caídas y las lesiones asociadas a ellas:
 - Las personas a las que se les restringe la movilidad sufren mayor número de caídas y sus consecuencias suelen ser más graves que en personas a las que no se les restringe la movilidad (4).
 - Los centros que han reducido el uso de sujeciones restrictivas han podido observar que no aumenta el número de caídas o incluso han experimentado un descenso de ellas (4).
 - En centros en los que ha aumentado el número de caídas tras la retirada de sujeciones, se ha podido observar que no ha aumentado la gravedad de las lesiones producidas como consecuencia de ellas (5).

4. INDICACIONES DE SUJECIÓN:

- a. Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de la persona cuidada:
 - Prevención de autolesiones.
 - Prevención de suicidio.
- b. Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de otras personas:
 - Prevención de lesiones a otras personas que conviven con la persona cuidada, persona cuidadoras,...
 - Peligro para la Vida del resto de personas que conviven con la persona cuidada, personal del centro, familiares...: Por ejemplo cuadros psicóticos agresivos.
- c. Protección de programas terapéuticos del paciente y de otros (arranque de vías, sondas, catéteres, etc.).
- d. Necesidad de Reposo: Por ejemplo paciente no colaborador con fractura.

5. CONTRAINDICACIONES DE SUJECIÓN:

NO se utilizarán sujeciones restrictivas en las siguientes situaciones:

- a. Como castigo ante una trasgresión o conducta molesta, por antipatía o como demostración de fuerza hacia la persona cuidada.
- b. Por conveniencia o comodidad de las personas que le cuidan o del resto de personas que conviven con ella, como sustitutivo de vigilancia.

- c. En las organizaciones, en caso de desconocimiento del estado general de salud de la persona usuaria, en el momento del ingreso, para evitar la realización de una valoración geriátrica.
- d. Para evitar caídas.
- e. Para el manejo de trastornos disruptivos.

6. CAÍDAS DE REPETICIÓN:

Las caídas de repetición pueden ser indicadores de que:

- a. No se realiza un análisis adecuado de cada caída:
 - No se han identificado correctamente los factores de riesgo (extrínsecos o intrínsecos).
 - Y/o las alternativas preventivas adoptadas no son adecuadas o suficientes.
- b. Y/o se ha producido una demora en el análisis de la caída o en la adopción de alternativas preventivas.

Consideramos que una persona presenta Caídas de Repetición cuando en un periodo de un mes, ésta sufre al menos tres caídas que cumplan los siguientes criterios:

- a. Las caídas se han producido en situación basal de la persona, es decir; en ausencia de enfermedad aguda.
- b. Se excluye la presencia de factores extrínsecos como causa principal de la caída, a excepción de la medicación que la persona esté tomando en situación basal.

(Aportación a la Norma Libera-Ger 2010 del Comité de Expertos Nacional).

7. PERSONA USUARIA:

Termino referido a las Personas Cuidadas en las organizaciones: Cuando a lo largo de la guía se hace mención a Persona Usuaría, se refiere a toda persona que utiliza cualquier servicio de la organización, sea dicha organización una Residencia y/o Centro de Día para personas mayores, un Centro Sociosanitario, una Vivienda Comunitaria, ... en definitiva, cualquier tipo de centro de carácter sanitario ó sociosanitario.

1.2. LAS SUJECCIONES EN ESPAÑA Y EN EL MUNDO

Diferentes organismos internacionales, nacionales y autonómicos consideran las sujeciones como vulneración de los derechos fundamentales:

- Dentro de los Principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad se recogen los siguientes artículos (6):
 - 9.1 *Todo paciente tendrá 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 se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo conforme a 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 de restricción física o exclusión voluntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión 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 de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.
- 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), art. 7. (Convenio de 4 abril 1997, ratificado por Instrumento de 23 julio 1999. BOE 20 octubre 1999, núm. 251, [pág. 36825]; rect. BOE 11 noviembre. Actualizado en cuanto que se añade un Protocolo adicional al Convenio por Protocolo de 12 enero 1998, ratificado por Instrumento de 7 enero 2000):
“La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto dicho trastorno, cuando la ausencia de ese tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas en la ley, que comprendan procedimientos para supervisión y control...”. (7)
- Apartado 3.7.3 del trabajo “Los Derechos de las Personas Mayores y la Prevención del Maltrato” (Defensor del Pueblo Comunidad Autónoma País Vasco 2009):
“... las sujeciones son algo que vulnera un derecho fundamental, como es el derecho a la libertad. Utilizadas en exceso o de forma inadecuada, las sujeciones pueden ser interpretadas como una forma de “abuso”, “negligencia” o “maltrato”...”. (8)

Entre los países que poseen legislación restrictiva en cuanto al uso de sujeciones, podemos destacar los casos de Japón o Estados Unidos, como ejemplos de movimientos de racionalización del uso de sujeciones que han derivado en un cambio en la legislación:

- Japón: Profesionales del Hospital Kamikawa de Tokio desarrollan métodos de cuidados a personas mayores dependientes y en 1998 elaboran el “Free Care Fukuoka Proclamation” con el que se involucran todos los centros del Consejo Nacional de Centros de Cuidados Prolongados a Personas Mayores, empujando al Ministerio de Sanidad y Bienestar a publicar una orden prohibiendo el uso de sujeciones físicas en instituciones públicas de cuidados prolongados (1999).
- Estados Unidos: Tras la presentación del Nursing Home Reform Amendments of the Omnibus Budget Reconciliation Act de 1987 (OBRA 87), que establece las bases para que se controlen los centros de cuidados prolongados americanos de una forma efectiva, en aras a garantizar unos mínimos en la calidad de los cuidados. Teniendo como base

esta ley se desarrollan diferentes normas federales en las que se regula, entre otras cuestiones, el uso de sujeciones físicas y químicas, con el objetivo de generar un cambio de cultura en el país para eliminar por completo las sujeciones. (9)

Otros países como Austria, Dinamarca, Alemania y Países Bajos también disponen de legislación que restringe el uso de sujeciones en centros de atención a personas mayores.

A pesar de todas estas consideraciones éticas y legales desarrolladas a nivel internacional, en España actualmente no existe, en el plano estatal, legislación específica que regule el uso de sujeciones, aunque en el ámbito de los servicios sociales autonómicos se han desarrollado diferentes leyes y decretos que hacen referencia explícita a las sujeciones físicas, estableciendo límites a su uso:

- Art. 6 s), Ley 2/2007 de 27 de marzo – Cantabria: *Derecho a no ser sujeto a ningún tipo de restricción física o intelectual, por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas. En este supuesto, los motivos de las medidas adoptadas deberán recogerse de forma razonada en la historia personal, precisarán supervisión facultativa antes de veinticuatro horas y comunicarse a sus familiares más cercanos y al Ministerio Fiscal.*
- Art. 47.2.i) de la Orden de 4 febrero 2005 de la Conselleria Bienestar Social de la Generalitat Valenciana, 15 de febrero de 2005 – Valencia: *A los usuarios solamente les podrán ser aplicadas medidas de sujeción, por prescripción facultativa motivada y expresa, con indicación de las horas que ha de llevarse a efecto, el tipo de sujeción y duración del tratamiento. Habrá de concurrir el consentimiento expreso y por escrito del usuario, o su representante legal, en su caso, e informándose de ello a la familia. El medio utilizado para la sujeción deberá contar con la correspondiente homologación. Caso de que el usuario o su representante legal no preste su consentimiento, el centro podrá exigir que dicho rechazo conste por escrito.*
- Decreto 284/1996 modificado por el Decreto 176/2000, art. 5.1 g) – Cataluña: *Derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas. En este último caso, las actuaciones efectuadas tendrán que justificarse documentalmente en el expediente asistencial del usuario.*
- Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales – Navarra: TÍTULO I.
 - Artículo 8. Derechos y deberes específicos de los usuarios de servicios residenciales. *Derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros. En este último caso, las actuaciones efectuadas se justificarán documentalmente y constarán en el expediente del usuario, en la forma que se establezca reglamentariamente. Asimismo, se comunicarán al Ministerio Fiscal.*

- Artículo 87. Infracciones muy graves.

Someter a los usuarios de los servicios a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción médica y supervisión, excepto en el supuesto de que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas.

– Ley de Servicios Sociales de Illes Balears 4/2009, de 11 junio. En su artículo 9.1.n) dispone:

- 1. Las personas usuarias de servicios residenciales tienen, además de los derechos reconocidos en el artículo 7, los siguientes:

Derecho a no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin su autorización, a menos que haya peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas, o que haya prescripción facultativa, en ambos casos bajo supervisión.

– Decreto 79/2002, de 13 junio, que aprueba el Reglamento de Centros de Atención de Servicios Sociales de Asturias, que en su artículo 17.2 establece:

- 2. El contenido mínimo de las programaciones en lo que se refiere a servicios asistenciales para todos los centros de atención a servicios sociales será el siguiente:

Medidas de sujeción mecánica aplicadas a las personas usuarias: Al efecto de evitar autolesiones, dichas medidas deberán contar con la debida indicación facultativa o técnica documentada. No obstante, esta medida también podrá ser aplicada ante casos excepcionales y situaciones de emergencia con la autorización del director o directora o del responsable autorizado para atender a eventualidades, registrando documentalmente la aplicación y dando cuenta ulteriormente al correspondiente facultativo o técnico responsable para que decida sobre su prescripción.

Los elementos utilizados para la sujeción mecánica serán de tipo homologado y cuando a una persona usuaria se le apliquen estas medidas será preciso intensificar la función de acompañamiento y de observación por parte del personal asistencial.

– Ley 12/2008, de 5 diciembre de Servicios Sociales del País Vasco de 2008, que en su artículo 91.1. e) tipifica como infracción muy grave:

- e) Someter a las personas usuarias a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, a excepción de los supuestos en los que exista peligro inminente para la seguridad física de ésta o de otras personas, así como silenciar o encubrir dichas actuaciones.

– Ley 7/2009, de 22 diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja, que en su artículo 85 b) tipifica como infracción muy grave:

- b) Someter a las personas usuarias de los centros o servicios a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, a excepción de los supuestos en los que exista peligro inminente para la integridad física de éstas o de otras personas, así como silenciar o encubrir dichas actuaciones.

– DECRETO FORAL 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra:

- *Decreto aprobado recientemente y considerado como la primera apuesta comprometida llevada a cabo por parte de una administración pública.*

1.3. NUESTRA GUÍA

Entidades públicas ó privadas como las que se detallan a continuación, han realizado un notable esfuerzo en la creación de protocolos, manuales y guías orientados al control en el uso de sujeciones en el ámbito hospitalario:

- El Hospital 12 de Octubre realiza el “Protocolo de Contención Mecánica de Movimientos”. (10)
- El Hospital Universitario Ramón y Cajal elabora el “Protocolo General Sujeción Mecánica”. (11)
- El Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia dispone del Protocolo de Contención Mecánica y Terapéutica. (12)
- La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Distrito Metropolitano de Granada) posee un Protocolo de Contención. (13)
- El Comité de Bioética de Cataluña del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya con el documento “El ingreso no voluntario y la práctica terapéutica de medidas restrictivas en pacientes psiquiátricos y las personas demenciadas”. (14)

En el ámbito de los centros de atención a personas dependientes y a personas mayores también se han elaborado manuales y programas para el control del uso de sujeciones:

El Colegio Oficial de Médicos de Vizcaya 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 Aspalduko, han editado el “Manual para la aplicación y buen uso de medidas de restricción física en Residencias de Personas Mayores”. (15)

La gran diferencia entre nuestra guía y estos protocolos, guías y manuales comienza a nivel conceptual: Los esfuerzos realizados hasta este momento se han basado en una definición del concepto de Sujeción como una “medida terapéutica excepcional” y tienen como objetivo **protocolizar el uso de sujeciones**; sin embargo lo que El Justicia de Aragón pretende aportar mediante esta guía, es “un paso adelante”, **la eliminación de las sujeciones**, basándose en un concepto de Sujeción definido como “restricción a la libertad de movimiento” (ver definición en el apartado Definición de Términos), y entendiendo en todo momento que “lo terapéutico es eliminarlas”.

La primera entidad que en España ha trabajado en programas para eliminar sujeciones en los centros residenciales, ha sido la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), con el Dr. Antonio Burgueño y su Programa “Desatar al Anciano

y al Enfermo de Alzheimer” que está contribuyendo notablemente a la gestación de un cambio de cultura respecto a su eliminación.

La gestión de sujeciones y su control ó eliminación es voluntaria; sin embargo en el caso de los centros de atención, requiere del compromiso estratégico de la organización: No se pueden eliminar o controlar las sujeciones si su gestión no se incluye en los principios estratégicos y en el sistema de gestión del centro “que cuida”.

Es en este punto donde la Norma Libera-Ger (16) (Documento metodológico en el que se basa esta guía) adquiere un papel fundamental, y aporta valor; al establecer los pasos a seguir para poder desarrollar una gestión de las sujeciones y su consiguiente control y eliminación, y poder finalmente evaluar y certificar su aplicación y desarrollo en cada uno de los centros en donde ha sido implantada.

Los **VALORES** sobre los que se sustenta la Norma Libera-Ger y por ende, esta guía, son el RESPETO, la DIGNIDAD en los cuidados y la SEGURIDAD de las personas dependientes, así como la promoción de la EXCELENCIA y la búsqueda de la INNOVACIÓN en la Gestión de Centros de Atención Sociosanitaria.

Y la **FILOSOFÍA** de la Norma Libera-Ger y en consecuencia de esta guía...: Las sujeciones deberían ser la excepción no la regla, y la MOVILIDAD, su mantenimiento y potenciación, debería de ser la verdadera regla de funcionamiento de las organizaciones. Cuando la organización se centra en reducir las sujeciones, la mayoría de los esfuerzos se consumen argumentando por qué las utilizaban, pero cuando el enfoque incluye mantener la movilidad (en todas sus formas), y sobre todo su potenciación, se consigue contrarrestar la actitud sobreprotectora que conduce a la utilización de sujeciones y resulta un enfoque tan positivo, que por sí solo consigue reducirlas y alcanzar la Cultura No Sujeciones. Es la CULTURA DE LA MOVILIDAD que conduce a la CULTURA NO SUJECIONES. (*Adaptado de aportaciones a la Norma Libera-Ger 2010 de la Prof. Joanne Rader. RN, MN, PMHNP. Rader Consulting, Silverton, Oregon*).

La guía que usted tiene en sus manos pretende sensibilizar a la opinión pública en general, y a las Administraciones Públicas en particular; en relación al uso excesivo y la necesidad de eliminación de las sujeciones en los centros de atención sociosanitaria españoles, así como en los domicilios, promoviendo los Cuidados Sin Sujeciones ó Con una Correcta Gestión de ellas.

I.4 NUTRICIA Y LA FUNDACIÓN CUIDADOS DIGNOS

(www.nutricia.es y www.cuidadosdignos.org)

Nutricia

Nutricia, compañía líder en Europa en nutrición médica, pone a disposición de los profesionales sanitarios la gama más amplia de productos y servicios orientados a garantizar

el estado nutricional y a mejorar los resultados clínicos de sus pacientes. Nutricia está presente en España desde hace más de 25 años, con un **compromiso continuo de mejora del estado nutricional de sus pacientes y de la sociedad**.

Nuestro negocio consiste en la nutrición especializada, capaz de preservar la vida de los miembros más vulnerables de la sociedad: los más pequeños, los ancianos y los enfermos. La máxima prioridad de todos nuestros actos es garantizar la seguridad y la alta calidad de nuestros productos y el cuidado y la protección de los consumidores que dependen de ellos.

Junto con el profesional sanitario, podemos dar un verdadero giro a las vidas de los pacientes, mejorando los resultados, acelerando la recuperación y fomentando la independencia. El fomento de la independencia de las personas dependientes y su recuperación, así como la dignificación de su cuidado, son objetivos que compartimos con el Proyecto Libera-Ger, lo que nos ha llevado a colaborar con la Fundación Cuidados Dignos para el patrocinio de esta guía.

Al entender de una manera amplia nuestras relaciones y responsabilidades, hemos sido capaces de establecer lazos fuertes y duraderos con todos aquellos con los que tratamos y de quienes dependemos, ya se trate de nuestros empleados, nuestros proveedores o nuestros clientes. Esta relación de confianza es absolutamente crucial para alcanzar el éxito del que disfrutamos actualmente. Y es en esta relación de confianza en la que se ha desarrollado la colaboración entre Nutricia y la Fundación Cuidados Dignos.

La Fundación Cuidados Dignos

La Fundación Cuidados Dignos, entidad creadora e impulsora de la Norma Libera-Ger, nace ante la inquietud de un conjunto de profesionales del ámbito de la geriatría y la gerontología, frente al excesivo uso de las sujeciones en España y el maltrato institucional que ello pudiera suponer; y con la intención de mejorar los cuidados a las personas dependientes, basando sus principios en el respeto, la ética, la atención individualizada y la calidad en la gestión.

Los diferentes miembros que configuran y colaboran con la fundación son tanto instituciones públicas como privadas, organismos que promueven la Responsabilidad Social y la Ética en los Cuidados, así como entidades cuya misión está alineada con la Fundación Cuidados Dignos.

La Fundación Cuidados Dignos tiene como **MISIÓN** sensibilizar y promover el desarrollo de la **Calidad de Vida** de las Personas Dependientes entre los diferentes agentes sociales que están en contacto con ellas (profesionales del cuidado, familiares y organismos públicos) mediante la investigación, creación y difusión de **nuevos métodos de cuidados que promuevan sus derechos fundamentales** y favorecer la orientación de los centros sociosanitarios hacia el **cuidado individualizado y personalizado, centrado en las necesidades y preferencias de la persona cuidada**.

Los **OBJETIVOS** fundamentales que persigue la Fundación Cuidados Dignos son:

- **Sensibilizar** a las Instituciones Públicas y a la Sociedad en general acerca de la importancia de ofrecer a las personas dependientes cuidados que garanticen sus derechos y su dignidad.
- **Innovar**, Investigando y Desarrollando nuevas formas de cuidado de las personas dependientes que garanticen su dignidad y mejoren su Calidad de Vida.
- **Transmitir el Conocimiento** ofreciendo a las entidades públicas y privadas y a toda la sociedad, el Know-How de la Fundación.
- **Promover la Calidad de Vida** en los grupos socialmente desfavorecidos: Personas dependientes, minusválidas, mayores,....
- **Promover el Respeto, la Dignidad y la Ética en los Cuidados** a las personas dependientes tanto a nivel institucional como a domicilio.
- **Promover la Excelencia en la Gestión de Cuidados** en centros residenciales y sociosanitarios.
- **Promover la Formación de Profesionales del ámbito Sanitario y del Sociosanitario.**
- **Promover la Formación de las Personas Cuidadoras** (Formales e Informales) de personas dependientes.

Colaboración

La elaboración de esta guía es un trabajo conjunto iniciado tras el interés y sensibilidad que Nutricia ha mostrado en tratar el tema del uso de sujeciones físicas y químicas en personas mayores y/o dependientes. Un tema que la mayor parte de la opinión pública desconoce y que pretendemos hacer visible con el objetivo de reducir su uso, tanto en personas usuarias de centros sociosanitarios, como en personas mayores y/o dependientes que son cuidadas en el domicilio. La mejora de la nutrición propuesta por Nutricia se complementa perfectamente con la filosofía de cuidados promovida por la Fundación, trabajando ambas organizaciones con el espíritu de mejorar la Independencia, la Recuperación, la Dignidad y la Calidad de Vida de estas personas mayores y/o dependientes.

Nutricia establece un marco de colaboración con el Proyecto Libera-Ger de la Fundación Cuidados Dignos para la elaboración de esta guía en la que se desarrollan los aspectos más relevantes de la Metodología Libera-Ger en la que está basada.

Ambas instituciones consideramos que la reducción en la prevalencia de uso de sujeciones en personas mayores y/o dependientes supone un avance importante en la defensa de derechos fundamentales como son la libertad y la dignidad, así como en el fomento de la Atención Centrada en la Persona y modelos de cuidado basados en el desarrollo de la Calidad de Vida.

2

INNOVACIÓN SOCIAL





2. Innovación social

Hoy en día ya no cuesta defender que Innovación no es solamente **Innovación Tecnológica**.

Muchos opinan que la Innovación es un valor que debemos de integrar en nuestro desarrollo humano y socializarlo de forma que lleguemos a impactar sobre las personas y conseguir movilizarlas para lograr cambios en la humanidad. Y es que la Innovación es aplicable a cualquier actividad humana que tenga como objetivo que los beneficios que reporte, revertan al conjunto de la comunidad local y a la sociedad en general. Y así, hablamos ya de **Innovación Social**, que complementa a la Innovación Tecnológica y permite actuar generando nuevas respuestas, nuevas soluciones, a **retos y problemáticas** que surjan de causas de cualquier índole social.

Y en este contexto, se interpretan las propuestas de esta Guía como Innovación Social que buscan “cambiar” las formas de cuidar y revertir su beneficio en la sociedad partiendo de sus **4 FUNDAMENTOS INNOVADORES**:

1) Mejora de la **Salud de la persona cuidada**:

Tanto en las organizaciones dedicadas al cuidado como en el cuidado en el domicilio y con la cercanía de la familia, podemos observar los siguientes beneficios en la salud de las personas cuidadas:

2) Mejora de la **Motivación y Satisfacción** de las personas que cuidan, sean trabajadores de centros, profesionales en el domicilio o familiares que cuidan y como consecuencia, mejora de la **Calidad** de los cuidados:

- Estudios realizados en Estados Unidos por el QIO (Organización de Mejora de la Calidad) y el Prof. Dr. Jan PH Hamers de la Universidad de Maastricht, permiten interpretar que quienes trabajan en centros en los que se utilizan sujeciones, muestran mayor grado de desmotivación por el uso de sujeciones para el control de conductas inapropiadas.
- Los resultados del Estudio Libera-Ger 2006 – 2008 muestran:
 - a) Una mejora en los resultados del Inventario de Burnout de Maslach por parte de quienes trabajan en el centro.
 - b) Las y los trabajadores refieren “sentirse” más satisfechos porque perciben que su trabajo tiene más sentido.

Beneficios Físicos:	Beneficios Psicoemocionales:	Beneficios Sociales:
Disminución de: • Riesgo de caídas • Úlceras por presión • Autolesiones • Infecciones • Estreñimiento • Atrofia y debilidad • Riesgo de traumatismos en la piel • Riesgo de contracturas musculares • Riesgo de edema • Riesgo de disminución de la densidad ósea (con menor susceptibilidad para las fracturas) • Riesgo de sobrecarga cardíaca Mejora de: • Apetito • Tono muscular • Movilidad, coordinación y equilibrio (Aprenden a caerse)	Desaparición de estados psicoemocionales ligados al uso de sujeciones: • Agitación • Agresividad • Angustia • Ansiedad • Apatía • Confusión • Depresión • Desesperanza • Deterioro cognitivo • Ira • Miedo-pánico • Trastorno confusional • Vivencias y recuerdos traumáticos • Sensación de atrapamiento	Desaparición de vivencias sociales ligadas al uso de sujeciones: • Vergüenza-humillación • Sentimientos de Aislamiento y Deshumanización • Pérdida de autonomía-dependencia Recuperación del rol social dentro del grupo de personas usuarias (recuperación de la “imagen social”).
El NO USO DE SUJECIONES implica un menor riesgo de caídas y que éstas, si se producen, tengan como consecuencia lesiones de menor gravedad.		

(Adaptado de: *Manual para la aplicación y buen uso de medidas de restricción física en Residencias de Personas Mayores*, Joanne Rader, Nursing Home Quality Initiative, Antonio Burguño y elaboración propia de la Norma Libera-Ger).

3) En los centros de atención, mejora de la Satisfacción de los familiares y, como consecuencia, de la **imagen del centro:**

Las familias reaccionan mejor ante las caídas:

- Cambian su forma de pensar: Perciben las caídas como un “riesgo controlado” que están dispuestos a correr a cambio de la Calidad de Vida, porque saben que si se producen, será en un contexto No Negligente y en un ambiente Seguro con Garantías de Cuidado.
- Debido al hecho de que se trabaja en colaboración con las familias, tanto gestores/as como trabajadores/as del centro, perciben que el riesgo de que se produzcan litigios legales o demandas judiciales se reduce de manera significativa, de forma que dicho riesgo deja de ser el factor fundamental que condiciona las opciones de tratamiento adoptadas por la organización.

4) En los centros de atención, la puesta en marcha de las propuestas de esta Guía, **no implica costes adicionales de explotación:**

- Las soluciones de trabajo planteadas se desarrollan a partir de los medios tanto humanos como técnicos de los que el centro ya dispone.
- Estudios realizados en Estados Unidos y Europa corroboran que el no uso de sujeciones no requiere un incremento de personal.
- El Estudio Libera-Ger 2006-2008 demuestra el no incremento de costes de explotación asociados a la implantación de la metodología No Sujeciones; más bien al contrario, se asocia a una reducción de costes porque reduce los efectos adversos provocados por las sujeciones en las personas cuidadas.

3

CAMPO DE APLICACIÓN





3. Campo de Aplicación

Esta Guía está dirigida a centros, instituciones y organizaciones que ofrecen atención sanitaria y sociosanitaria a personas dependientes:

- Residencias de personas mayores.
- Centros de Día para personas mayores.
- Centros Sociosanitarios.
- Viviendas Comunitarias.
- Pisos Tutelados.
- Centros Psicogeriátricos.
- Hospitales Psiquiátricos.
- Hospitales de Media y Larga Estancia.
- Otros centros de Atención Continua a personas dependientes.

Además se incorpora un apartado específico para personas cuidadoras no profesionales y familiares que atienden a las personas dependientes en los domicilios.

4

MODELO DE ATENCIÓN Y MODELO DE GESTIÓN

CÓMO SE ELIMINAN LAS
SUJECCIONES EN LOS
CENTROS QUE CUIDAN
PERSONAS DEPENDIENTES





4. Modelo de atención y modelo de gestión

Como hemos dicho en el capítulo La Guía en el apartado Definiciones, la gestión de las sujeciones se desarrollará desde la perspectiva del MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA, que a su vez se alcanzará a través del desarrollo del MODELO DE GESTIÓN VIDA Y PERSONA.

4.1. MODELO DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA (ACP)

El modelo de atención centrado en la persona pone en el centro de su intervención a la persona frente a otros modelos en los que priman los intereses de la organización o los de los profesionales, relegando en ocasiones a la persona usuaria a un segundo plano.

En la atención centrada en la persona, el centro de la atención es la persona cuidada, prestando especial atención a su dignidad, su bienestar, sus derechos, sus preferencias,... se trata de que la persona cuidada sea el eje vertebrador del cuidado que se le va a ofrecer.

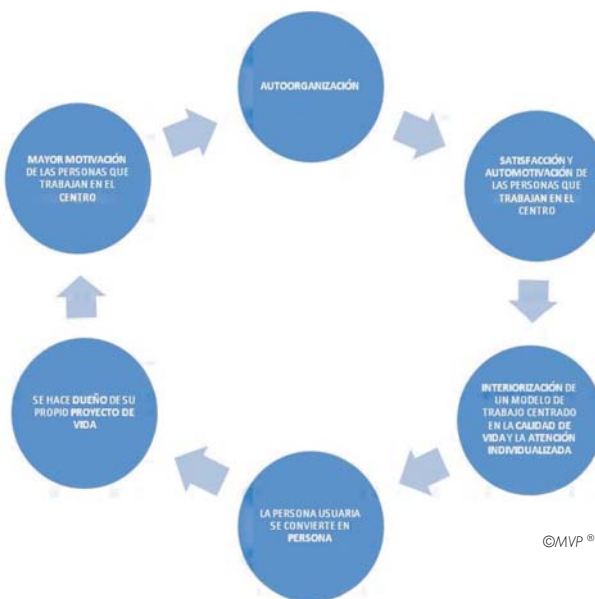
Para este modelo, la atención personalizada desde el fomento de la autodeterminación y la independencia, la privacidad y confidencialidad, la participación de la familia en el cuidado,... son aspectos del cuidado básicos y fundamentales. Los servicios sociosanitarios se consideran apoyos que ayudan a alcanzar el bienestar y favorecen la continuidad del proyecto de vida de cada persona usuaria. No se trata de servicios que se limitan a atender y cuidar a la persona, sino que son elementos que ofrecen una atención integral, posibilitando que la persona cuidada continúe siendo quien planifique y tome decisiones sobre su propia vida.

Es fundamental que la gestión de las sujeciones se realice desde el enfoque de la Atención Centrada en la Persona. Las sujeciones se quitan individualmente, una a una, y para ello es necesario valorar la aplicabilidad de dicha medida o su eliminación desde las Necesidades, Preferencias e Historia de Vida de la persona en cuestión.

4.2. MODELO DE GESTIÓN VIDA Y PERSONA (MVP)

EL Modelo Vida y Persona, es un Modelo de Gestión creado con el objetivo de que el centro desarrolle un Modelo de Atención holístico en el que el servicio que se presta esté enfocado desde las Necesidades y Preferencias de la persona mayor y su familia.

El MVP sienta las bases de gestión que permiten que el centro trabaje desde la ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA (ACP).



Resulta muy difícil que un centro desarrolle con éxito un Modelo de Atención como el modelo de ACP, sin un Modelo de Gestión previo que lo facilite. De ahí la propuesta de gestión que supone el Modelo Vida y Persona.

Se trata de un **conjunto de claves, ideas, fuerza y despliegue de diversas capacidades**, que se muestran como un modelo, como un “modo de hacer” que se puede seguir; pero no entendiéndolo como un molde para hacer copias, sino como un ejemplo que puede servir de guía para que una organización a través de la **Autoorganización** basada en el **Desarrollo de las Personas** que trabajan en ella y en su **Empoderamiento**, vaya generando una nueva manera de trabajar orientada hacia la **Calidad de Vida** y los **Cuidados Individualizados, Personalizados e integradores de los Derechos de las personas mayores y sus familias**, lo que a su vez conducirá al **Empoderamiento** de cada una de las **Personas Mayores** que viven en el centro residencial haciéndolas Dueñas de su propio Proyecto de Vida con independencia de su competencia.

4.3. PASOS DEL MVP:

PRIMER PASO.

Fortalecer la Gestión del centro a través de la Gestión de Calidad, de Modelos de Excelencia, el desarrollo de la Responsabilidad Social, un modelo de Gestión Ética, desarrollo del Conocimiento y la Innovación, así como de la Calidez de la Gestión.

SEGUNDO PASO.

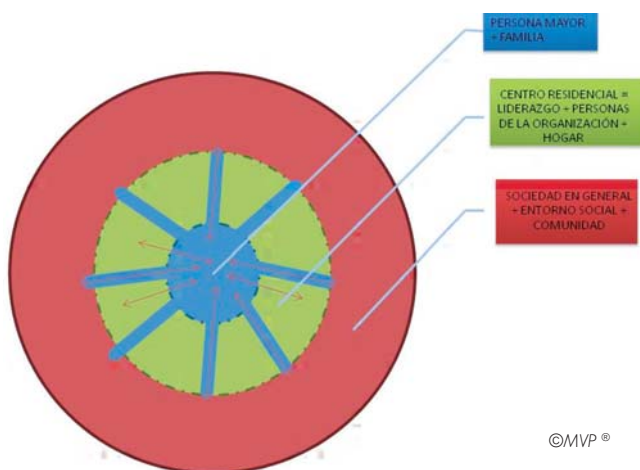
Una vez que el centro posee una gestión fuerte sobre la que asentarse, se trabaja el segundo paso, la Generosidad de las Personas Trabajadoras a través de su Empoderamiento. Un Personal empoderado que puede decidir cómo quiere trabajar; se encuentra más motivado y es más generoso para intervenir en un modelo de cuidado en el que frente a la primacía de sus propios y legítimos intereses, ya sean profesionales, laborales u organizacionales, el centro no es él, “el centro” es la persona mayor;

TERCER PASO.

Se Empodera a la persona usuaria para que pueda decidir y gestionar su día a día, su vida, siendo de esta manera dueña de su propio proyecto vital; con ella, si la persona lo desea, se da también poder a su familia, a sus seres más cercanos y queridos para que participen en dicho proyecto vital.

CUARTO PASO.

Una vez que contamos con una gestión fuerte del centro, personal empoderado que es generoso y una persona mayor y su familia que participan en dicha gestión, vencemos las resistencias que la estructura organizativa pueda generar y que pueden hacer que el centro de atención no sea la persona cuidada,....., y así se cierra el círculo y surge la punta del Iceberg, la atención individualizada necesaria para gestionar el uso de sujeciones físicas y químicas.



©MVP®

5

METODOLOGÍA DE ELIMINACIÓN DE SUJECIONES (MES)

CÓMO SE ELIMINAN LAS
SUJECIONES EN LOS
CENTROS QUE CUIDAN
PERSONAS DEPENDIENTES



5. Metodología de Eliminación de Sujeciones (MES)

La metodología que se presenta en esta Guía está basada en la Metodología de la Norma Libera-Ger desarrollada por la Fundación Cuidados Dignos en la que se desarrollan un conjunto de principios generales que permiten implantar y evaluar el Sistema de Gestión y Control de Sujeciones en centros de atención sociosanitaria. La Metodología Libera-Ger proporciona las reglas que han de seguirse para garantizar una rigurosa gestión de las sujeciones restrictivas y la posibilidad de su eliminación (sin abandonar la seguridad de la persona cuidada) en el centro o módulo en el que se desee implantar.

La Metodología de Eliminación de Sujeciones (MES) es un proceso sistémico y global de modificación de la cultura del centro y de su modelo de gestión, que incide sobre:

– Cuatro **Áreas de Gestión**:

- Cambio cultural “No Sujeciones”.
- Desarrollo de la Motivación de Personas (Liderazgo + Gestión por Valores).
- Desarrollo de la Concienciación + Colaboración de Familiares y Personas Usuaras.
- Protocolo de Caídas y No Caídas.

– **Dianas**: Personas sobre las que incide directamente el trabajo desarrollado en la metodología y sobre las que se debe realizar el “cambio de cultura hacia las no sujeciones restrictivas”:

- Dirección.
- Personas que trabajan en el Centro.
- Personas Usuaras.
- Familiares.

De modo que mediante este modelo de eliminación de sujeciones se pretende actuar sobre las cuatro **áreas de gestión** incidiendo en determinadas **dianas** mediante una **metodología** determinada.

El objetivo de la **MES** es dotar a la organización del **Sistema de Gestión y Control de Sujeciones Restrictivas**. La metodología sienta las bases de la transformación

estratégica del centro, basándose en una filosofía de mejora continua, desarrollo de las personas y consolidación de un liderazgo transformacional, que conduce a una modificación de la cultura de la institución hacia la Cultura No Sujeciones y que contiene las siguientes características:

- Es profunda y generalizada y afecta a toda la institución.
- Es intencionada y continua (en el tiempo).
- Requiere que la calidad, el desarrollo de las personas y la seguridad de la persona usuaria formen parte de lo procesos de la organización.
- Está impulsada desde el Plan Estratégico del centro.
- Y requiere de una “hoja de ruta” y un plan de desarrollo.

Aunque no es necesario, para que una organización pueda caminar hacia la eliminación de sujeciones, es recomendable que cuente con un sistema de gestión consolidado, que junto con la política y cultura de gestión basada en el desarrollo de las personas que aporta la MES, ofrezca solidez a la organización.

En el Libera-Ger Iceberg se representa la Metodología Libera-Ger: Por un lado está el mar que “da forma” al iceberg; por otro lado está la parte sumergida del propio iceberg que contiene el Círculo de las Áreas de Gestión y cuya puesta en práctica es la que permite el **control y eliminación de las sujeciones restrictivas con garantías**; y lo único que la clientela final ve (la persona usuaria, su familia, la sociedad) es la punta del iceberg, el control/eliminación de sujeciones restrictivas, que es el resultado de la transformación, menos visible, sumergida y oculta realizada en la organización.



Libera-Ger Iceberg: Representación gráfica de la **Metodología Libera-Ger**

6

DEFINICIONES DE LA GUÍA

CÓMO SE ELIMINAN LAS
SUJECIONES EN LOS
CENTROS QUE CUIDAN
PERSONAS DEPENDIENTES





6. Definiciones de la Guía

Equipo Líder: Es la persona o conjunto de personas que dirigen y guían el cambio de cultura de la organización, trabajando con las **Personas**. Está compuesto como mínimo por el **Líder** (quien coordina y guía el **Equipo Líder**); lo ideal es que el Líder sea el/la director/a de la organización, pero en caso de no serlo, estará respaldado en su liderazgo por él/ella. Que quien representa a la Dirección de la organización forme parte del **Equipo Líder** y/o respalde su liderazgo, es sumamente importante puesto que la eliminación de sujeciones supone un cambio estratégico que debe de nacer desde la dirección.

Líder: Es la persona que está considerada como líder natural por la organización y posee la suficiente sensibilidad, implicación y profundo compromiso personal respecto al cambio de cultura en el uso de sujeciones restrictivas.

Personas: Cuando la Guía hace referencia a las **Personas**, se trata de todas las personas que forman la organización, a excepción de quienes forman el **Equipo Líder**.

Organización: Es el conjunto de personas formado por el **Equipo Líder** y las **Personas**.

Auxiliar Responsable de Caídas/Sujeciones (ARCS): Se trata de un miembro del equipo de auxiliares de cada turno de trabajo designado por el centro. Responsable de realizar el Control de Sujeciones y de las tareas que el Protocolo de Caídas y No Caídas especifica para esta figura.

Equipo Médico: Legalmente es quien tiene la responsabilidad de pautar tanto las sujeciones restrictivas químicas como las sujeciones restrictivas físicas. A pesar de que el centro posea un Comité de Movilidad y Caídas que pueda tratar alternativas a las sujeciones restrictivas, el Equipo Médico es la figura responsable última legal de pautar las sujeciones restrictivas y de tomar la decisión de eliminarlas.

Comité de Movilidad y Caídas: Este comité, liderado por el **Líder**, será junto con el **Equipo Líder**, el promotor de la transformación del centro hacia la Cultura "No Sujeciones". Es un grupo interdisciplinar constituido por la figura de **Líder** y una persona representante de cada uno de los departamentos de atención directa.

La función de este comité:

- Función principal: Órgano promotor de la creación de una **CULTURA DE LA MOVILIDAD**:
 - Evaluando el estado de la movilidad y estimulando y favoreciendo el mantenimiento y potenciación de la movilidad de las personas que viven en el centro.
 - Estimulando la creación de espacios que favorezcan una deambulación segura.
- Servir de órgano asesor (no necesariamente vinculante) del Equipo Médico en las siguientes áreas de trabajo:
 - Gestión de Sujeciones Restrictivas (físicas y químicas).
 - Gestión de Caídas.
 - Gestión de Comportamientos Disruptivos.

Centro No Sujeciones y Centro Libre de Sujeciones: Esta Guía desliga el término **Centro No Sujeciones** del término **Centro Libre de Sujeciones**. Un Centro No Sujeciones no necesariamente tiene que ser un Centro Libre de Sujeciones, aunque su progresión normal le conducirá a que lo sea, puesto que se entiende que sólo un Centro No Sujeciones puede llegar a convertirse en un Centro Libre de Sujeciones.

La MES considera que un **CENTRO NO SUJECIONES es un centro con CULTURA NO SUJECIONES**: Se trata de un centro que tiene interiorizada una CULTURA DE TRABAJO DE NO UTILIZACIÓN DE SUJECIONES Y DE SÍ DESARROLLO CONSTANTE DE ALTERNATIVAS A ELLAS en el cuidado de las personas dependientes, lo que le permite trabajar sin utilizar Sujeciones, ni de forma habitual, ni de forma episódica.

Desde esta Guía se quiere, pues, recalcar, que lo importante es que el centro alcance primero una CULTURA DE CONTROLAR LAS SUJECIONES Y GESTIONARLAS, para pasar posteriormente a una CULTURA DE NO UTILIZAR SUJECIONES Y DE GENERAR ALTERNATIVAS A ELLAS, porque será esa cultura, la que una vez madura, permitirá que sean las propias Personas que trabajan en el centro quienes no vean nunca más la necesidad de utilizarlas y conviertan al centro, si es posible, en un CENTRO LIBRE DE SUJECIONES.

7 ASPECTOS A TRABAJAR POR PARTE DEL CENTRO

CÓMO SE ELIMINAN LAS
SUJECIONES EN LOS
CENTROS QUE CUIDAN
PERSONAS DEPENDIENTES





7. Aspectos a trabajar por parte del Centro

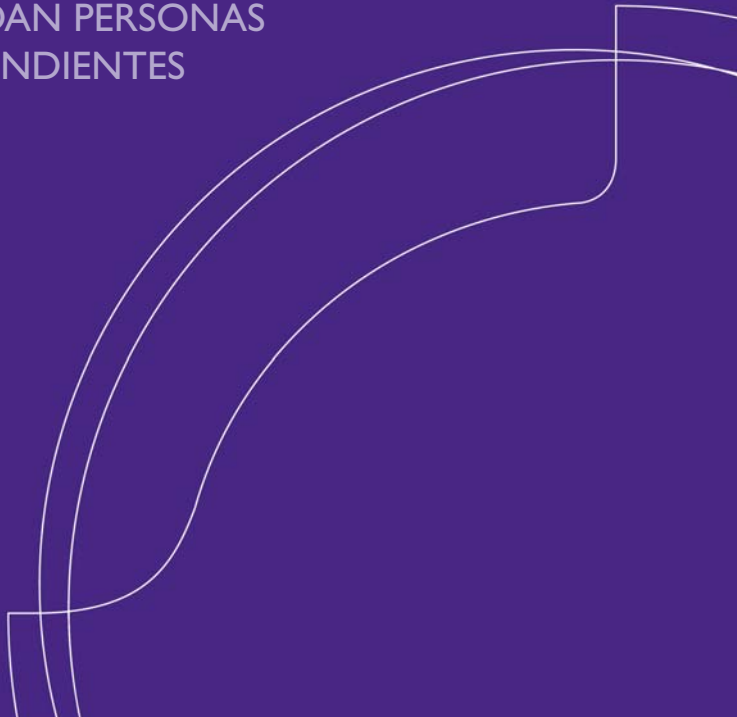
Con el objetivo de desarrollar con éxito la eliminación de sujeciones, se recomienda que el centro trabaje e intente implantar y profundizar sobre los siguientes aspectos relativos a la gestión:

- Modelo de Atención Centrada en la Persona:
 - *Kitwood, T (1997). “Dementia reconsidered; the person comes first”.*
 - *Martínez Rodríguez, Teresa. “Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia”.*
- Modelo de Gestión Vida y Persona:
 - Modelos de Gestión: *Garantía de Calidad - Kalitatea Zainduz. Manual de aplicación en residencias para personas mayores. Centro de Documentación y Estudios de la Fundación EGUIA-CAREAGA. 2001. Cuadernos Técnicos 2009.*
 - La participación de las personas que trabajan en el centro.
 - La participación de las personas cuidadas y de sus familias.
- Generar un modelo mental innovador que venza la rigidez al cambio.
- Gestión de la RSE dentro del modelo de gestión del centro: *Norma para la Evaluación de la Gestión Ética y Socialmente Responsable en las organizaciones. Forética/SGE 21/Versión 2008.*
- Gestión Ética:
 - Ética en los cuidados.
 - Manuales de buenas prácticas.
 - Gestión ética empresarial.
 - Derechos de las Personas Mayores: *Los Derechos de las Personas Mayores y la Prevención del Maltrato. Francisco Javier Leturia y Nerea Etxaniz (Fundación Matia). Ararteko 2009.*

8

ÁREAS DE GESTIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ELIMINACIÓN DE SUJECIONES (CENTROS SOCIOSANITARIOS)

CÓMO SE ELIMINAN
LAS SUJECIONES EN
LOS CENTROS QUE
CUIDAN PERSONAS
DEPENDIENTES



8. Áreas de gestión de la metodología de eliminación de sujeciones (Centros Sociosanitarios)

Desarrollo de las cuatro Áreas de Gestión:

A. CAMBIO DE CULTURA “NO SUJECIONES”

Es importante matizar que el proceso de eliminación de sujeciones no es un proceso en el que simplemente se ofrecen alternativas a ese uso de sujeciones, sino que implica un cambio en la cultura de la organización y en su percepción de las sujeciones, un cambio en sus comportamientos y sobre todo, un cambio en el concepto de cuidado. De ahí la insistencia en trabajar desde el Modelo de Atención Centrada en la Persona y un modelo de atención Holístico.

La organización deberá realizar un esfuerzo en cambiar la cultura de trabajo encaminándola hacia la percepción de las sujeciones como última alternativa.

A) 1. HACIA EL CAMBIO CULTURAL, VENCER LA RIGIDEZ AL CAMBIO:

1) DOCUMENTO DE COMPROMISO

Es aconsejable que la **Dirección** se comprometa con este cambio de cultura mediante un documento escrito que difunda a toda la organización. El objetivo de este documento es que la organización vea que la dirección está comprometida en este cambio cultural sistémico y se sienta respaldada por ella. Es aconsejable que el documento conste de los siguientes apartados:

- Cómo define el centro las sujeciones restrictivas y los tipos de sujeciones restrictivas que utiliza.

- Identificación de las indicaciones y contraindicaciones del uso de sujeciones restrictivas en el centro.
- Resumen descriptivo a modo de proceso de los aspectos más relevantes de la MES, especificando responsables en cada uno de ellos; se trata de informar a todas las Personas de la organización sobre:
 - 1) Comité de Movilidad y Caídas.
 - 2) Control y Revisión de Sujeciones. En este sentido es importantísimo identificar la/s persona/s responsable/s de indicar y retirar una sujeción restrictiva y de controlar su gestión.
 - 3) Gestión de Incidencias.
 - 4) Gestión de Caídas - Protocolo de Caídas y No Caídas.
- Identificación de las alternativas existentes para evitar el uso de sujeciones restrictivas. Ejemplos:
 - 1) Silla baja para personas que presentan dificultades en equilibrio y marcha e intentan constantemente ponerse en pie. Al tratarse de una alternativa que dificulta que la persona pueda levantarse, posibilita que la persona descansa y a su vez que los cuidadores tengan tiempo de acudir en su ayuda antes de que se produzca una caída.
 - 2) Camas bajas para evitar el uso de barras de cama.
 - 3) Sensores de movimiento, presión,... para detectar si la persona se ha levantado de la cama o sillón.
 - 4) Cámaras de videovigilancia que ayudan en la vigilancia de zonas comunes.
 - 5) Utilización de protectores de cadera, coderas, cascos,... en personas que sufren caídas de repetición con los que se pretende reducir la gravedad de las posibles lesiones que se puedan producir a consecuencia de ellas.
 - 6)...
- Descripción del proceso de divulgación de esta Guía de Eliminación de Sujeciones y sus evaluaciones periódicas a toda la organización.

2) CULTURA DE PROTECCIÓN LEGAL:

Esta cultura hace referencia al hecho de que todas las Personas que trabajan en la organización deben "ser conscientes e interiorizar profundamente que el sector sanitario y sociosanitario es muy susceptible de recibir denuncias por diferentes motivos". Ser conscientes de este hecho hace que todas las Personas procedan de forma más rigurosa y profesional, siempre que no se les infunda miedo o indefensión y se especifique claramente cuál es la forma adecuada de gestionar las incidencias susceptibles de generar denuncias. Y a pesar de que pueda resultar pesado documentar todas las acciones llevadas a cabo por el centro, es recomendable hacerlo desde esta perspectiva de protección legal. Esta cultura es habitual en otros países (p. e. en Inglaterra),

donde el registro de estos documentos con el propósito de proteger legalmente al centro y a sus profesionales está muy extendido.

Es aconsejable que el **Equipo Líder** y la **Dirección** elaboren y difundan una NORMA DE TRABAJO DE GESTIÓN DE INCIDENCIAS en la que se recoja el procedimiento adecuado ante diferentes situaciones problemáticas y comprometedoras que puedan producirse en el centro.

Las personas implicadas en esta Cultura de Protección Legal son:

- El **Equipo Líder** y la **Dirección** que elaborarán y difundirán una NORMA DE TRABAJO DE GESTIÓN DE INCIDENCIAS en la que se recoja el procedimiento adecuado ante diferentes situaciones problemáticas y comprometedoras que puedan producirse en el centro.
- El **Personal Médico**.
- Las **Personas**.
- Las **Familias y Personas Usuarías**: El Equipo Líder debe de buscar su apoyo a la nueva Cultura No Sujeciones y su complicidad; la colaboración de las familias y las personas usuarias “protege al centro” porque le hace menos “objeto” de denuncias. Se considera que la entrega del Programa de Gestión y Control de Sujeciones (ver más adelante) a las familias favorece que se dé, este apoyo y complicidad.

3) DIFUSIÓN DE LA CULTURA NO SUJECIONES:

- a) FORMACIÓN EN CULTURA NO SUJECIONES: Es conveniente que el Equipo Líder se forme en la Cultura No Sujeciones y difunda esta cultura a toda la organización.
- b) MODELO MENTAL INNOVADOR: Se recomienda que el Equipo Líder favorezca el desarrollo de un Modelo Mental Innovador y un Liderazgo capaz de vencer la Rigidez al Cambio.
- a) TRANSMISIÓN DE UN NUEVO MODELO MENTAL “NO SUJECIONES”:
El Equipo Líder debe profundizar en el desarrollo del Cambio de Cultura “No Sujeciones” en toda la Organización y en los Familiares y Personas Usuarías:
 - 1) Transmitiendo a toda la Organización esta nueva “forma de ver las cosas”, que favorece la generación de una visión negativa del uso de sujeciones restrictivas y una visión positiva del No Uso de Sujeciones.
 - 2) Debe impregnar a toda la organización en esta cultura de prevención de caídas y utilización de alternativas seguras que evitan el uso de sujeciones restrictivas.
 - 3) Debe buscar la “complicidad” de las familias.

Para tal fin, trabajará tanto con las Personas como con las Personas Usuarías y Familiares, generando pequeños grupos en los que se distribuirá literatura

sobre la eliminación de sujeciones restrictivas, se crearán debates en torno a las inquietudes que genera esta nueva cultura de trabajo, etc.

4) DIARIO:

Se trata de una herramienta, un Libro Diario, que TODAS LAS PERSONAS que trabajan en el centro utilizan para transmitir información tanto al Comité de Movilidad y Caídas como a toda la organización:

- Es muy importante utilizar un documento de estas características en una Cultura “No Sujeciones” puesto que al permitir compartir la información entre las Personas de la organización, presenta un carácter preventivo y creativo alternativo:
 - Prevención de caídas.
 - Creación de alternativas al uso de sujeciones.
- En él se anota información relativa a Sujeciones, Caídas y Comportamientos Disruptivos, pudiendo recogerse:
 - Riesgos, cambios y problemas que se observan en las personas usuarias en el día a día.
 - Diferentes alternativas que funcionan y no funcionan con cada persona usuaria.
 - Preocupaciones, dudas, ideas,... sobre las rutinas diarias y necesidades de las personas usuarias.
- Todas las Personas que trabajan en la organización (personal sanitario, auxiliar, limpieza, cocina,...) participarán en la elaboración del diario.
- El Equipo Líder se encargará de animar a todas las personas que trabajan en el centro a que participen en el mantenimiento de esta valiosa herramienta de comunicación entre diferentes departamentos.
- La información recogida en el diario se gestionará en el Comité de Movilidad y Caídas.

5) DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS SUJECIONES-RESTRICCIONES:

Es recomendable que las personas usuarias del centro realicen un Documento de Voluntades Anticipadas puesto que posibilita que se preserven sus derechos en situaciones futuras en las que no dispongan de la capacidad de comunicar dichas voluntades. (Consultar: http://www.areatres.org/Clientes/vol_antic.htm).

Este documento resulta, por varios motivos, una gran ayuda en la toma de decisiones respecto al uso o no de sujeciones:

- El personal sanitario conoce los deseos de la persona respecto al uso de sujeciones (tipos de sujeciones que acepta o rechaza, alternativas a las su-

jeciones que acepta o rechaza, situaciones en las que acepta o rechaza las sujeciones o las alternativas a éstas,...)

– Es una herramienta muy útil en lo relativo a la protección legal.

6) PROCESO DE ELIMINACIÓN DE SUJECIONES:

La eliminación de sujeciones resulta muy complicada si lo iniciamos retirándoselas a las personas que las utilizan desde hace mucho tiempo; por ello y para que el proceso resulte más fácil y se obtengan mejores resultados, lo aconsejable es seguir los siguientes pasos:

- a) Paso 1: Iniciar el proceso de eliminación de sujeciones centrándose en los nuevos ingresos, no utilizando sujeciones en estas personas, incluso haciendo el esfuerzo de eliminar desde el primer día las sujeciones que traen de casa, del hospital,... Eliminar estas sujeciones es más sencillo y resulta un elemento motivador para la organización.
- b) Paso 2: Se trata de trabajar individualmente con cada una de las personas en las que se utilicen sujeciones, siempre empezando por aquellos casos que consideremos más fáciles adquiriendo paulatinamente un mayor grado de conocimiento y confianza, lo que permitirá abordar posteriormente los casos más difíciles. Se recomienda dejar las situaciones más complicadas para el final, para cuando el Equipo Líder y la organización en general dispongan de herramientas, creatividad y motivación suficientes para hacer frente a ellas.

A) 2. CREACIÓN DE UN COMITÉ DE MOVILIDAD Y CAÍDAS (CMC):

1) CONSTITUYENTES: Ver apartado Definiciones.

2) FUNCIONES: Ver apartado Definiciones.

A) 3. EL PERSONAL MÉDICO:

Uno de los objetivos de la MES es la mejora de la salud de las personas usuarias. En este sentido, las cuatro ÁREAS SANITARIAS en las que el Departamento Sanitario debe trabajar intensamente con cada persona usuaria son:

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Ver más adelante apartado SUJECIONES QUÍMICAS.
- DIETA: Una dieta correcta y equilibrada asegura un estado funcional óptimo y favorece una deambulación segura; debe ser una dieta variada e individualizada.
- MOVIMIENTO: Basar las actividades y programas cotidianos en una cultura de libertad de movimiento, no restrictiva–permisiva, tolerando la deambulación, fomentando programas de rehabilitación y favoreciendo el ejercicio físico.
- VITAMINA D: Tiene efecto en la prevención de caídas y fracturas.

Relacionado con la Cultura de Protección Legal (que hemos desarrollado en el punto A) 1–2)), cuando se paute o se retire una sujeción, el Personal Médico pedirá el Consentimiento Informado al paciente o su familia/tutor:

A) 4. CONTROL Y REVISIÓN DE SUJECIONES:

El centro debe realizar un **PROCESO DE CONTROL Y REVISIÓN DE SUJECIONES RESTRICTIVAS:**

SUJECIONES FÍSICAS:

MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL USO DE SUJECIONES:

Debido a los problemas que pueden surgir durante el uso de sujeciones físicas, la organización debe asegurarse de que las siguientes advertencias de seguridad sean conocidas por todas aquellas personas de la organización implicadas en la gestión de sujeciones físicas:

- Seguir un protocolo de uso de sujeciones en el que se establezca el control de éstas desde un punto de vista multidisciplinar.
- Formar a todos los profesionales que participan en el control y gestión de las sujeciones, haciendo especial hincapié en los riesgos que conlleva su uso.
- Uso correcto de las sujeciones: Utilizar dispositivos homologados, seleccionar el más adecuado a cada persona y seguir todas las advertencias de seguridad del proveedor.
- En pacientes sentados, utilizar chalecos o cinturones con un accesorio perineal que asegure la sujeción pélvica e impida el deslizamiento.
- No utilizar barras laterales en pacientes de riesgo. La alternativa a dichas barras puede ser bajar la posición de la cama.
- Verificar que los componentes de la cama son compatibles entre sí y que todas las medidas se ajustan a los parámetros de seguridad.
- Utilizar accesorios para rellenar posibles zonas de riesgo de aprisionamiento y proteger las barras laterales para minimizar los golpes contra ellas. Realizar un mantenimiento periódico, tanto del mobiliario como de las sujeciones.
- Mantener un control frecuente y sistemático. No aislar a la persona en una habitación con la puerta cerrada, mantenerla cerca del control de personal,...
- Satisfacer todas las necesidades de la persona con el fin de minimizar su intranquilidad (eliminación, alimentación, dolor, etc.). Acudir con prontitud a sus llamadas, ya que puede encontrarse en una situación de peligro.
- Las personas agitadas o inquietas no deberían ser sometidas a un procedimiento de sujeción; en el caso de aplicársele, la vigilancia tiene que ser extrema. Colocar alarmas electrónicas que adviertan de su intención de salir de la cama.
- Dado que el uso prolongado de la sujeción incrementa los riesgos, valorar periódicamente la conveniencia de seguir aplicándola. Un dispositivo que fue

eficaz en un momento dado puede resultar inapropiado a medida que cambian las condiciones de la persona cuidada.

Tomado de Emilio Fariña-López, "Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores" Rev Esp Geriatria y Gerontología. 2011; 46:36-42.

PORCENTAJE DE USO DE SUJECIONES RESTRICTIVAS:

Esta Guía pretende que la organización trabaje en la reducción de sujeciones, acercándose así al objetivo de convertirse en un Centro No Sujeciones:

Teniendo en cuenta que el punto de partida de cada organización es muy diferente (puede tratarse de un centro nuevo, un centro concienciado previamente,...) esta Guía considera que el centro debería establecer sus propios objetivos y temporalidad para conseguir transformarse en un Centro No Sujeciones. Esta metodología sugiere que, analizando la situación inicial del centro y estableciendo los objetivos en base a esa situación inicial, el uso de sujeciones tanto episódicas como habituales se reduzca de la siguiente manera:

- Situación Inicial: X% uso de sujeciones.
- Primer año de implantación de la MES: Reducir el uso de sujeciones a un 50% respecto a la situación inicial.
- Segundo año de implantación de la MES: Reducir el uso de sujeciones a un 25% respecto a la situación inicial.
- Tercer año de implantación de la MES: Reducir las sujeciones hasta alcanzar el objetivo de un porcentaje de uso de sujeciones $\leq 5\%$ de las personas usuarias con una puntuación ≤ 60 en el Barthel (personas dependientes en mayor o menor grado) y/o ≤ 20 en el MEC (personas con deterioro cognitivo en mayor o menor grado).
- A partir de este punto, el centro puede continuar desarrollando las diferentes áreas de gestión hasta alcanzar el objetivo de convertirse en un Centro No Sujeciones.

Esta Guía remite a los indicadores de uso de sujeciones físicas de la Norma Libera-Ger que el centro puede tomar como referencia a la hora de establecer sus objetivos en el proceso de reducción de uso de sujeciones. Algunos ejemplos de dichos indicadores:

INDICADOR	FÓRMULA	REFERENCIA
Porcentaje de uso de sujeciones restrictivas habituales sobre el total de personas usuarias del centro	$(\text{N}^\circ \text{ Personas Usuarías con Sujeciones Restrictivas Habituales}) / (\text{N}^\circ \text{ Total de Personas Usuarías}) \times 100$	La MES establece un máximo de un porcentaje orientativo de 5% a partir del segundo año de implantación
Porcentaje de uso de sujeciones restrictivas episódicas sobre el total de personas usuarias del centro	$(\text{N}^\circ \text{ Personas Usuarías con Sujeciones Restrictivas Episódicas}) / (\text{N}^\circ \text{ Total de Personas Usuarías}) \times 100$	La MES establece un máximo de un porcentaje orientativo de 5% a partir del segundo año de implantación
Porcentaje de uso de sujeciones restrictivas habituales sobre el total de personas usuarias dependientes y/o con deterioro cognitivo	$(\text{N}^\circ \text{ de Personas usuarias con Sujeciones Restrictivas Habituales}) / (\text{N}^\circ \text{ Personas usuarias con una puntuación } \leq 60 \text{ en el Barthel (personas dependientes en mayor o menor grado) y/o } \leq 20 \text{ en el MEC (personas con deterioro cognitivo en mayor ó menor grado)}) \times 100$	La MES establece un máximo de un porcentaje orientativo de 5% a partir del segundo año de implantación
Porcentaje de uso de sujeciones restrictivas episódicas sobre el total de personas usuarias dependientes y/o con deterioro cognitivo	$(\text{N}^\circ \text{ Personas Usuarías con Sujeciones Restrictivas Episódicas}) / (\text{N}^\circ \text{ Personas Usuarías con una puntuación } \leq 60 \text{ en el Barthel (personas dependientes en mayor o menor grado) y/o } \leq 20 \text{ en el MEC (personas con deterioro cognitivo en mayor ó menor grado)}) \times 100$	La MES establece un máximo de un porcentaje orientativo de 5% a partir del segundo año de implantación

Indicadores Norma Libera-Ger

VALORACIÓN DE LA NECESIDAD E INDICACIÓN DE USO DE SUJECIONES RESTRICTIVAS:

El personal médico (o el de enfermería, si la legislación lo permite), con el asesoramiento del CMC, deberá seguir las siguientes pautas:

- Definir el problema.
- Analizar el problema: Valorar si la causa que ha conducido a la indicación de sujeción reside en la propia persona usuaria, en el entorno, en la actitud de las personas de la organización o en la familia.
- Establecer las razones que le llevan a considerar el uso de la sujeción restrictiva:

- Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de la persona usuaria:
 - Prevención de autolesiones.
 - Prevención de suicidio.
- Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de otras personas:
 - Prevención de lesiones a otras personas usuarias, personal de atención,...
 - Peligro para la Vida del resto de personas usuarias y personal del centro: Por ejemplo, cuadros psicóticos agresivos.
- Protección de programas terapéuticos del residente y de otros (arranque de vías, sondas, catéteres, etc.).
- Necesidad de Reposo: Por ejemplo, paciente no colaborador con fractura.
 - Tratar el problema.
 - Valorar posibles alternativas a la sujeción restrictiva.
 - Realizar el Control y Revisión de Sujeciones.

SECUENCIA DE CONTROL Y REVISIÓN DE SUJECIONES:

PRIMERO: REGISTRO Y CLASIFICACIÓN DE SUJECIONES FÍSICAS:

REGISTRO Y CLASIFICACIÓN del tipo de SUJECIONES FÍSICAS:

Es importante que el centro realice un **REGISTRO Y CLASIFICACIÓN del tipo de SUJECIONES FÍSICAS** de las que dispone. La MES considera métodos de SUJECIÓN FÍSICA los siguientes:

Sujeción en Silla, Sillón Geriátrico, Silla de Ducha o Silla de Ruedas:

Sujeción en Silla: Con cierre magnético o no magnético:

- Cinturón abdominal.
- Cinturón abdominoperineal.
- Chaleco de sujeción a tronco "chaleco estándar".
- Chaleco de sujeción a tronco y periné.
- Tobilleras.
- Muñequeras.
- "Elemento atravesado": Se trata de un elemento (cinturón, cinta, hilo...) que se coloca de un lado a otro de ambos reposabrazos quedando frente a la persona usuaria e impidiendo que se levante.

Sujeción en Cama:

- Con cierre magnético o no magnético:
 - Cinturón abdominal.

- Tobilleras.
- Muñequeras.
- Sábana inmovilizadora.
- Pijamas enteros con cremallera para evitar manipulaciones.
- Barras protectoras de cama a uno o a ambos lados de la cama, impuestas con carácter restrictivo.
- Protectores cubrebarras, impuestos con carácter restrictivo.

Sujeción en la Habitación: Cerrar la puerta de la habitación impidiendo la salida de la persona usuaria.

Otros:

Manoplas.

DOCUMENTO SUJECIONES-RESTRICCIONES:

Entendiendo que las diferentes Sujeciones enumeradas más arriba pueden en ocasiones resultar Restrictivas y en ocasiones no, el centro a través de su CMC debería hacer una reflexión interna sobre:

1. Qué va a considerar sujeción restrictiva y qué no.
2. Especificar las situaciones en las que el centro considera una sujeción como restrictiva o no restrictiva.

Para ello puede resultarle útil plantearse las siguientes preguntas:

- a. ¿Cuál es el objetivo de la sujeción restrictiva, de la sujeción voluntaria,...?
- b. ¿Cómo repercute esa sujeción o restricción en la movilidad y actividad de la persona usuaria?.
- c. Confrontar las ventajas de la sujeción restrictiva frente a los riesgos que su uso supone: ¿El uso de esta sujeción restrictiva reduce algún riesgo de caída,... o lo genera?.

El CMC puede redactar el DOCUMENTO SUJECIONES-RESTRICCIONES donde recogerá sus reflexiones y definirá los puntos 1. y 2. expuestos más arriba y difundirá dicho documento a toda la organización.

SEGUNDO: LISTADO DE INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES:

El personal médico deberá realizar un listado, elaborado específicamente para su centro en función de sus necesidades y posibilidades, en el cual se especifiquen las INDICACIONES y CONTRAINDICACIONES en las que se basará el uso de cada sujeción restrictiva empleada en el centro.

El equipo médico (o el personal de enfermería, si la legislación lo permite) paupará y retirará la sujeción restrictiva física basándose en una VALORACIÓN

GERIÁTRICA completa y ciñéndose exactamente al LISTADO DE INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES que él mismo ha elaborado para el centro.

TERCERO: HISTORIAL DE SUJECIONES RESTRICTIVAS DE CADA PERSONA USUARIA:

En este historial se anotarán todas las incidencias con respecto a las sujeciones restrictivas y estará a disposición de todas las Personas, de manera que:

- El **Equipo Médico** anota: El inicio y los cambios en las pautas de la sujeción restrictiva.
- El **Comité de Movilidad y Caídas** anota: Cualquier información que considere importante como Alternativa a las sujeciones y Pautas de Trabajo Preventivas para evitar sujeciones y para prevenir caídas.

CUARTO: EXTERNALIZACIÓN DE LA ORDEN SANITARIA:

El personal médico (o el de enfermería, si la legislación lo permite) realiza una ORDEN SANITARIA DE SUJECIÓN que se externalizará a las Personas de la organización y en la que se recoge:

- INICIO DE LA PAUTA DE SUJECIÓN RESTRICTIVA:
 - Fecha en la que se pauta la sujeción restrictiva.
 - Hora en la que se pauta.
 - Causa por la que se pauta.
 - Tipo de sujeción restrictiva indicada según REGISTRO Y CLASIFICACIÓN del tipo de SUJECIONES FÍSICAS elaborado por el centro.
 - Fecha estimada de retirada de la sujeción.
 - Métodos preventivos ante posibles complicaciones tales como contracturas, heridas, lesiones,... que la sujeción restrictiva pueda producir.
- REVISIONES.
- FIN DE LA PAUTA DE SUJECIÓN RESTRICTIVA.

En SITUACIONES DE URGENCIA: La sujeción puede ser pautada por el PERSONAL DE ENFERMERÍA que en un periodo no superior a 48 horas deberá ser valorada por el facultativo.

QUINTO: REVISIÓN DE SUJECIONES RESTRICTIVAS FÍSICAS: RESPONSABLE REVISIÓN NIVEL I. El Equipo Médico o el Personal de Enfermería (este último si la legislación lo permite):

- 1 VEZ/SEMANA: Revisará si se mantiene o no la sujeción restrictiva, si la prescripción continúa siendo correcta, si se han producido lesiones a consecuencia del uso de la sujeción restrictiva... y si se mantiene la Orden Sanitaria de Sujeción (ver punto anterior).

- Se sugiere crear un archivo de control para esta revisión.

RESPONSABLE REVISIÓN NIVEL II. Personal de Enfermería:

- Realizará esta revisión con una frecuencia no superior a 3 días.
- Revisará los siguientes parámetros en la persona usuaria:
 - Estado de la piel y puntos de fricción de la sujeción restrictiva y zonas de posibles UPPs.
 - La situación física: El estado general y posibles signos o síntomas clínicos de enfermedad.
 - La situación psicológica: Si la persona soporta y tolera bien la sujeción restrictiva, si presenta agitación,...
 - Se sugiere crear un archivo de control para esta revisión.
 - Si el personal de enfermería observa alguna anomalía dentro de los parámetros analizados, notificará con urgencia al equipo médico para valorar la retirada o alternativas a esa sujeción restrictiva.

RESPONSABLE REVISIÓN NIVEL III. Auxiliar Responsable de Caídas y Sujeciones (ARCS):

- Las ARCS son las personas responsables de controlar las sujeciones restrictivas de forma diaria.
- Diariamente existe un ARCS por cada Turno de Trabajo. El centro se encargará de designarlas según su sistema de distribución de tareas y de rotación de personas.
- CADA 4 HORAS:
 - La persona ARCS revisará las sujeciones y las personas usuarias que las lleven. Revisará los mismos parámetros que revisa el personal de enfermería.
 - Realizará la revisión y cambios posturales (tanto en las personas usuarias encamadas como en las sentadas), sin perjuicio de que los cambios posturales se realicen en periodos de tiempo inferiores a las cuatro horas establecidas para la revisión de los parámetros.
- La ARCS informará al personal de enfermería o al equipo médico de los cambios que observe en la persona usuaria que pudieran ser causados por la sujeción.
- En cada turno de trabajo, la ARCS se responsabilizará de que a la persona usuaria se le retire la sujeción restrictiva y camine, en caso de poder hacerlo, al menos durante 30 minutos/turno.

SUJECIONES QUÍMICAS:

- Esta Guía considera sujeciones químicas (sujeciones restrictivas) a aquellos fármacos, fundamentalmente aquellos que actúan a nivel del Sistema Nervioso Central, y dosis, que inhiben las AVDs de la persona, limitando su capacidad funcional. No se

considerarán como sujeciones restrictivas químicas, aquellos fármacos que se utilizan para controlar la conducta de la persona y reducir el riesgo de caídas, pero que permiten que ésta pueda continuar manteniendo su capacidad funcional.

- Se respetará el principio fundamental de que los tratamientos los pautará única y exclusivamente el equipo médico (a excepción de la prescripción de fármacos que pueda realizar enfermería), no solamente respecto a los psicótrópos (sujeciones químicas) sino a todo el conjunto de fármacos que esté tomando la/el paciente. El uso inapropiado de fármacos, con independencia de que sean psicótrópos o no, puede conducir a una alteración del estado general de la persona, aumentando el riesgo de caídas,...
- Con independencia de que pueda modificar el tratamiento en el momento en el que lo considere necesario, COMO MÍNIMO CADA 3 MESES, el personal médico (y en su caso enfermería) realizará para cada paciente una Revisión de su Tratamiento, anotando tal circunstancia en un control de las sujeciones restrictivas químicas cuyo objetivo es asegurarse de que los tratamientos son revisados con cierta periodicidad.
- El personal médico (y en su caso enfermería) debe desarrollar una gestión eficaz y eficiente de las sujeciones químicas.

RECOMENDACIONES:

El uso inadecuado de los fármacos puede elevar el riesgo y número de caídas, por lo que la MES aconseja la utilización de CRITERIOS PARA UN USO CORRECTO DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES como los recogidos en Guías Farmacoterapéuticas (como lo es la incluida en la referencia bibliográfica de este documento):

- a. Prescribir el menor número posible de fármacos y a dosis terapéuticas adecuadas siempre tras haber considerado la posibilidad de utilizar alternativas no farmacológicas y menos agresivas.
- b. Optar por los fármacos más adecuados para las características individuales de cada paciente (edad, comorbilidad, fármacos prescritos, función renal y hepática...), que presenten una eficacia demostrada, toxicidad conocida y con experiencia de uso.
- c. Desde el inicio del tratamiento, se buscará la dosis mínima eficaz y aumentará progresivamente hasta llegar a la dosis óptima.
- d. Utilizar medicamentos que permitan una única dosis diaria.
- e. Utilizar los fármacos que produzcan un menor número de interacciones y reacciones adversas con los fármacos que se utilizan para tratar las patologías geriátricas más habituales.
- f. Evitar, dentro de lo posible, el uso de un elevado número de fármacos.
- g. Revisar y monitorizar periódicamente la farmacoterapia, como mínimo cada 3 meses:
 - Evitar duplicidades.
 - Evaluar los objetivos terapéuticos de la indicación.

- Valorar de forma estricta la posibilidad de aparición de efectos secundarios, no deseados y las interacciones.
- h. Ofrecer información, tanto a la persona usuaria como al personal de atención directa, respecto a la indicación del fármaco, forma de administración, el tiempo aproximado en el que se estima que pueda alcanzar la respuesta terapéutica deseada, efectos secundarios no deseados y alternativas de actuación en caso de que éstos aparezcan.
 - i. Informar a la familia sobre las estrategias terapéuticas, objetivos de control, posibles efectos secundarios y riesgos. En este caso, no se contempla el consentimiento informado porque se entiende que el tratamiento establecido por el personal médico es admitido por la familia por la confianza que genera la praxis médica.
 - j. Registrar y recoger en la historia clínica todos los tratamientos farmacológicos realizados, determinando la eficacia, efectos secundarios, tiempo de duración y dosificación.
 - k. Seguir los criterios de Beers. La aplicación de estos criterios ayuda en la toma de decisiones y es una herramienta útil para minimizar los problemas asociados al uso de fármacos en personas mayores.
 - l. Otra alternativa a los criterios de Beers es la Inappropriate Prescribing in the Elderly Tool (IPET). Pero especialmente los criterios STOPP-START (Screening Tool of Older Person's Potentially Inappropriate Prescriptions) (Screening Tool to Alert Doctors to the Right i.e. appropriate, indicated treatment) creados para intentar solventar las limitaciones que el IPET presenta.

Otras Recomendaciones:

- Definir la conducta problema (momentos, circunstancias, factores agravantes y atenuantes, consecuencias, grado de repercusión en cuidadores y otras personas usuarias,...) con el objetivo de conocer la tolerancia que tiene el centro a ese comportamiento y así poder trabajar en aras a incrementar esa tolerancia.
- Generar alternativas no farmacológicas:
 - Generar entornos seguros y confortables (iluminación, ruido ambiental, temperatura, mobiliario,...).
 - Terapias conductuales.

Esta Guía remite a los indicadores de uso de sujeciones químicas de la Norma Liber-Ager que el personal médico puede tomar como ejemplo a la hora de establecer sus objetivos en el proceso de reducción de uso de sujeciones. No se establece una referencia debido a que se consideran los indicadores como una medida de control para el personal médico, de forma que trate constantemente de mejorarlos.

INDICADOR	FÓRMULA
Nº de Personas Usuarias con uso de neurolépticos	Nº de Personas Usuarias en tratamiento con neurolépticos / Nº total de Personas Usuarias del centro.
Nª de Personas Usuarias con uso crónico de neurolépticos	Nª de Personas Usuarias en tratamiento con neurolépticos < 6 meses / Nº total de Personas Usuarias del centro.
Número Personas Usuarias con uso de benzodiacepinas (ansiolíticas o hipnóticas)	Nº de Personas Usuarias en tratamiento con benzodiacepinas / Nº total de Personas Usuarias del centro.
Nª de Personas Usuarias con uso crónico de benzodiacepinas (ansiolíticas o hipnóticas)	Nª de Personas Usuarias en tratamiento con benzodiacepinas < 6 meses / Nº total de Personas Usuarias del centro.

Indicadores Norma Libera-Ger adaptados del Protocolo de Sujeciones de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología actualmente en desarrollo (Abril 2011).

A) 5. CARACTERÍSTICAS ESPACIALES DEL CENTRO. ARQUITECTURA:

Se buscará prevenir las caídas y sus consecuencias generando un entorno que permita la deambulación segura de personas a las que se les han retirado las sujeciones. Para ello se deberán crear Espacios Seguros y con Calidad de Vida, mediante:

- 1) Modulación mental de espacios: Se trata de modular mentalmente las estancias de forma que sin necesidad de realizar modificaciones arquitectónicas, se pueda favorecer la creación de espacios seguros.
- 2) Modulación real de los espacios sin modificaciones arquitectónicas: Modificando la disposición del mobiliario, utilizando determinados graffitis o pinturas y material de señalización, de manera que se favorezca la eliminación de barreras o elementos que generen riesgo de caídas y desorientación.
- 3) Modificaciones arquitectónicas físicas.
- 4) Se recomienda realizar un registro de las modificaciones de características espaciales llevadas a cabo, así como de las alternativas espaciales de modificación del entorno puestas en práctica, con el objetivo de valorar su eficacia.

A) 6. RECURSOS TECNOLÓGICOS:

- 1) Beneficios de la tecnología:
 1. Ayuda en la prevención de las caídas y sus consecuencias generando un entorno que permita la deambulación segura de personas a las que se les

han retirado las sujeciones, gracias a que facilita la labor de vigilancia de las personas usuarias.

2. Las Personas que trabajan en el centro se sienten más seguras a la hora de realizar su labor de vigilancia, lo que les motiva para colaborar con el cambio de Cultura No Sujeciones.
 3. Es un elemento que fortalece la confianza de los familiares y personas usuarias hacia el “cambio No Sujeciones” y favorece su colaboración con la transformación del centro hacia su nueva forma de cuidar:
- 2) Se recomienda realizar un registro de las modificaciones tecnológicas llevadas a cabo, así como de las alternativas tecnológicas de modificación del entorno puestas en práctica, con el objetivo de valorar su eficacia.

B. DESARROLLO DE LA MOTIVACIÓN DE LAS PERSONAS (LIDERAZGO + GESTIÓN POR VALORES)

El cambio hacia una Cultura No Sujeciones es Estratégico, es Nuclear: Debe de nacer del núcleo, del corazón, de la estrategia del centro. Y para lograrlo, es necesario conseguir MOTIVAR A LAS PERSONAS HACIA ESE CAMBIO ESTRATÉGICO.

B) 1. FORMACIÓN DEL EQUIPO LÍDER:

- Es aconsejable que el Equipo Líder se autoforme en Motivación y Desarrollo de Personas y Dirección por Valores (o cualquier otro modelo de gestión que busque la realización de las personas que trabajan en la organización).
- Una vez interiorice la autoformación, procurará aplicar al menos algunos de los principios y modos de trabajo aprendidos en ella, buscando en todo momento “motivar y liderar” a las Personas hacia el cambio “No Sujeciones”.

B) 2. LIDERAZGO DEL EQUIPO LÍDER:

El ejercicio de las diferentes dimensiones que componen el liderazgo transformacional tiene impacto tanto en la cultura organizacional como en la eficacia de la organización, conduciendo al centro hacia unos resultados espectaculares. El liderazgo transformacional es aquel que motiva a las personas a hacer más de lo que ellas mismas esperan y como consecuencia, se producen cambios sensacionales en beneficio de la organización.

Se trata de que el liderazgo del Equipo Líder se convierta en Transformacional conduciendo a la organización a la “generosidad” y, en consecuencia, a la eliminación de las sujeciones.

B) 3. MOTIVACIÓN DE LAS PERSONAS:

Herramientas que el Equipo Líder y la Dirección pueden poner en marcha para motivar a las Personas de la Organización:

- 1) Profundizar en la Dirección Por Valores y el Desarrollo de Personas (o cualquier otro modelo de gestión que busque la realización de las y los trabajadores de la organización).
- 2) Hacer fluir una CULTURA DE SEGURIDAD entre todas las personas que trabajan en la organización. Mediante esta cultura de seguridad, se pretende concienciar a todas ellas acerca de:
 - a. La seguridad de que nunca se les hará responsables de una caída si han seguido de forma correcta todos los protocolos.
 - b. Que comunicar las caídas a quien proceda en el centro y según las pautas de trabajo establecidas, es más seguro tanto dentro de la propia organización como desde un punto de vista legal, que no hacerlo y ocultarlas, además de que garantiza una correcta asistencia de la persona usuaria tras la caída.
- 3) Buscar EQUILIBRAR LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS CUIDADAS Y DE LAS PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN QUE LES CUIDAN:
 - a. Transmitir como agente motivador; una CULTURA DE PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES DE QUIEN SE ESTÁ CUIDANDO, FRENTE A LAS NECESIDADES DEL PERSONAL CUIDADOR, SIN DEJAR DE ATENDER A LAS PROPIAS NECESIDADES DE ÉSTE ÚLTIMO. El elemento motivador está en la “generosidad” que por parte de las Personas de la organización implica esta cultura.
 - b. Desde esta cultura de priorizar las necesidades de la persona cuidada, ATENDER LAS NECESIDADES PERSONALES DE CADA CUIDADOR/A, para lo cual se pueden utilizar medidas de Conciliación de la Vida Familiar y Laboral, así como el Desarrollo de Personas, la Dirección por Valores, o cualquier otro modelo de gestión que busque cuidar las necesidades de las Personas que trabajan en la organización. Esto a su vez está relacionado con el Liderazgo Transformacional que estimula el emerger de la conciencia de las y los trabajadores, los cuales aceptan y se comprometen con el logro de la misión de la organización dejando de lado sus intereses personales, para enfocarse en los intereses del colectivo, de la organización.
- 4) Estimular el desarrollo de grupos de trabajo gestionados por el propio personal del centro que favorezcan que puedan ser agentes activos en la toma de las decisiones que les afectan.

B) 4. CULTURA DE SEGURIDAD CONFIANZA:

- Es básico que la Dirección muestre un compromiso claro con el PROGRAMA DE GESTIÓN Y CONTROL DE SUJECCIONES.
- Y es MUY IMPORTANTE generar una CULTURA NO SANCIONADORA: El Equipo Líder debe dar CONFIANZA, jamás culpabilizar a las personas de la organización por una caída, (siempre y cuando, claro está, no se haya

cometido ninguna negligencia y se hayan seguido correctamente el sistema de trabajo, los protocolos de caídas y los diferentes procedimientos establecidos para la gestión y el control de sujeciones y caídas); es aconsejable que el Equipo Líder se esfuerce en promover una cultura en la que “el error no es un fracaso, sino una oportunidad de mejora”.

C. DESARROLLO DE LA CONCIENCIACIÓN Y LA COLABORACIÓN DE FAMILIARES Y PERSONAS USUARIAS

Toda la organización debe de desarrollar un trabajo directo tanto con las personas usuarias como con las familias para que aumente su colaboración con el centro y se involucren en la Nueva Cultura No Sujeciones. La colaboración de estos agentes “protege al centro” porque le hace menos “objeto” de denuncias.

Con este espíritu, con el ánimo de lograr la mayor protección posible se redactan a continuación una serie de actuaciones que el centro deberá desarrollar:

C) 1. PROGRAMA DE GESTIÓN Y CONTROL DE SUJECIONES:

Debe de crearse el Programa de Gestión y Control de Sujeciones en el cual familiares y usuarios/as son parte activa; con él se busca la colaboración y la complicidad de ambos colectivos.

En programa puede recoger los siguientes aspectos:

- Objetivos generales y específicos del programa.
- Razón por la que se solicita la colaboración de las familias y cauces por los que se materializará dicha colaboración.
- Compromiso por parte del centro en realizar todo el esfuerzo necesario para garantizar la seguridad de las personas usuarias y buscar estrategias alternativas e intervenciones para reducir y eliminar las sujeciones restrictivas con total garantía y seguridad.
- Información al respecto de que la Utilización y correcto uso o No Utilización de Sujeciones Restrictivas en el centro están basadas en el PROTOCOLO DE CAÍDAS Y NO CAÍDAS de la organización (ver más adelante Área de Gestión D)).

Este programa se desarrollará con el objetivo de que sea conocido por TODOS LOS FAMILIARES Y PERSONAS USUARIAS, por lo que se divulgará utilizando los medios que el centro considere adecuados.

C) 2. PROCESO DE TRABAJO CON FAMILIARES Y PERSONAS USUARIAS:

Para poder obtener mayor protección legal frente a posibles denuncias (Ver más arriba CULTURA DE PROTECCIÓN LEGAL):

SOLICITANTES DE INFORMACIÓN: Cuando se realice la petición de información por parte de potenciales nuevos ingresos, además de los documentos y la información que habitualmente suministra el centro, se les entregará el PROGRAMA DE GESTIÓN Y CONTROL DE SUJECIONES y se les informará sobre los puntos más importantes de dicho programa.

NUEVOS INGRESOS: A las familias y personas usuarias:

- a. Se insistirá en volver a informar sobre el PROGRAMA DE GESTIÓN Y CONTROL DE SUJECIONES y su “filosofía No Sujeciones” y se entregará nuevamente dicho programa.
- b. Se entregará el PROTOCOLO DE CAÍDAS Y NO CAÍDAS (ver más adelante Área de Gestión D)).
- c. Se entregará el contrato que habitualmente se entrega a las personas usuarias y/o sus familiares/tutores, modificado de tal manera que en él se incluyan puntos específicos relacionados con el PROGRAMA DE GESTIÓN Y CONTROL DE SUJECIONES y en los que se solicite la colaboración de ambos colectivos en el desarrollo de éste. Con esto se persigue *“comprometerles a colaborar con el centro y a no emprender acciones legales, siempre y cuando el centro no haya actuado de forma negligente y se hayan seguido todos los protocolos y procesos de forma correcta”*.
- d. Tanto a las personas usuarias, como a las familias, se les ofrecerá la posibilidad de participar en grupos de trabajo, y se les ampliará la información respecto a ellos (frecuencia de reuniones, funciones, participantes,...): Se sugiere la creación de un Grupo de Desarrollo de Calidad de Vida (GDVC) en el que participen representantes de la Dirección y la Organización, Familiares y Personas Usuarias.

PERSONAS USUARIAS Y FAMILIAS QUE YA ESTABAN EN EL CENTRO:

- a. Se les informará sobre esta nueva política de gestión de sujeciones restrictivas; se aconseja una charla informativa en la que se desarrollarán los siguientes puntos:
 - Invitación a que participen en la implantación del PROGRAMA DE GESTIÓN Y CONTROL DE SUJECIONES e información al respecto de dicho programa.
 - Sensibilización frente al uso de sujeciones: Efectos secundarios de las sujeciones restrictivas / Beneficios de las “No Sujeciones”.
 - Información sobre los cauces por los que pueden hacer llegar sus dudas, quejas, inquietudes respecto al programa.
 - Señalar que si el centro no recibe ninguna queja o sugerencia, entenderá que los familiares y personas usuarias aceptan el programa.

- Volver a reforzar la idea de que la colaboración de las familias y personas usuarias es imprescindible para el éxito del programa.
- b. Se les hará entrega de:
 - El PROGRAMA DE GESTIÓN Y CONTROL DE SUJECIONES.
 - El PROTOCOLO DE CAÍDAS Y NO CAÍDAS.
- c. Cuando el centro se encuentre frente a FAMILIAS O PERSONAS USUARIAS QUE MUESTREN RETICENCIAS ante el nuevo programa: El centro (la Dirección o quien proceda) debe trabajar con ellos, conociendo qué es lo que está generando sus quejas e intentando motivarles y convencerles de la necesidad de realizar este cambio en “la forma de cuidar”, resaltando los beneficios.
- d. El GDCV (ver más arriba punto d. NUEVOS INGRESOS), una vez transcurrido un periodo de tiempo establecido para la recepción de respuestas por parte de las personas usuarias y familias y tras haber trabajado, junto con la Dirección, para que el Programa de Gestión y Control de Sujeciones sea admitido por todos, será quien definitivamente dé por aceptado el programa y recoja en acta dicha aceptación.

C) 3. FORMACIÓN DE PERSONAS USUARIAS Y FAMILIARES:

- Es aconsejable que el centro realice con las personas usuarias y familiares una Jornada Anual de Formación (duración aproximada de 3 horas) en la que:
 - a. Se les formará en el uso de sujeciones.
 - b. Se les ofrecerá la oportunidad de mostrar inquietudes y dudas personales respecto al uso de sujeciones restrictivas.
 - c. Se les entregará del DOCUMENTO SUJECIONES–RESTRICCIONES.
- La información tratada en estas jornadas (incluyendo el DOCUMENTO SUJECIONES-RESTRICCIONES) se recogerá a modo de resumen en un material que:
 - a. Se divulgará entre todas las familias y personas usuarias del centro mediante CDs, paneles informativos o material en papel. Relacionado con la Cultura de Protección Legal es aconsejable que cada familia firme la recepción de este material.
 - b. Se entregará a las nuevas personas usuarias en el momento del ingreso mediante CDs o material en papel. Relacionado con la Cultura de Protección Legal es aconsejable que cada familia firme la recepción de este material.

C) 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Importante documento utilizado con carácter informativo y como medida o herramienta de protección: Relacionado con la Cultura de Protección Legal, cuando se paute o se retire una sujeción, el Personal Médico pedirá el Consentimiento Informado al paciente o su familia/tutor.

D. PROTOCOLO DE CAÍDAS Y NO CAÍDAS

Se trata de un Protocolo desarrollado como Protocolo de Caídas; sin embargo, el hecho de vigilar a las personas para evitar Caídas nos va a permitir también recoger información sobre las No Caídas (Pre-Caídas o Casi Caídas) que las personas usuarias puedan sufrir. Cuando hablamos de No Caídas, nos referimos a aquellos incidentes en los que la persona no llega a caerse porque recupera el control antes de perder el equilibrio y caer. El análisis de las No Caídas ofrece información muy útil a la hora de reducir el riesgo de caídas de una persona, porque podemos determinar el elemento que ha evitado que se haya producido la caída, y por tanto, el elemento que debemos reforzar para que el riesgo de caída de esa persona disminuya. Por esa razón el nombre de este protocolo es PROTOCOLO DE CAÍDAS Y NO CAÍDAS.

D) I. PROTOCOLO DE CAÍDAS Y NO CAÍDAS:

El Protocolo constará de los siguientes apartados:

1. Objetivos del Protocolo. Se especificarán sus objetivos generales y específicos.

2. Valoración del Riesgo de Caídas. Se definirá el procedimiento que el centro ha establecido para realizar la valoración del riesgo de caída especificando los quién, cuándo, cómo y con qué herramientas o recursos realizará cada proceso o actuación.

3. Prevención de Caídas. Se especificará cómo se desarrollará el proceso de prevención de caídas:

- Valoración del riesgo de caídas: Haciendo referencia al punto anterior.
- Reducción del riesgo de caídas y alternativas preventivas: Especificar el procedimiento de creación y valoración de las alternativas preventivas que se puedan crear a nivel individual (alternativas orientadas a reducir el riesgo de caída de una persona) y a nivel general (alternativas orientadas a reducir el riesgo de caída de todas las personas usuarias del centro).
- Tela de Araña Libera-Ger: Esta Tela de Araña consta de diferentes elementos que se entrelazan:
 - **Grupos de Caídas:** Una vez desarrollada la Valoración del Riesgo de Caída para cada persona usuaria se clasifica a cada una de ellas en función del riesgo de caída que presenta y se establecen los diferentes Grupos de Caídas. Se trata de hacer una clasificación sencilla fácilmente interpretable por todas las Personas de la Organización, sea o no personal de atención directa.
Se identificará a las personas usuarias pertenecientes a cada Grupo de Caídas de forma que todas las personas que trabajan en el centro, así como las personas usuarias y familiares, puedan conocer quiénes son las personas que presentan un mayor riesgo de caídas, y se desarrolle con ellas una labor de vigilancia más exhaustiva.
 - **Factores de Riesgo de Caídas:** Se deben definir los factores de riesgo de caída, tanto del centro (Generales) como de las personas usuarias (Individuales).

Por ejemplo:

- Factores Generales: Suelo desnivelados, iluminación escasa o deslumbrante, etc.
- Factores Individuales: Ceguera, vértigo, inestabilidad al caminar, deterioro cognitivo, etc.
- **Tipos de Caída:** El centro debe establecer los diferentes tipos de caída que se dan en él de forma específica.

Por ejemplo:

- Tipo de Caída 1: Caminando.
- Tipo de Caída 2: Del Sillón o Silla.
- Tipo de Caída 3: De la Silla de Ruedas.
- Tipo de Caída 4: De la Cama.
- **Momentos del día:** El centro debe centrar su atención en establecer los momentos de trabajo del total de las 24 horas del día más críticos en función de su sistemática de trabajo, características espaciales, cultura de trabajo, etc..... Las razones que caracterizan a los momentos más críticos de un centro pueden estar ligadas por ejemplo a:
 - Momentos del día en que dispone de un menor número de personas trabajando.
 - Momentos del día en los que la carga de trabajo es mayor y la posibilidad de vigilar a las personas usuarias es menor.
 - La distribución espacial del mobiliario, estancias,...
 - La cultura de atención a las personas,...

Una herramienta importante para determinar los momentos del día más críticos de cada centro es el Listado de Conductas que se recoge en los REGISTROS DE CAÍDAS Y NO CAÍDAS (ver más adelante).

- Para cada combinación resultante de cruzar estos cuatro elementos, se establecen las **Intervenciones Preventivas** adecuadas en cada caso:
 - **Intervención Personas:** Se trata de definir claramente las diferentes actividades y conductas que va a desarrollar cada Persona de la organización en aras de prevenir las caídas.
 - **Intervención Alternativas:** Se trata de las Alternativas Preventivas Individuales y Generales que haya establecido el centro.
 - **Intervención Protocolos y Procesos:** Prevención de los Momentos de Riesgo de Caídas. El centro debe definir, para cada momento de riesgo, cómo adaptará las pautas y procesos de trabajo al objetivo prioritario de prevenir las caídas y evitar las sujeciones y qué protocolos y procesos ejecutará en cada uno de esos momentos.

• **Intervención 24 horas de Vigilancia.** Consiste en:

- Siempre hay alguien ejerciendo de VIGILANTE DE CAÍDAS, las 24 horas. El Vigilante de Caídas se encarga de “vigilar” a la vez que realiza su trabajo habitual; es importante conocer que no se trata de crear una figura que sólo vigila, sino de que cada persona desarrolle las actividades normales de la jornada de trabajo a las que de manera colateral se introduce una mayor sensibilización hacia la prevención de caídas y conductas de “vigilancia puntual”.
- Las personas usuarias están controladas en todo momento.
- El papel de vigilancia se rota entre todos los puestos de trabajo desglosando hora a hora quién será en cada momento del día el Vigilante de Caídas.
- Se realizan Rondas de Vigilancia: Cada X tiempo el vigilante “da una vuelta” por los lugares más críticos del edificio con el objetivo de prevenir caídas.

GRUPO DE CAÍDAS	FACTORES INTR.Y EXTR.	TIPO DE CAÍDA	MOMENTO DE RIESGO	INTERVENCIÓN DE PREVENCIÓN
Subgrupo de Caídas A	Artrosis / Patología de los Pies + Psicótopos + Desniveles / Escaleras / Camas ...	Tipo de Caída 1 Tipo de Caída 4	Momento 1 Momento 2 Momento 3 Momento 4 Momento 5	Intervención Personas Intervención Protocolos y Procesos
Subgrupo de Caídas B	Demencia (Alzheimer o Demencia Vascular) / Confusión+Psicótopos + Desniveles / Escaleras / Camas ...	Tipo de Caída 1 Tipo de Caída 4	Momento 1 Momento 2 Momento 3 Momento 4 Momento 5 Momento 6	Intervención Personas Intervención Alternativas Intervención Protocolos y Procesos
Subgrupo de Caídas C	Demencia (Alzheimer o Demencia Vascular) / Confusión ...	Tipo de Caída 2 Tipo de Caída 3 Tipo de Caída 4	Momento 1 Momento 2 Momento 3 Momento 4 Momento 6	Intervención Personas Intervención Alternativas Intervención Protocolos y Procesos
Subgrupo de Caídas D	Demencia (Alzheimer o Demencia Vascular) / Confusión ...	Tipo de Caída 2 Tipo de Caída 3 Tipo de Caída 4	Momento 1 Momento 2 Momento 3 Momento 4 Momento 6	Intervención Personas Intervención Alternativas Intervención Protocolos y Procesos
Subgrupo de Caídas E	Ansiedad / Demencia (Alzheimer o Demencia Vascular) / Confusión .	Tipo de Caída 4	Momento 4	Intervención Personas Intervención Alternativas Intervención Protocolos y Procesos

Medidas de Seguridad: El centro debe establecer unas medidas de seguridad “propias” que la ARCS (ver capítulo Definiciones de la Guía) se asegurará de que se cumplan en el 100% de los casos.

Actitudes que deben de tener las personas de la organización:

- Ser sensibles a las alarmas y atenderlas inmediatamente.
- Ser rigurosas con las Rondas de Vigilancia.
- Atender inmediatamente a las necesidades individuales de baño. Establecer Rondas de Aseo para anticiparse a esas necesidades.
- Llevar a la persona usuaria a la cama cuando está cansada si esto le lleva a aumentar el riesgo de caída.
- Fomentar la cultura de la movilidad favoreciendo actividades relacionadas con programas de ejercicio, psicoestimulación,...
- Ofrecer recordatorios frecuentes para que las personas usuarias aprendan a llamar cuando necesiten ayuda para levantarse.
- ...

4. Valoración y Evaluación de las Caídas (Tratamiento de la Caída).

Todas las Caídas de las personas usuarias SIN EXCEPCIÓN deben ser:

- Anotadas en el Libro de Incidencias.
- Notificadas al Personal Sanitario (Equipo Médico y de Enfermería).

Eso permitirá que TODAS las Caídas puedan ser tratadas adecuadamente.

Tras la caída se completará el REGISTRO DE CAÍDAS (ver más adelante):

- La información que se recoge en este registro es fundamental a la hora de determinar los PATRONES DE CAÍDAS (patrones de conducta, patrones horarios, patrones de lugar,...).
- Es muy importante incluir la información de las "No Caídas" porque si el elemento (mueble, personas, capacidad funcional,...) que ha evitado la caída no hubiese estado presente, nos encontraríamos ante una caída. Las no caídas pueden resultar buenos predictores de futuras caídas.

El Comité de Movilidad y Caídas, basándose en la información que recoge el REGISTRO DE CAÍDAS, Y NO CAÍDAS POR PERSONA, donde se establecen los PATRONES DE CAÍDAS para dicha persona, establecerá unas ALTERNATIVAS PREVENTIVAS INDIVIDUALES específicas para ella. Además, realizará el seguimiento de estas alternativas de forma periódica para evaluar su eficacia.

Si la persona continúa sufriendo caídas, se volverá a realizar la Valoración y Evaluación de Caídas, con posterior modificación de Protocolos y Procesos si fuera necesario.

En caso de modificación del PROTOCOLO DE CAÍDAS Y NO CAÍDAS, el centro informará tanto a Personas Usuarias como a sus Familiares sobre dichas modificaciones y por los medios que considere adecuados.

D) 2. REGISTRO DE CAÍDAS Y NO CAÍDAS:

El centro creará un Registro de Caídas y No Caídas donde se recogerá la siguiente información respecto a cada CAÍDA o NO CAÍDA:

- Nombre y apellidos.
- Lugar.
- Hora.
- Actividad que estaba realizando la persona.
- Lesiones producidas a consecuencia de la caída:
 - No lesión.
 - Lesión leve.
 - Lesión grave.
- Factores de riesgo que han influido.

La información recogida en este registro ofrece la posibilidad de establecer patrones horarios, patrones de lugar, de comportamiento, etc, con los que desarrollar PAUTAS DE TRABAJO Y ALTERNATIVAS PREVENTIVAS que se deberán tener en cuenta a la hora de crear o revisar y modificar el PROTOCOLO DE CAÍDAS Y NO CAÍDAS.

Además, esta información permitirá también realizar la evaluación de la eficacia de las ALTERNATIVAS PREVENTIVAS, tanto de las INDIVIDUALES (las establecidas para cada persona usuaria) como de las GENERALES (las establecidas para todas las personas usuarias del centro), así como valorar la eficacia de su PROTOCOLO DE CAÍDAS Y NO CAÍDAS.

Si usted desea adquirir más información relativa a algún punto tratado en esta Guía, no dude en contactar con la Fundación Cuidados Dignos (fundacion@cuidadosdignos.org)





ÁREAS DE GESTIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ELIMINACIÓN DE SUJECIONES (DOMICILIOS)

CÓMO SE ELIMINAN LAS
SUJECIONES EN LOS
DOMICILIOS



9. Áreas de Gestión de la Metodología de eliminación de Sujeciones (Domicilios)

En el caso de los domicilios también se desarrollarán las cuatro Áreas de Gestión que la MES despliega en las organizaciones sanitarias y sociosanitarias, pero, lógicamente con las modificaciones necesarias para adaptarlas a las características específicas del cuidado de personas mayores y/o dependientes en el domicilio:

A. CAMBIO DE CULTURA “NO SUJECIONES”

Al igual que en el caso de los centros, el proceso de eliminación de sujeciones no es un proceso en el que simplemente se ofrecen alternativas a ese uso de sujeciones, sino que implica un cambio en la cultura de la sociedad y en su percepción de las sujeciones, un cambio en sus comportamientos, y sobre todo, un cambio en el concepto de cuidado.

Tanto la familia como el cuidador principal o persona cuidadora principal (sea ésta un familiar o un/a cuidador/a no profesional) deberá realizar un esfuerzo en cambiar la cultura de cuidado encaminada hacia la percepción de las sujeciones como última alternativa.

A) I. HACIA EL CAMBIO CULTURAL, VENCER LA RIGIDEZ AL CAMBIO:

1) FORMACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA CULTURA NO SUJECIONES:

Es conveniente que la persona cuidadora principal se forme en la Cultura No Sujeciones y difunda esta cultura a toda las personas involucradas en el cuidado de la persona mayor y/o dependiente (cónyuge, hijos/as, otros familiares y cuidadores, servicios sanitarios de atención primaria,...). Existen diferentes Guías y materiales con los que pueden profundizar sus conocimientos respecto a temas tales como:

- Aspectos Negativos del Uso de Sujeciones.
- Aspectos Positivos del No Uso de Sujeciones.

- Seguridad en el Uso de Sujeciones.
- Seguridad en el No Uso de Sujeciones.
- Alternativas al Uso de Sujeciones.
- ...

2) COMUNICACIÓN:

Es sumamente importante mantener una buena comunicación entre las diferentes personas que realizan el cuidado (familiares, cuidadores no profesionales, servicios sanitarios de atención primaria,...) y de éstas con los diferentes miembros de la familia, con el objetivo de consensuar el modo en el que se va a cuidar a la persona mayor y/o dependiente y las actuaciones que se desarrollarán para tal fin.

– Compartir la información que cada cuidador/a y/o miembro de la familia dispone respecto a la persona cuidada presenta un carácter preventivo y creativo alternativo en relación a:

- Prevención de caídas.
- Creación de alternativas al uso de sujeciones.
 - Esta información puede ser relativa a las Sujeciones, Caídas, Comportamientos Disruptivos y aspectos específicos como:
 - Riesgos, cambios y problemas que se observan en el día a día en la persona cuidada.
 - Diferentes alternativas que funcionan y no funcionan con cada persona cuidada.
 - Preocupaciones, dudas, ideas,... sobre las rutinas diarias y necesidades de la persona cuidada.

3) DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS SUJECIONES-RESTRICCIONES:

Es recomendable realizar un documento de voluntades anticipadas de la persona cuidada puesto que posibilita que se preserven sus derechos en situaciones futuras en las que no dispongan de la capacidad de comunicar dichas voluntades. (Consultar: http://www.areatres.org/Clientes/vol_antici.htm).

Este documento resulta una gran ayuda en la toma de decisiones respecto al uso o no de sujeciones con una persona, porque la familia y cuidadores/as no profesionales conocen sus deseos respecto al modo en que quiere ser cuidada y además, los profesionales sanitarios que participan en su cuidado conocen los deseos de la persona respecto al uso de sujeciones (tipos de sujeciones que acepta o rechaza, alternativas a las sujeciones que acepta o rechaza, situaciones en las que acepta o rechaza las sujeciones o las alternativas a éstas,...)

4) PROCESO DE ELIMINACIÓN DE SUJECIONES:

La eliminación de sujeciones puede, en determinados casos, resultar muy complicada; por ello y para que el proceso resulte más fácil y se obtengan mejores resultados, lo aconsejable es seguir los siguientes pasos:

a) Paso 1: Comenzar la eliminación de sujeciones centrándose en los momentos del día en los que resulta más fácil cuidar a la persona sin utilizar sujeciones, iniciando el proceso en periodos de tiempo fácilmente gestionables por la persona cuidadora principal (porque dispone de la ayuda de otro cuidador; porque no tiene que realizar otras tareas y puede estar más pendiente de la persona cuidada, etc...).

b) Paso 2: A medida que el cuidador principal y la familia van cogiendo confianza, se procederá a ampliar esos periodos en los que la persona cuidada permanece sin sujeciones, hasta alcanzar periodos de tiempo tan amplios que se decida dejar de utilizar las sujeciones.

A) 2. SERVICIO MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

Como se ha especificado en apartados anteriores, es muy importante transmitir al equipo sanitario (servicio médico y/o de enfermería de atención primaria) que atiende a la persona cuidada, información relativa al proceso de reducción de sujeciones que se está realizando.

La persona cuidadora principal debe buscar la complicidad y colaboración de estos equipos, dado que serán de gran ayuda a la hora de establecer las nuevas pautas de cuidado para la reducción de caídas, en la valoración del riesgo de caídas, en la reducción del uso de sujeciones químicas (psicótrópos) y demás.

A) 3. CONTROL Y REVISIÓN DE SUJECIONES:

SUJECIONES FÍSICAS:

– MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL USO DE SUJECIONES:

Debido a los problemas que pueden surgir durante el uso de sujeciones físicas, la persona cuidadora principal debe asegurarse de que las siguientes advertencias de seguridad sean conocidas por todas aquellas personas que intervienen en el cuidado de la persona mayor y/o dependiente:

- Formar a todas las personas que participan en el control y gestión de las sujeciones, haciendo especial hincapié en los riesgos que conlleva su uso.
- Uso correcto de las sujeciones: Utilizar dispositivos homologados, seleccionar el más adecuado a cada persona y seguir todas las advertencias de seguridad del proveedor.
- En personas cuidadas sentadas, utilizar chalecos o cinturones con un accesorio perineal que asegure la sujeción pélvica e impida el deslizamiento.
- No utilizar barras laterales en personas de riesgo. La alternativa a dichas barras puede ser bajar la posición de la cama.

- Verificar que los componentes de la cama son compatibles entre sí y que todas las medidas se ajustan a los parámetros de seguridad.
- Utilizar accesorios para rellenar posibles zonas de riesgo de aprisionamiento y proteger las barras laterales para minimizar los golpes contra ellas. Realizar un mantenimiento periódico, tanto del mobiliario como de las sujeciones.
- Mantener un control frecuente y sistemático como se especifica más adelante. No aislar a la persona en una habitación con la puerta cerrada, mantenerla cerca de la persona cuidadora,...
- Satisfacer todas las necesidades de la persona cuidada con el fin de minimizar su intranquilidad (eliminación, alimentación, dolor, etc.). Acudir con prontitud a sus llamadas, ya que puede encontrarse en una situación de peligro.
- Las personas agitadas o inquietas no deberían ser sometidas a un procedimiento de sujeción; en el caso de aplicársele, la vigilancia tiene que ser extrema. Colocar alarmas electrónicas que adviertan de su intención de salir de la cama.
- Dado que el uso prolongado de la sujeción incrementa los riesgos, valorar periódicamente la conveniencia de seguir aplicándola. Un dispositivo que fue eficaz en un momento dado puede resultar inapropiado a medida que cambian las condiciones de la persona cuidada.

Tomado de Emilio Fariña-López, "Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores" Rev Esp Geriatria y Gerontología. 2011; 46:36-42.

– VALORACIÓN DE LA NECESIDAD E INDICACIÓN DE USO DE SUJECIONES RESTRICTIVAS:

La persona cuidadora principal, junto a la familia y el personal médico deberá seguir las siguientes pautas:

- Definir el problema.
- Analizar el problema: Valorar si la causa de utilización de sujeción reside en la propia persona cuidada, en el entorno o en la actitud de las personas que le cuidan.
- Establecer las razones que llevan a considerar el uso de la sujeción restrictiva:
 - Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de la persona cuidada:
 - Prevención de autolesiones.
 - Prevención de suicidio.
 - Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de otras personas:
 - Prevención de lesiones a otras personas que conviven con la persona cuidada, persona cuidadoras,...

- Peligro para la Vida del resto de personas que conviven con la persona cuidada: Por ejemplo, cuadros psicóticos agresivos.
- Protección de programas terapéuticos de la persona dependiente (arranque de vías, sondas, catéteres, etc.).
- Necesidad de Reposo: Por ejemplo, paciente no colaborador con fractura.
 - Tratar el problema.
 - Valorar posibles alternativas a la sujeción restrictiva.
 - Realizar el Control y Revisión de Sujeciones.

– SECUENCIA DE CONTROL Y REVISIÓN DE SUJECIONES:

Esta Guía recomienda que la persona encargada del cuidado realice un proceso de control y revisión de las sujeciones, con el objetivo de reducir el riesgo de aparición de consecuencias negativas asociadas a su uso. Entendemos que en ocasiones la persona cuidadora principal, especialmente si es un cónyuge de edad avanzada, puede presentar limitaciones que le dificulten la realización de este control y revisión, en cuyo caso se sugiere disminuir la frecuencia de esta secuencia y/o solicitar ayuda a otros cuidadores.

- Se recomienda realizar la revisión con una frecuencia aproximada de 4 horas.
- Revisará los siguientes parámetros en la persona cuidada:
 - Estado de la piel y puntos de fricción de la sujeción restrictiva y zonas de posibles UPPs.
 - La situación física: El estado general y posibles signos o síntomas clínicos de enfermedad.
 - La situación psicológica: Si la persona soporta y tolera bien la sujeción restrictiva, si presenta agitación,...
 - Se sugiere crear un DOCUMENTO DE CONTROL para esta revisión.
 - Si la persona cuidadora observa alguna anomalía dentro de los parámetros analizados, notificará con urgencia al personal sanitario para valorar la retirada o alternativas a esa sujeción restrictiva.
- Se retirará la sujeción a la persona cuidada y se le ayudará a caminar, en caso de poder hacerlo, al menos durante 30 minutos cada 6-8 horas.

SUJECIONES QUÍMICAS:

Esta Guía considera sujeciones químicas (sujeciones restrictivas) a aquellos fármacos, fundamentalmente aquellos que actúan a nivel del Sistema Nervioso Central, y dosis que inhiben las AVDs de la persona, limitando su capacidad funcional. No se considerarán como sujeciones restrictivas químicas, aquellos fármacos que se utilizan para controlar la conducta de la persona y reducir el riesgo de caídas, pero que permiten que ésta pueda continuar manteniendo su capacidad funcional.

La indicación y gestión de este tipo de sujeciones se realiza única y exclusivamente por parte del personal médico, por lo tanto se recomienda que éste siga las indicaciones que esta Guía realiza a este respecto en el apartado SUJECIONES QUÍMICAS del capítulo dirigido a los centros sociosanitarios.

A) 4. CARACTERÍSTICAS ESPACIALES DEL DOMICILIO:

Se buscará prevenir las caídas y sus consecuencias generando un entorno que permita la deambulación segura de la persona una vez se haya retirado la sujeción. Para ello se deberán crear Espacios Seguros y con Calidad de Vida:

- 1) Generar espacios de deambulación libres de obstáculos.
- 2) Reducir el riesgo de caídas utilizando materiales antideslizantes, calzado adecuado,...
- 3) Situar a la persona de manera que podamos vigilarla constantemente o el mayor tiempo posible.
- 4) Utilizar un mobiliario estable que pueda utilizarse como punto de apoyo en la deambulación.
- 5) Reducir el ruido ambiental para reducir la agitación de la persona cuidada.
- 6) Utilizar una correcta iluminación, especialmente en las zonas de deambulación.
- 7)

Para ampliar esta información, se pueden consultar diferentes guías que ofrecen información relativa a la seguridad en el hogar:

A) 5. RECURSOS TECNOLÓGICOS:

- 1) Beneficios de la tecnología:
 - a) Ayuda en la prevención de las caídas y sus consecuencias generando un entorno que permita la deambulación segura de la persona cuando se le ha retirado la sujeción, gracias a que facilita la labor de vigilancia.
 - b) Las personas cuidadoras y la familia se sienten más seguras a la hora de realizar su labor de vigilancia, lo que les motiva para colaborar con el cambio de cultura No Sujeciones.
- 2) Se trata de elementos como:
 - a) Alarmas situadas en la cama, sillón,... que se activan cuando la persona cuidada trata de levantarse,...
 - b) Dispositivos de vigilancia como cámaras, transmisores de sonido,...

B. DESARROLLO DE LA MOTIVACIÓN DE LAS PERSONAS CUIDADORAS

Dado que no siempre es un familiar quien realiza el trabajo de cuidado de la persona mayor y/o dependiente, y en muchas ocasiones la persona cuidadora principal recibe ayuda de cuidadores/as no profesionales, para que el cambio hacia una Cultura No Sujeciones sea bien aceptado es necesario conseguir MOTIVAR A TODAS LAS PERSONAS QUE REALIZAN EL CUIDADO.

B) 1. MOTIVACIÓN DE LAS PERSONAS:

Herramientas para motivar a las Personas que cuidan:

- 1) Se aconseja que la persona cuidadora principal y la familia hagan fluir una CULTURA DE SEGURIDAD entre los/las cuidadores/as no profesionales que intervienen en este proceso. Mediante esta cultura de seguridad, se pretende concienciar a todas ellas acerca de:
 - a. La seguridad de que nunca se les hará responsables de una caída si han seguido de forma correcta todas las pautas de cuidado.
 - b. Que comunicar las caídas es *más seguro* que no hacerlo y ocultarlas, porque garantiza una correcta asistencia de la persona cuidada.
- 2) Es conveniente que la familia busque EQUILIBRAR LAS NECESIDADES DE LA PERSONA CUIDADA Y DE LAS PERSONAS CUIDADORAS NO PROFESIONALES:
 - a. Transmitiendo una CULTURA DE PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES DE QUIEN SE ESTÁ CUIDANDO, FRENTE A LAS NECESIDADES DE LA PERSONA QUE CUIDA. El elemento motivador está en la “generosidad” que por parte de las personas cuidadoras no profesionales implica esta actitud.
 - b. A su vez, ATENDIENDO LAS NECESIDADES PERSONALES DE CADA CUIDADOR/A NO PROFESIONAL, para lo cual puede utilizar cualquier procedimiento encaminado a tal fin, como puedan ser, por ejemplo, la adopción de medidas de *Conciliación de la Vida Familiar y Laboral*. Esta actitud por parte de la familia facilita que la persona que cuida acepte y se comprometa con el cuidado sin sujeciones, dejando de lado sus intereses personales, para enfocarse en los intereses de la persona cuidada.
- 3) Se debe favorecer que las personas que cuidan no profesionales sean agentes activos o al menos colaboren en la toma de las decisiones que les afectan (establecer horarios, establecer pautas de cuidado,...)

B) 2. CULTURA DE SEGURIDAD Y CONFIANZA:

MUY IMPORTANTE: Es necesario generar una CULTURA NO SANCIONADORA ante la caída. Sobre la base de que el error no es un fracaso sino una oportunidad de mejora, el cuidador principal y/o la familia debe dar

CONFIANZA, *no culpabilizar de la caída* a la persona que cuida, (siempre y cuando, claro está, no se haya cometido ninguna negligencia y se hayan seguido correctamente las pautas de cuidado establecidas para la gestión y el control de sujeciones y caídas).

C. DESARROLLO DE LA COCIENCIACIÓN Y LA COLABORACIÓN DE TODA LA FAMILIA

La persona cuidadora principal debe impulsar que todos los miembros de la familia y el resto de personas, implicadas en el cuidado de la persona mayor y/o dependiente se involucren en la Nueva Cultura No Sujeciones. Es sumamente importante contar con la colaboración de todas estas personas (familiares, personas cuidadoras no profesionales, servicios médicos y de enfermería, de atención primaria,...) porque son elementos clave en el proceso de reducción de uso de sujeciones pudiendo facilitarlo o dificultarlo.

D. PAUTAS DE CUIDADO

Se trata de un modo diferente de realizar el cuidado, en el que se modifican las normas y actitudes al cuidar y la manera de moverse en el domicilio.

Es importante elaborar estas pautas de cuidado entre todas las personas implicadas en él (persona cuidadora principal, cuidadora no profesional, familiares, personal sanitario,...) y si esto no es posible, que al menos estén consensuadas. Debemos recabar información relativa a los tres primeros elementos que se presentan a continuación, para poder establecer cómo debe ser el cuarto elemento:

1. Prevención de caídas: Es importante contar con la colaboración del personal sanitario para poder estudiar los siguientes aspectos de la prevención de caídas:

- *Valorar el riesgo de caída:* Valorar el grado de riesgo de caída que presenta la persona cuidada (alto, medio o bajo).
- *Determinar los factores de riesgo de caída:* Determinar los factores personales que aumentan el riesgo de caída (dificultades visuales, auditivas o motoras que afectan a la marcha y el equilibrio, otras enfermedades, consumo de algunos fármacos,...) o los factores de riesgo que presenta el domicilio (escasa iluminación, obstáculos en zonas de deambulación,...).

2. Tipos de Caída: Se deben establecer los diferentes tipos de caída que se dan en el domicilio de forma específica.

Por ejemplo:

- *Tipo de Caída 1: Caminando.*
- *Tipo de Caída 2: Del Sillón o Silla.*

- *Tipo de Caída 3: De la Silla de Ruedas.*

- *Tipo de Caída 4: De la Cama.*

3. Momentos del día: Se establecerán qué momentos del día presentan un mayor riesgo de caída.

Por ejemplo:

- *Al levantarlo de la cama.*

- *Durante el aseo.*

- *Cuando la persona que cuida se ausenta para ir al baño.*

- ...

4. Para cada combinación resultante de cruzar estos tres elementos, se establecen las **Pautas de Cuidado** adecuadas en cada caso:

- **Pautas de Cuidado de los Momentos de Riesgo de Caídas:** La persona cuidadora principal debe definir, para cada momento de riesgo, cómo adaptará sus actividades y las del resto de personas cuidadoras al objetivo prioritario de prevenir las caídas y evitar las sujeciones y qué pautas y actitudes de cuidado se ejecutarán en cada uno de esos momentos. Ejemplo: Si observamos que cuando estamos preparando la comida, la persona cuidada se agita al quedarse sola en el salón/habitación y no podemos ver si se intenta levantar o no... Podemos adaptar esta actividad de preparación de la comida de diferentes maneras:

- Realizamos rondas de vigilancia durante la actividad: Ir a la estancia en la que está la persona cuidada con una frecuencia que dependerá tanto del riesgo de caída que presente (a mayor riesgo de caída debemos reforzar más la vigilancia), como de las posibilidades que la persona cuidadora tiene para interrumpir su actividad (1 ronda de vigilancia/15-30 min. aproximadamente).

- Podemos utilizar dispositivos de vigilancia (cámaras de videovigilancia y/o transmisores de sonido) o sistemas de alerta (alarmas de movimiento, de presión,... situados en la cama o sillón) que nos permitan mantener la vigilancia sin necesidad de tener que acudir a la estancia donde está la persona cuidada.

- Si es posible, podemos trasladar a la persona a la cocina. De esta manera, su agitación disminuye porque estamos junto a ella y además, nos permite realizar la actividad de cocinar a la vez que le mantenemos vigilada.

- **Pautas de Cuidado Alternativas:** Se trata de las Alternativas al uso de sujeciones que previenen la caída. Ejemplo: Supongamos que la persona que cuidamos presenta un alto riesgo de caída e intenta continuamente levantarse del sillón, especialmente cuando nos ausentamos. Y a pesar de que es importante realizar una vigilancia adecuada, no es físicamente posible estar junto a ella las 24 horas del día, por lo que en momentos críticos

(p.e. cuando la persona cuidadora debe acudir al baño) podemos utilizar alternativas como:

- Sentar a la persona en un sillón bajo desde el que no puede levantarse con facilidad. Esto permite que la persona cuidadora pueda ausentarse unos minutos en los que sabe que la persona cuidada no se levantará y no podrá caerse. Debemos adecuar la altura del sillón a la facilidad/dificultad con la que la persona cuidada puede levantarse de él.
- Persiguiendo el mismo objetivo, que no se levante del asiento sin ayuda durante nuestra estancia en el baño, podemos sentarla momentáneamente en un sillón con las patas delanteras ligeramente más altas que las traseras, de manera que sus rodillas quedarán más elevadas que las caderas, lo que le dificultará la incorporación y nos permitirá ganar tiempo para atenderle.

Debemos cerciorarnos de que todas las alternativas que utilicemos son bien toleradas por la persona, de forma que no generen en ella agitación, a la vez que son seguras.

REGISTRO DE CAÍDAS:

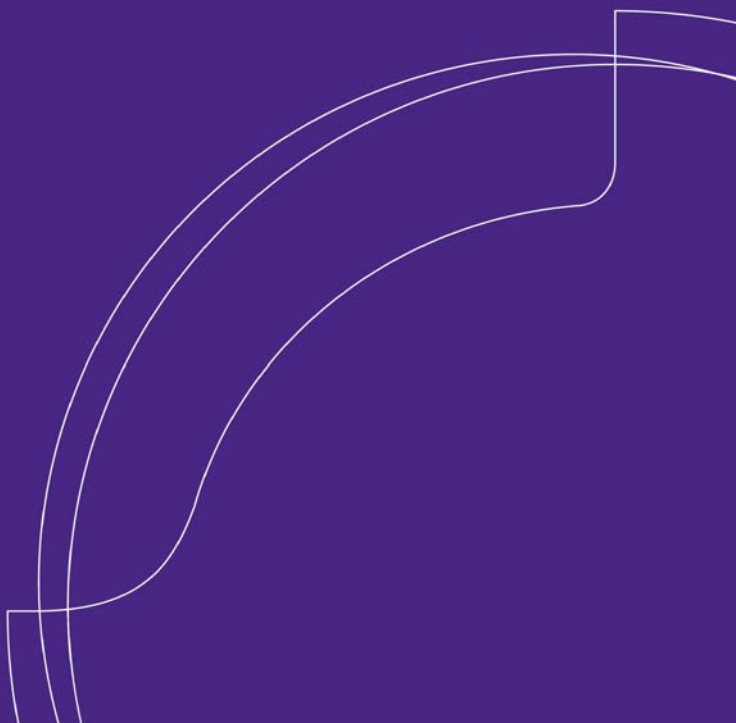
Se recomienda realizar un Registro de Caídas donde se recoja la siguiente información respecto a la caída o no caída (para conocer el significado e importancia de las No Caídas, ver Área de Gestión D) PROTOCOLO DE CAÍDAS Y NO CAÍDAS en las Organizaciones Sociosanitarias):

- Lugar donde se ha producido la caída.
- Hora en la que se ha producido la caída.
- Actividad que estaba realizando la persona.
- Lesiones producidas a consecuencia de la caída:
 - No lesión.
 - Lesión leve.
 - Lesión grave.
- Factores de riesgo que han influido en la caída.

La información recogida en este registro ofrece la posibilidad de establecer PATRONES DE CAÍDAS (patrones de conducta, patrones horarios, patrones de lugar, ...) con las que crear PAUTAS DE CUIDADO PREVENTIVAS.

Si usted desea adquirir más información relativa a algún punto tratado en esta Guía, no dude en contactar con la Fundación Cuidados Dignos (fundación@cuidadosdignos.org).

10 BIBLIOGRAFÍA Y RECURSOS WEB



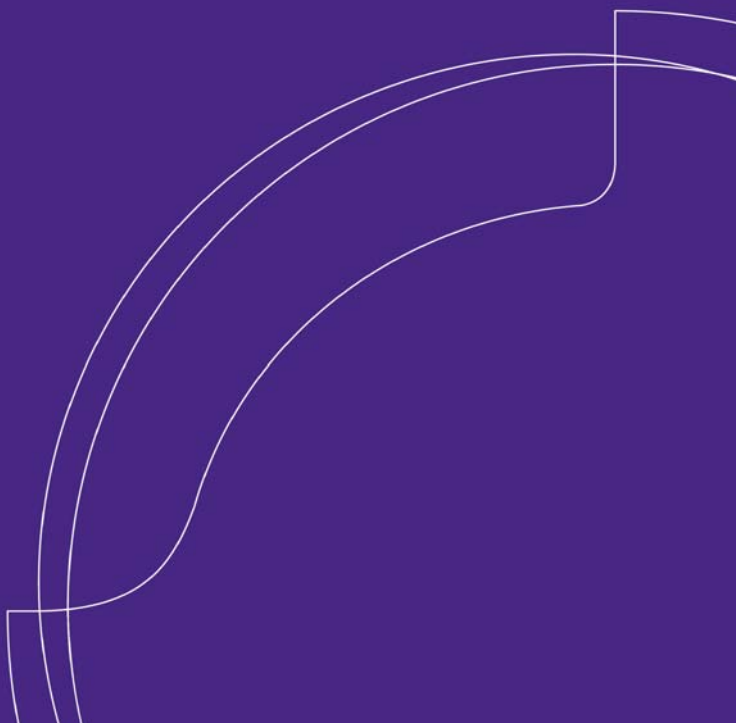
BIBLIOGRAFÍA Y RECURSOS WEB

- Urrutia Beaskoa, Ana y Erdoiza Inunciaga, Irune. "Norma Libera-Ger (Sistema de Gestión y Control de Sujeciones en Centros de Atención Sociosanitaria)". Diciembre 2010.
1. JBI, 2002 Physical Restraint - Pt 1: Use in Acute and Residential Care Facilities, *Best Practice* Vol 6 Iss 3, Blackwell Publishing Asia, Australia.
 2. Tideiksaar Rein. "Caídas en ancianos. Prevención y tratamiento". MASSON (2005).
 3. CEOMA. "Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer". Coordinador del programa: Dr. Antonio A. Burgueño Torijano. <http://www.ceoma.org/alzheimer/modules.php?name=News&file=article&sid=672> (Última consulta 2010-03-16).
 4. Estudio LG 2006-2008.
 5. 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.
 6. Andrés Amaia, "Vigilancia de las medidas de restricción física" VII Congreso de SEMER. www.semer.es/docs/CursoAuxRestric.ppt (Última consulta 2010-03-16).
 7. "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).
 8. Leturia Francisco Javier, Etzaniz Nerea. "Los Derechos de las Personas Mayores y la Prevención del Maltrato". Ararteko 2009.
 9. Burgueño Antonio, "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).
 10. Hospital 12 de Octubre. "Protocolo de Contención Mecánica de Movimientos". <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/doceoctubre-protocolo-01.pdf> (Última consulta 2010-03-16).

11. Hospital Universitario Ramón y Cajal "Protocolo General Sujeción Mecánica". http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername=Content-Disposition&blobheadervalue=filename%3Dprt_SujeccionMecanica.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185649&ssbinary=true (Última consulta 2010-03-16).
12. Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia. "Protocolo de Contención Mecánica y Terapéutica". http://www.spcv.org/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=165 (Última consulta 2010-03-16).
13. 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).
14. 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 2010-03-16).
15. 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 Aspaldiko. "Manual para la aplicación y buen uso de medidas de restricción física en Residencias de Personas Mayores".
 - Fariña-López, Emilio. "Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores" Rev Esp Geriatria y Gerontología. 2011; 46:36-42.
 - Fundación Matia. "Guía Farmacoterapéutica para Personas Mayores". <http://www.matiaf.net/upload/ingema/doc/caste/conocimiento/1259664169guiafarmacoterapeutica20091101.pdf> (Última consulta 2011-04-18).
 - Kitwood, T (1997). "Dementia reconsidered; the person comes first" Open University Press, Milton Keynes.
 - Martínez Rodríguez, Teresa. "Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia". Colección Gerontología Social. Editorial Médica Panamericana. 2010.

11

GLOSARIO DE TÉRMINOS

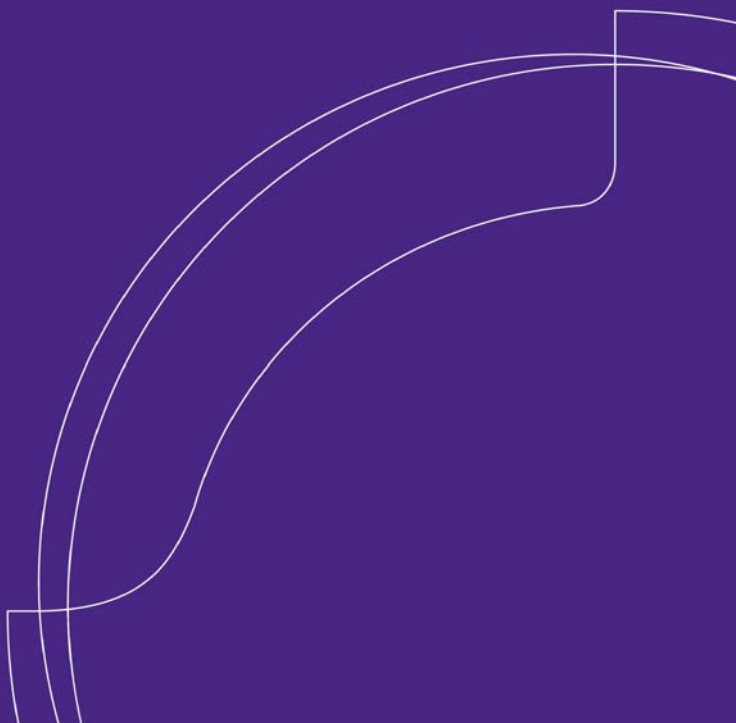


GLOSARIO DE TÉRMINOS

Áreas de Gestión	Cap. 5
Áreas de Gestión de la Metodología de Eliminación de Sujeciones (Domicilios)	Cap. 9
Áreas de Gestión de la Metodología de Eliminación de Sujeciones (Centros Sociosanitarios)	Cap. 8
Auxiliar Responsable de Caídas/Sujeciones	Cap. 6
Caídas de Repetición	Cap. 1
Cambio de Cultura No Sujeciones	Cap. 8 y 9
Centro No Sujeciones-Centro Libre de Sujeciones	Cap. 6
Comité de Movilidad y Caídas	Cap. 6
Consentimiento Informado	Cap. 8
Contraindicaciones de Sujeción	Cap. 1
Cuidado No Sujeciones	Cap. 1
Cultura de Protección Legal	Cap. 8
Cultura de Seguridad y Confianza	Cap. 8 y 9
Dianas	Cap. 5
Diario	Cap. 8
Documento de Compromiso	Cap. 8
Documento de Control	Cap. 9
Documento de Voluntades Anticipadas Sujeciones-Restricciones	Cap. 8 y 9
Documento Sujeciones-Restricciones	Cap. 8
Equipo Líder	Cap. 6
Historial de Sujeciones Restrictivas	Cap. 8
Indicadores de Sujeciones Físicas	Cap. 8
Indicadores de Sujeciones Químicas	Cap. 8
Libera-Ger Iceberg	Cap. 5
Líder	Cap. 6
Listado de Indicaciones y Contraindicaciones	Cap. 8
Mal Menor	Cap. 1

Medidas de Seguridad en el Uso de Sujeciones	Cap. 8 y 9
Metodología de Eliminación de Sujeciones (MES)	Cap. 8
Metodología Libera-Ger	Cap. 5
Minor-Major	Cap. 1
Modelo de Atención Centrada en la Persona	Cap. 4
Modelo de Gestión Vida y Persona	Cap. 4
No Caídas	Cap. 8
Norma de Trabajo de Gestión de Incidencias	Cap. 8
Orden Sanitaria de Sujeción	Cap. 8
Organización	Cap. 6
Pautas de Cuidado	Cap. 9
Personas	Cap. 6
Porcentaje de Uso de Sujeciones Restrictivas	Cap. 8
Proceso de Control y Revisión de Sujeciones Restrictivas	Cap. 8
Programa de Gestión y Control de Sujeciones	Cap. 8
Protocolo de Caídas y No Caídas	Cap. 8
Registro de Caídas y No Caídas	Cap. 8
Registro y Clasificación de Sujeciones Físicas	Cap. 8
Sujeción-Restricción	Cap. 1
Tela de Araña Libera-Ger	Cap. 8
Uso Episódico-Uso Habitual	Cap. 1
Valoración de las Necesidades e Indicación de uso de Sujeciones Restrictivas	Cap. 8

12 **AUTORÍA**



Dra. Ana María Urrutia Beaskoa:

Presidenta de la Fundación Cuidados Dignos.

Licenciada en Medicina y Cirugía (Universidad del País Vasco–Hospital de Basurto (Bilbao)).

Geriatría y Gerontología Clínica (Hospital Xavier Arnoz (Burdeos)).

Doctorando del Doctorado en Geriatría (Universidad Complutense–Hospital Clínico San Carlos (Madrid)).

Master en Gerontología (Universidad de Deusto–Facultad de Sociología).

Master en Gestión de Empresas-MBA Executive (Universidad del País Vasco-Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales).

Master en Residencias y Atención a la Tercera Edad (Universidad de La Coruña).

Master en Dirección y Gestión de Residencias de la Tercera Edad (Fundación Española de la Tercera Edad).

Coach Ejecutivo (Escuela Europea de Coaching y Habilidades Directivas).

Coach de Equipos (Escuela Europea de Coaching y Habilidades Directivas).

Irene Erdoiza Inunciaga:

Directora de la Fundación Cuidados Dignos.

Licenciada en Psicología (Universidad de Deusto).

Master en Gerontología (Universidad de Salamanca).

¿Profesor o alumno? Lo importante es tener ganas



Fortimel es la fórmula que tus pacientes necesitan para seguir aprovechando al máximo cada momento de su vida.

NUTRICIA
Fortimel
Gente con ganas