

Documento de Consenso

sobre Sujeciones Mecánicas
y Farmacológicas

Comité Interdisciplinar de Sujeciones



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

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

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

ISBN: 978-84-697-0483-7
Depósito Legal: M-16631-2014

COMPONENTES DEL COMITÉ INTERDISCIPLINAR DE SUJECCIONES DE LA SEGG

Presidente:

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

Secretario y Coordinador del Comité:

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

Vocales (Miembros de la SEGG):

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

- Dña. María Isabel Álvarez Moreno. Enfermera Especialista en Geriatria. Jefe de Área Técnico Asistencial. Servicio Regional de Bienestar Social. Comunidad de Madrid.
- Dña. Ana María Fernández Rodríguez. Trabajadora Social. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid. Grupo de Dependencia de la SEGG.
- D. Javier Fernández Huete. Terapeuta Ocupacional. Hospital Ruber Internacional. Madrid.
- Dra. Salomé Martín. Geriatra. Grupo de Calidad de la SEGG. Directora Técnico de EULEN.

Vocales (Externos):

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

Vocales (Movimientos “Antisujeción”):

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

CONSENSO DE LA SEGG SOBRE SUJECIONES

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

que impida la única salida posible de la cama, y que no sea fácilmente manipulable para su retirada por el propio usuario, constituyen una medida de restricción-sujeción.

- 6 La utilización de una sola barandilla de la cama a petición (voluntaria) de la propia persona, como asidero, apoyo o como medida de seguridad; independientemente del tipo que sean (completa, media, cuarto de barandilla, etc.), siempre que deje libre una salida de la cama, y que se entrene al usuario para su retirada, puede considerarse que no constituye una restricción-sujeción mecánica.
- 7 Las barandillas pueden ser percibidas como elementos extraños, restrictivos y hostiles, pudiendo desencadenar excitación, agitación e irritabilidad, tratando de saltar por encima, con los riesgos que entraña.
- 8 Las barandillas son métodos de sujeción-restricción con un riesgo de siniestralidad y accidentes muy alto, por atrapamiento de partes del cuerpo (cuello, tórax o abdomen) en los huecos que existen en sus extremos con el cabecero o pedestal de la cama.
- 9 El mobiliario ergonómico adaptado con dispositivos de retención en forma de bandejas, mesas, etc., constituyen una sujeción mecánica, salvo en los casos en los que la persona fuese entrenada para poder liberarse con facilidad de las mismas.
- 10 Constituye una mala praxis profesional la utilización de mobiliario no adaptado en unas posiciones e inclinaciones, que impiden, imposibilitan o bloquean la libertad de movimientos de las personas, manteniéndolas un estado de “bloqueo”, y todo ello, pese a no utilizar ningún dispositivo específico (reclinación de sillas de ruedas y sillones, mesas que dejan atrapada e inmovilizada a la persona, somieres o colchones cóncavos, etc.).
- 11 Se considera una sujeción farmacológica o química al uso deliberado e intencional de psicofármacos

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

12 Los Protocolos de Sujeciones implantados en las últimas décadas, han aportado importantes beneficios en la atención a las personas mayores, ya que en una etapa de indefinición y penumbra, han permitido aportar luz para dimensionar, analizar y regular el uso indiscriminado, irracional y “no profesional”, de unas prácticas tan sensibles como son las sujeciones mecánicas y químicas.

13 Los Protocolos de Sujeciones, actualmente, en algunos centros constituyen una “práctica asistencial defensiva” frente a posibles reclamaciones o demandas por accidentes, caídas, agresiones, etc. Se han convertido en un aval, que otorga una “patente de corso” para sujetar irracionalmente sin control, ya que establecen un reglamento para sujetar de forma segura.

14 Se estima que en muchos de los casos en los que se utilizan sujeciones, podrían evitarse implantando otras intervenciones alternativas menos cruentas, y más dignas para las personas.

15 Las principales causas por las que se utilizan sujeciones son:

- a) Aplicación de medidas o procedimientos terapéuticos necesarios para la supervivencia (sondajes vesicouretral, nasoentérico, gastrostomía percutánea, sueroterapia parenteral, oxigenoterapia, cura de lesiones etc.).
- b) Control de la agitación y conducta: auto/heteroa-

gresión, intentos autolíticos, etc.

- c) Garantizar la inmovilización o descarga en procesos traumatológicos.
- d) Prevención de caídas o siniestros (representa el 75% de las sujeciones).
- e) Control postural.

16 El uso de sujeciones añade un riesgo de accidentes y lesiones no despreciable, en forma de erosiones, laceraciones, desgarros, estrangulamientos, asfixia e isquemia de los miembros.

17 Algunos estudios basados en evidencia científica demuestran que las personas sometidas a sujeciones desarrollan consecuencias negativas sobre la esfera psíquica, como aislamiento social, pérdida de la autoestima, trastornos psico-afectivos (ansiedad-depresión), estrés, inquietud, agitación, agresividad y delirium.

18 Las personas que utilizan sujeciones de forma continuada, tienen un alto riesgo de desarrollar rigidez, anquilosis, atrofia y pérdida de la masa muscular, con deterioro funcional y tendencia a la inmovilidad, estreñimiento, incontinencia urinaria y fecal, úlceras por presión, infecciones y dolor.

19 Estudios basados en evidencia científica han demostrado que no logran disminuir el número de caídas de forma significativa (principal indicación de las mismas), sino que por el contrario, las caídas que se producen, tienen consecuencias más funestas y respecto a las sujeciones químicas, está bien documentado que el uso de psicótrópos produce un mayor riesgo de caídas, deterioro funcional y muerte.

20 Hay que señalar que algunos estudios de los enumerados son observacionales, con una base metodológica poco consistente, por lo que es necesario realizar estudios basados en evidencia científica, que demuestren de forma fehaciente el riesgo de las sujeciones mecánicas anteriormente descritas.

21 Resulta inadmisibles de forma absoluta el uso continuado de sujeciones en cualquiera de las siguientes situaciones:

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

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

- 23** Se han de buscar factores de riesgo predisponentes (déficits sensoriales, consumo de psicótrópos, problemas psíquicos, demencia, delirium, etc.) y los desencadenantes (infecciones, fiebre, dolor, disnea, prurito, retención urinaria, estreñimiento e impactación fecal), tratando de corregirlos.
- 24** Se aplicará un Plan de Atención Individualizado con intervención en todas sus áreas o dimensiones, programas de actuación no farmacológica y dinamización, lúdico-recreativos, de psicoestimulación integral, apoyo emocional y afectivo y movilizaciones que mejoren el bienestar psicosocial.
- 25** Es fundamental la actuación sobre el entorno, realizar modificaciones estructurales y arquitectónicas que mejoren la seguridad, espacios abiertos y acolchados, circuitos para errantes, sustituir escaleras por rampas, salas de relax multisensoriales, productos de apoyo, actuaciones sobre los ruidos e iluminación y unas dotaciones de personal acordes a los usuarios a los que atienden, para prevenir sujeciones.
- 26** Las sujeciones tanto físicas como químicas que de forma excepcional se utilicen, deben ser prescritas por el médico responsable de la asistencia del usuario. En ausencia de éste, la institución debe tener previsto un protocolo alternativo de actuación, ante situaciones de compromiso vital urgente (intento autolítico, suicidio, agresión, etc.), en las que podrán ser indicadas por otro profesional y posteriormente con la mayor brevedad posible, ser prescritas por el médico.
- 27** Debe solicitarse el "Consentimiento Informado" por escrito, cuando vayan a utilizarse sujeciones más allá de un episodio agudo motivado por un riesgo vital urgente, ya que nos encontramos ante procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente (Ley 41/2002); y atentan contra derechos fundamentales, como la libertad, así como contra principios y valores como la dignidad y la autoestima; y además, entrañan riesgos físicos y psíquicos.

- 28** El consentimiento debe recoger los datos de filiación del paciente, nombre del médico prescriptor y la fecha. Explicará de forma clara, sencilla y comprensible toda la información, con sus riesgos y beneficios si los hubiera. Debe precisar la causa que conlleva su utilización, los tratamientos alternativos previos implantados que han fracasado, etc. El médico tiene la obligación de asegurarse que el sujeto lo ha comprendido todo, la mera firma no exime de responsabilidad si se comprueba a posteriori que la información que se dio era incomprensible para el sujeto.
- 29** Como prueba fehaciente de que toda la información facilitada ha sido comprendida, debe ser firmado por el paciente, o en su defecto por el representante legal, guardador de hecho o familiar, y por el médico. Debe quedar explícita la capacidad de rechazo o revocación del consentimiento en cualquier momento, y se entregará una copia, dejando otra en su historia médica.
- 30** El consentimiento informado firmado, debe autorizar de forma explícita, individual y contemporánea cada “tipo de sujeción” que se vaya a aplicar (cinturón abdominal, cinturón pélvico, muñequeras, tobilleras, chaleco torácico, etc.) y debe determinar el período de revisión.
- 31** Son ilegales los consentimientos informados genéricos y los que se obtienen en el mismo acto del ingreso. Debe ser explícito para la situación y en el mismo momento en el que se va a tomar la decisión, nunca puede ser diferido en el tiempo.
- 32** Pueden quedar exentos de solicitar el consentimiento informado, las situaciones que entrañen un riesgo vital urgente. En estas, se actuará siempre de acuerdo a la “lex artis”. Se aplicarán el mínimo tiempo posible, y siempre de una forma proporcional y causando el mínimo daño.
- 33** Si la medida de sujeción debiera persistir en el tiempo, se recurrirá con la mayor brevedad posible a solicitar el

consentimiento al representante legal, guardador de hecho o familiar, pudiendo comunicarse al juez; y siendo obligatoria la comunicación judicial por parte del centro residencial, ante discrepancia o rechazo del representante legal, guardador de hecho o familiar.

34 No se puede llevar a cabo el registro legal de las "Instrucciones Previas" cuando vulneran los derechos fundamentales de las personas (derecho a la vida, derecho al buen trato, derecho a la libertad, etc.).

35 Respecto a las sujeciones químicas o farmacológicas, siempre que un medicamento se utilice expresamente con la finalidad de contener o restringir la libertad de movimientos del paciente, debe considerarse como sujeción química, equiparándose a una sujeción mecánica y quedando por tanto sujeto al consentimiento informado.

36 En los casos en los que un psicofármaco se utilice con otros fines terapéuticos (hipnótico, ansiolítico, antidepresivo, delirio-alucinaciones, etc.), no precisa solicitud de consentimiento informado, debido a que no cumple el criterio de sujeción química o farmacológica.

37 La falta de una regulación expresa y específica para el uso de las sujeciones hace que existan resoluciones judiciales contradictorias en su autorización, pudiendo encontrar:

- a) La autorización de las sujeciones es una competencia judicial.
- b) La autorización es una competencia exclusiva del médico, ya que es un acto terapéutico y el juez se da simplemente por informado, en la comunicación.

38 Ante la falta de una normativa expresa para la aplicación de las medidas de sujeción en personas que no tienen capacidad de autogobierno, cuando se utilizan a largo plazo, como postura garantista se recomienda por parte del centro la comunicación judicial de las medidas de sujeción, la cual debe efectuarse con carácter obligatorio ante discrepancias con el paciente,

representantes legales, guardador de hecho o familiares, para así corroborar o rechazar la aplicación.

39 No es obligatoria la comunicación judicial ante la necesidad de utilizar una medida de sujeción mecánica o farmacológica, puntualmente, de forma aguda o urgente, bien sea para un acto terapéutico, o por un episodio temporal de agitación o agresividad que entrañe riesgos a la integridad de la persona afectada, de otras personas, o del entorno, pese a la negativa del paciente, de su representante legal, guardador de hecho o familiar. En estos casos se aplicará la medida de sujeción pertinente, y una vez controlado el episodio agudo, o efectuada la derivación al hospital, se puede efectuar de forma garantista una comunicación al juzgado.

40 La Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), estima que en una sociedad envejecida, ante unos procedimientos altamente trascendentes, el Ministerio Fiscal a través de los órganos competentes, debería pronunciarse en esta materia, y proponer que se legisle de forma específica con carácter estatal, en una materia común que afecta a los derechos fundamentales de las personas; con independencia de la normativa autonómica que en su caso se haya elaborado o se elabore en un futuro.

41 En el momento actual los profesionales y la sociedad en general, debemos efectuar una apuesta más vanguardista de futuro, implantando estrategias integradas o acciones multicomponentes, que incidan de forma coordinada y sinérgica sobre los distintos factores que influyen en el uso de las medidas de sujeción como son:

- a) Programas, Protocolos o Guías de Práctica Clínica de Prevención y Eliminación de Sujeciones.
- b) Medidas ambientales y organizativas que permitan modos de vida seguros y más dignos.
- c) Planes de formación, motivación e información para los profesionales.

d) Campañas de formación e información en esta materia, compartidas, dirigidas a trabajadores, usuarios, familiares y a la sociedad en general.

42 Es importante informar y conocer los efectos negativos y los riesgos del uso de las sujeciones, la importancia y la dignidad de estar exentos de ellas, y asumir los riesgos que pudieran acontecer por el “no uso” de éstas, siempre en el contexto de una buena praxis, ya que realmente son los propios riesgos inherentes “del vivir” (caídas y accidentes) de las personas mayores.

43 Los centros deben hacer esfuerzos y apostar por una dotación adecuada en cuanto a estructura arquitectónica, equipamiento, mobiliario y dispositivos tecnológicos de seguridad, acordes y racionales al momento actual y al perfil de las personas que atienden.

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

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

1. Motivo de la Sujeción: causa o motivo detallado que origina el uso.
2. Programas, actividades y alternativas aplicadas previamente y que han fracasado.
3. Modificaciones Ambientales y Estructurales acometidas.

4. Ausencia de otros planes de intervención alternativos que eviten las sujeciones.
5. Tipo de Sujeción a Utilizar (Nomenclátor o Catálogo de Sujeciones): tipo de sujeción con el marcado CE, seleccionada del nomenclátor o catálogo de cada centro, duración o franjas horarias en las que se aplica, periodicidad. Revisión del estado y funcionamiento de dispositivos de sujeción, dispositivos de cierre y apertura custodiados y siempre un repuesto de seguridad, instrucciones del fabricante de uso, cursos o talleres prácticos de formación.
6. Procedimiento de Aplicación de la Medida de Sujeción: explicar de forma empática.
7. Plan de Cuidados Específicos Complementarios: garantizar la seguridad durante su uso, evitar accidentes y efectos adversos y como técnica disuasoria:
 - a) Aseo, higiene y vestido debe estar garantizado, ofreciendo un aspecto digno.
 - b) Inspección y Supervisión Periódica cada 15-20 minutos y si permanece encamado cada 30-45 minutos. Individualizar según el caso.
 - c) Movilizaciones, paseos periódicos y cambios posturales cada 2-3 horas.
 - d) Garantizar los desplazamientos para la micción, defecación, estimular a realizar sus necesidades y cada vez que lo necesite (pauta: cada 2 horas). Cambios de absorbentes programados y adicionales que precise.
 - e) Medidas de prevención de lesiones en la piel (almohadillado, protección, hidratación, etc.).
 - f) Períodos de descanso en cama a inmovilizados.
 - g) Mantenimiento postural adecuado en la cama o sillón y en especialmente en los momentos de las comidas que evite broncoaspiraciones.

- h) Asegurar el mantenimiento de la vía aérea.
 - i) Ofertar líquidos de forma periódica, con una ingesta diaria de 1,5-2 litros.
 - j) Apoyo y estímulo verbal, emocional y afectivo a los usuarios y familiares.
 - k) Velar por su seguridad: buena accesibilidad, eliminar peligros (mecheros, cerillas, objetos punzantes o cortantes, etc.).
 - l) Registro diario de la conducta: normal, violento-agresivo, agitado, confuso.
 - m) Valorar la necesidad de continuar con la sujeción: si o no.
8. Consentimiento Informado (ampliamente explicado en otra sección).
9. Supervisión, Inspección y Reevaluación de las medidas de sujeción: al aplicar de forma excepcional, ante un episodio agudo, una sujeción se supervisará:
- a) Presencialmente durante al menos la primera hora.
 - b) Tras la primera hora supervisar, inspeccionar y valorar cada 15-20 minutos.
 - c) Tras comprobar un comportamiento estable y que no se estiman riesgos inmediatos, revisiones y movilizaciones cada 2 horas.
10. Mantener la sujeción el menor tiempo posible: reevaluar la necesidad de continuar.
11. Revisión de las Sujeciones: cuando no se pueda retirar, o si tras su retirada se reproduce el episodio de agitación; se estudiará y evaluará individualmente. Se revisarán de forma genérica con carácter mensual y preferiblemente quincenal, salvo las barandillas cada 3 meses, por todos los miembros del equipo, constatando las razones por las que se debe continuar aplicando.

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

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

46 Los movimientos profesionales y sociales “antisuje-ciones” especializados en esta materia, hacen apuestas atractivas de eliminación de las sujeciones, si bien es cierto, que los profesionales de atención directa, los gestores e inspectores, las instituciones y empresas, los jueces y fiscales, los usuarios y sus familias, y la sociedad en general; precisan un tiempo y un camino a recorrer, de concienciación, sensibilización y adaptación, desde la “cultura de la sujeción” a la “cultura de la no-sujeción”.

47 Este cambio de paradigma debe interiorizarse y asimilarse. No se puede pasar de sujetar a no sujetar “de

un día para otro". Se precisa una formación y apoyo de equipos expertos y especializados en estas técnicas.

- 48** Los profesionales dedicados a la atención de los mayores debemos mantener una actitud positiva y proactiva hacia el cambio, evitando las resistencias. Necesitamos profesionales comprometidos y capaces de rectificar, cuando se impone un nuevo paradigma, opuesto al que se ha defendido a ultranza hasta hoy.
- 49** Los Servicios de Autorización, Inspección y Certificación de centros residenciales, así como los Servicios de Inspección de Calidad de las Administraciones Públicas competentes (Consejerías y Ayuntamientos), deben auditar e inspeccionar de forma periódica las estructuras arquitectónicas, equipamientos, tecnología, dotación de recursos humanos, y la calidad asistencial de estos establecimientos, velando por que se cumpla la adecuación de los mismos a las características de los usuarios a los que atienden, e implantando fórmulas imaginativas de incentivación positiva como premios a la calidad, a los centros con control racional o ausencia de sujeciones, y a los programas de mejora para la reducción-eliminación de las mismas.
- 50** Ningún paciente en situación final de su vida (últimos días) en los que apareciera un cuadro de agitación y delirium, debería fallecer con sujeciones mecánicas; ya que existen medidas farmacológicas y vías de administración de las mismas que permiten que el paciente pueda morir tranquilo, sin sujeciones mecánicas, recurriendo a la sedación paliativa.

Con la colaboración



Sociedad Española
de Geriatría y Gerontología