



CRITERIOS DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECCIONES FÍSICAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CON ENFERMEDAD MENTAL





Tabla de contenido

1. Consideraciones generales sobre el objetivo del presente documento.....	4
2. Ámbito competencial.....	5
3. Objetivos.....	7
4. Ámbito de aplicación.....	8
5. Profesionales y unidades organizativas especialmente afectados.....	8
a. Médico.....	9
b. Enfermero/a.....	9
c. Psicólogo/a.....	9
d. Trabajador Social.....	9
e. Fisioterapeuta.....	9
f. Terapeuta Ocupacional.....	10
g. Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), Técnicos Auxiliares o Gerocultores.....	10
h. Supervisor o coordinador de personal de atención especializada.....	10
i. Director/a.....	10
j. Equipo Interdisciplinar de Intervención (EII).....	10
6. Definiciones.....	12
a. Sujeción Física o Mecánica.....	12
b. Contención física.....	13
c. Sujeción farmacológica.....	14
d. Prescripción.....	14
e. Consentimiento Informado Documentado.....	14
7. Descripción del procedimiento.....	15
a. Valoración Integral.....	15
b. Detección de Factores de Riesgo.....	15
c. Medidas alternativas a la sujeción.....	16
d. Prescripción y Uso de Sujeciones: Requisitos Técnicos.....	18





e. Consentimiento Informado Documentado.....	21
f. Comunicación y Autorización judicial de las Sujeciones.....	22
g. Declaración responsable del Director en el que conste la relación de usuarios con sujeción	22
h. Medidas y Plan de Cuidados Complementarios.....	22
8. Recomendaciones para la elaboración de un plan de reducción de sujeciones.....	23
9. Divulgación.....	24
CATÁLOGO DE MEDIDAS DE SUJECIÓN MECÁNICA RECOMENDADAS EN CENTROS DE ATENCIÓN SOCIAL DE LA CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y POLÍTICA SOCIAL.....	26
CONSENTIMIENTO / NO CONSENTIMIENTO DE MEDIDAS DE SUJECIÓN.....	31
COMUNICACIÓN AL JUZGADO / A FISCALÍA ANTE NO CONSENTIMIENTO.....	34



Este documento ha sido elaborado tomando como base las Instrucciones de la Agencia Madrileña de Atención Social de los Protocolos de prevención y uso de sujeciones físicas y farmacológicas, así como las observaciones remitidas por la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia y la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad.



1) Consideraciones generales sobre el objetivo del presente documento.

El continuo avance de las sociedades democráticas, los nuevos planteamientos de convivencia y estructura sociales, la participación de agentes públicos y privados en la prestación de los servicios sociales y la constante evolución y enriquecimiento del concepto de estado social, requieren de las Administraciones Públicas una respuesta efectiva y actual a las demandas de atención social que la propia sociedad reconoce como derechos de los ciudadanos.

En la actualidad, nadie cuestiona que la utilización de sujeciones, comprometen o limitan derechos fundamentales de las personas constitucionalmente reconocidos como la libertad y valores como la dignidad, autoestima y bienestar personal; todo ello, en personas a las que debemos velar por una especial protección, en tanto que tienen limitada o han perdido su capacidad decisoria.

Del mismo modo, nadie pone en duda que inicialmente, la utilización e instauración de estas medidas persigue poder aplicar tratamientos esenciales en los que la persona no colabora o los rechaza, o bien poder controlar complicaciones o situaciones disruptivas que entrañan riesgos para la integridad de estas personas o de terceros. Hasta aquí, todo podría tener una base justificativa para su utilización, salvo que:

- a) La frecuencia o prevalencia del uso de sujeciones físicas en algunos centros es alta, en función de la tipología de los usuarios; con lo que una situación de excepcionalidad comienza a convertirse en "la normalidad" en dichos centros.
- b) La paradoja de que, pese a que se instauraron como elementos de protección, no están exentas de riesgos, en muchos casos superiores, de forma directa como lesiones, quemaduras, laceraciones, desgarros, isquemia de miembros, asfixia por estrangulamiento, etc.; o bien de forma indirecta atrofia muscular, deterioro funcional, inmovilidad, incontinencia, úlceras por presión, infecciones, déficits psicoafectivos y cognitivos

Con todos estos argumentos, el uso de medidas de sujeción en los centros residenciales es una práctica que merece ser revisada, reevaluada y regulada periódicamente, actualizándose con arreglo a las demandas y logros sociales en favor de los derechos y valores de las personas en los que avance la sociedad.

Las razones justificativas para su utilización, basadas en la protección y seguridad hacia las personas deben sopesarse con la voluntad, deseos y preferencias de la propia persona o de sus representantes legales; de tal forma que la libre elección (principio de la autonomía decisoria), puede anteponerse a la excesiva protección o prevención de riesgos que pretendemos alcanzar. Es





decir, puede resultar más dignificante para una persona no estar sujeto, asumiendo el riesgo de poder sufrir alguna caída.

En el momento actual asistimos a un cambio conceptual importante en cuanto al equilibrio entre "cuidar y proteger", debiendo considerar no solamente la salud y la protección frente al riesgo; sino también la autonomía y los deseos o preferencias individuales como un bien a preservar. Entendiendo que el "buen cuidado" no persigue solo eliminar el riesgo o peligrosidad a cualquier precio; sino cuidar con el mayor respeto y mejor trato posible, aceptando que pueda existir un cierto grado de riesgo, siempre que se aplique la buena praxis profesional.

Todo lo anterior hace imprescindible el establecimiento de unos criterios de actuación a través del cual las medidas de sujeción deberían limitarse a situaciones excepcionales e imprescindibles, para las que no existan medidas alternativas o bien que hayan fracasado todas las medidas alternativas aplicadas de forma preventiva. La prescripción de sujeciones se realizará con la mayor proporcionalidad en relación a la situación que ha de controlarse y con expresa prohibición del exceso; durante el menor tiempo posible y bajo un estricto control, seguimiento y cuidados profesionales que minimicen o eviten las complicaciones y den la mayor seguridad en cada caso.

Por último, cabe señalar, que en la última década algunos centros han demostrado que es posible trabajar sin sujeciones, sin que esto haya supuesto un cambio total con respecto a su funcionamiento previo en cuanto a recursos materiales, humanos, etc.; sino que más bien se trata de un cambio cultural en el planteamiento de los cuidados y en la filosofía del cuidar.

2) Ámbito competencial.

Corresponde a la Comunidad de Madrid, en el ejercicio de las competencias que le atribuyen los artículos 26.1.23, 26.1.24 y 26.1.25 de su Estatuto de Autonomía, aprobado por Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, modificada por las Leyes Orgánicas 10/1994, de 24 de marzo y 5/1998, de 7 de julio, el desarrollo de políticas públicas de promoción, ayuda, protección y tutela de los grupos sociales necesitados de especial atención.

La ley 11/2002, de 18 de diciembre, de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y de Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid tiene por objeto, no sólo garantizar la adecuada actuación de los Centros de Servicios Sociales y Servicios de Acción Social desde un punto de vista de estricta legalidad, sino también asegurar la adecuada prestación de los servicios sociales por las Entidades autorizadas de acuerdo con parámetros de calidad, tanto de aspectos





materiales y funcionales como a los procesos definidos para la prestación de los servicios.

El Capítulo I de la mencionada Ley aborda las cuestiones de carácter general que deben ilustrar la aplicación de la norma, tales como el objeto y ámbito de la Ley, la participación de entidades públicas y privadas en la prestación de servicios sociales, la ordenación de la actividad de servicios sociales en función del principio de territorialización de los recursos sociales, procurando la cercanía de éstos a sus usuarios, y el deber de colaboración que debe presidir las relaciones entre las distintas Administraciones e instituciones públicas para el mejor cumplimiento de lo regulado por la citada Ley.

La Ley 11/2002, de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y de Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, en su artículo 2, apartado 2 establece que *“La prestación de servicios sociales por las Administraciones Públicas y por la iniciativa privada se someterá al régimen de autorización o de comunicación previa de acuerdo con lo establecido en la presente Ley, con el objeto de garantizar la ordenación territorial de los recursos sociales, la adecuación y calidad de los servicios prestados, así como, preservar el interés público que subyace en toda actividad prestadora de servicios sociales”*.

Estas disposiciones reflejan la intensa intervención administrativa en este sector de actividad, configurando un marco jurídico que podría calificarse de relaciones especiales de sujeción, y que sin duda comporta a los sujetos incluidos en su ámbito, un plus específico de derechos y obligaciones, en el que la libertad de empresa debe desarrollarse y respetar. Esta intervención se encuentra justificada, en gran medida, en preservar los derechos de los ciudadanos que reciben prestaciones sociales, precisamente, para prevenir, eliminar o tratar las causas que dificultan su pleno desarrollo personal.

A estos efectos, el artículo 20 concreta que *“es objeto de la actuación inspectora la vigilancia, control, comprobación y orientación en el cumplimiento de la normativa vigente en materia de servicios sociales. Dicha actuación se ejercerá por la Consejería competente en la materia”*.

El objeto de este documento es orientar en el cumplimiento de la normativa vigente, no suponiendo la creación de normas jurídicas nuevas, adoptado en base a la facultad que tiene esta Dirección General para dirigir las actividades de la Inspección. Los criterios tratan de orientar a las entidades y profesionales en las situaciones en las que una sujeción puede suponer riesgos para la seguridad o salud del usuario, (artículo 28 I), o dificultades injustificadas para el disfrute de sus derechos, (artículo 29 f), en relación con el artículo 14.1.2, todos ellos de la Ley 11/2002.

La Orden 1744/2021, de 26 de julio, de la Consejera de Familia, Juventud y Política Social, por la que se aprueba el Plan de Calidad e Inspección de





Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid para el período 2021-2022 atribuye, en su Línea II de actuación, al Área de inspección la comprobación de “la existencia de la preceptiva prescripción médica de las sujeciones, que refleje el motivo, el tipo, las situaciones en las que debe utilizarse, la duración y la periodicidad de la evaluación de la medida adoptada, que no podrá superar el mes. También, la existencia de consentimiento informado de la persona usuaria, que refleje adecuadamente los efectos positivos y negativos que conlleva la sujeción.”

Asimismo, en su Línea III de actuación, atribuye al Área de Impulso de la Calidad el impulso de la implantación y utilización de protocolos, registros e indicadores en los centros de los sectores de atención considerados prioritarios, de manera que repercutan en la mejora de la atención prestada y en el bienestar de las personas, y que faciliten la medición integral y continuada del servicio prestado en el ámbito de las sujeciones.

3) Objetivos

Los objetivos de este documento son:

- Orientar en el cumplimiento de la normativa vigente.
- Actuar de forma proactiva, supervisando y comprobando el cumplimiento estricto de las pautas esenciales que deben ser respetadas para reducir de forma progresiva y eficaz al mínimo el uso de sujeciones.
- Evitar de forma inexcusable la utilización de sujeciones por conveniencia (ahorro de trabajo, esfuerzo, recursos, o para tranquilidad del tutor o centro residencial) o cuando puedan responder o desembocar en un castigo o represión de conducta. Se debe actuar siempre guiados en la búsqueda del mejor beneficio para la persona usuaria, teniendo siempre en cuenta las preferencias de los mismos y sus familias en cuanto a las distintas posibilidades de abordaje.
- Velar para que la utilización por parte de los profesionales de medidas de sujeción en los casos en los que estén indicadas de forma ineludible, respondan a los principios de excepcionalidad, individualización, necesidad, proporcionalidad, idoneidad, graduación, mínima intensidad posible, tiempo estrictamente necesario y transparencia, debiendo adoptarse estas medidas con el respeto debido a la dignidad, a la privacidad, a la autonomía y a los derechos de la persona.
- Identificar los factores de riesgo y/o desencadenantes de conductas agresivas o de riesgo, con el fin de evitar las sujeciones.





4) Ámbito de aplicación

Este documento afecta a los residentes y profesionales de los centros de atención social del ámbito territorial de la Comunidad de Madrid: Residencias de Personas Mayores, Centros de Día para Personas Mayores, Centros para Personas con Discapacidad Física, Intelectual y Sensorial, y Centros para Personas con Problemas de Salud Mental Crónico, especialmente a aquellos que entrañan grandes riesgos vitales para sí mismo o para terceros y que no se puedan controlar mediante supervisión, vigilancia o con otras medidas alternativas previamente instauradas.

5) Profesionales y unidades organizativas especialmente afectados

Los requisitos básicos funcionales, (entre los que se encuentra la cualificación del personal) que deben cumplir todos los centros de servicios sociales en la Comunidad de Madrid, se encuentran recogidos en la Orden 612/1990, de 6 de noviembre, de la Consejería de Integración Social, por la que se desarrolla el Decreto 91/1990, de 26 de octubre, relativo al Régimen de Autorización de Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales.

En relación con el personal, establece en su punto 1.10 del Anexo I-B que “Contarán con el personal suficiente, con la titulación y la experiencia necesaria, de acuerdo con el tipo de actividad y el número de usuarios atendidos en el centro.” Por otro lado, en su punto 2.6 se establece que “Será el adecuado en número y especialización para prestar los servicios correspondientes”.

Asimismo, el punto 2.4. del Anexo B de la Orden 612/1990 establece que *“El Centro facilitará el acceso a la atención sanitaria, respetando en todo caso la elección efectuada por el usuario. En cualquier caso se garantizará que todos los usuarios reciban, por medios propios o ajenos, según proceda, la atención médica necesaria.”*

La precitada norma no recoge una cartera de titulaciones o cualificaciones concretas, correspondiendo a la entidad titular del centro garantizar que su personal dispone de la cualificación precisa para el ejercicio de las funciones encomendadas, de modo que se garantice la adecuada atención que las personas usuarias del centro requieran en los términos indicados.

Todo ello sin perjuicio de las exigencias que en relación con el personal se puedan determinar en las condiciones establecidas en los correspondientes contratos realizados con la Administración Pública, cuando se trate de plazas subvencionadas con fondos públicos.

No obstante; este documento afecta a todos los profesionales y unidades organizativas de los centros de atención social, si bien, de forma especial aunque





no exclusiva, la máxima afectación recae sobre los profesionales de atención especializada así como sobre la dirección del centro.

Las tareas y actividades más significativas de los profesionales que pueden tener el centro son las siguientes:

a) Médico: Una vez acreditado el fracaso de medidas alternativas concretas que se habían utilizado e implantado por el el Equipo Interdisciplinar de Intervención del centro (EII), se realizará la prescripción individualizada de cada una de las medidas de sujeción que excepcionalmente deban utilizarse. Reevaluará periódicamente el mantenimiento o no, de las medidas de sujeción instauradas, tras consulta y valoración con el EII.

En aquellas residencias que carecen de médico, será el del Servicio Madrileño de Salud o el facultativo de referencia quien prescribirá la sujeción en caso de que éste lo considere necesario.

b) Enfermera/o: revisará que han fracasado las medidas preventivas alternativas y disuasorias para la utilización de sujeciones. En ausencia del médico, y ante situaciones urgentes, hará la indicación, que deberá ser confirmada por el médico de referencia, el primer día que se incorpore al centro. Valorará los riesgos asociados a déficit sensoriales, fármacos, tratamientos y alteraciones psíquicas y de conducta. Prescribirá, planificará y supervisará la ejecución de los cuidados de enfermería y las medidas complementarias necesarias para la prevención de lesiones y complicaciones.

c) Psicóloga/o: realizará la pertinente valoración psicológica, buscando antecedentes y detectando los posibles factores de riesgo. Instaurará las medidas alternativas a través de actividades o programas preventivos, coordinándose con otras categorías profesionales, especialmente, aunque no de forma exclusiva, con el Terapeuta Ocupacional. Se encargarán del seguimiento de estos programas y determinarán el momento en el que estas resultan ineficaces o han fracasado, exponiéndolo a los restantes miembros del EII.

d) Trabajador Social: valorará los riesgos psicosociales predisponentes y establecerá las relaciones con la familia/tutor para obtener su colaboración ante la utilización o no, de las medidas de sujeción. Colaborará con el médico, psicólogo, terapeuta ocupacional y enfermera a través del EII para el cumplimiento de los objetivos.

e) Fisioterapeuta: realizarán la valoración funcional, en especial los riesgos asociados a la movilidad, fuerza muscular, marcha, equilibrio, déficits sensoriales y la utilización de ayudas técnicas y/o productos de apoyo o técnicas de rehabilitación disuasorias.





- f) Terapeuta Ocupacional:** realizarán la valoración funcional para las Actividades Instrumentales (AIVD) y Básicas de la Vida Diaria (ABVD), en especial los riesgos asociados a la marcha, tono postural, equilibrio, déficits sensoriales y la utilización de ayudas técnicas y productos de apoyo. Instaurará las medidas alternativas a través de actividades o programas preventivos, coordinándose con otras categorías profesionales, especialmente aunque no de forma exclusiva, con el Psicólogo. Se encargarán del seguimiento de estos programas y determinarán el momento en el que estas resultan ineficaces o han fracasado, exponiéndolo a los restantes miembros del EII.
- g) Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), Técnicos Auxiliares o Gerocultores:** realizarán los cuidados diarios básicos de cada residente, participando activamente en las medidas alternativas preventivas que le sean indicadas por la enfermera, terapeuta ocupacional o psicóloga. Se encargará de aplicar las sujeciones que excepcionalmente hayan de prescribirse, utilizando exclusivamente las prescritas, durante el tiempo indicado y aplicando los cuidados y medidas complementarias protectoras para evitar lesiones o complicaciones que se hayan indicado. Realizará y registrará todas las tareas prescritas por la enfermera según la complejidad del usuario. Colaborará con el médico, psicóloga, terapeuta ocupacional y enfermera, a través del EII para el cumplimiento de los objetivos.
- h) Supervisor o coordinador de personal de atención especializada:** organizará y controlará la ejecución del protocolo propio del centro; coordinará a los diferentes profesionales y recursos de la residencia; supervisará que todos los apartados previstos en el protocolo del centro se cumplan, especialmente la dotación y utilización adecuada de los dispositivos para la prevención de sujeciones y que en aquellos casos excepcionales que se prescriban solo se utilicen medidas de sujeción catalogadas; supervisará que se lleven a cabo los programas de supervisión complementarios para la prevención de lesiones o complicaciones y que se lleven a cabo los registros y reuniones de equipo para las reevaluaciones de las medidas excepcionalmente instauradas, etc.
- i) Director/a:** dará las instrucciones oportunas para la implantación y desarrollo del protocolo del centro. Solicitará aquel material disuasorio o preventivo que sea necesario (dispositivos de seguridad como controles de errantes, detectores de movimientos, etc.).
- j) Equipo Interdisciplinar de Intervención (EII):** El personal de atención directa varía en los centros en función de las características de los mismos. La Orden 612/1990 no recoge una cartera de titulaciones o cualificaciones concretas, correspondiendo a la entidad titular del centro garantizar que su personal dispone de la cualificación precisa para el ejercicio de las funciones encomendadas. Por lo tanto, el equipo multidisciplinar deberá estar formado por todos aquellos profesionales de atención directa con los que cuente el





centro, así como por el director, en tanto es el encargado de dar las instrucciones necesarias para la correcta aplicación de los Protocolos de sujeciones.

Por otra parte, la Orden 612/1990 de 6 de noviembre establece en el punto 3.3.1 que cuando un usuario, en razón de sus características, haya de seguir un tratamiento, cualquiera que sea su naturaleza, deberá existir un expediente personal en el que constará la información social, médica y psicológica, así como la que pueda derivarse del programa de intervención a que esté sujeto el usuario, los informes técnicos correspondientes, diagnósticos, tratamientos prescritos y el seguimiento y evaluación del programa que se le haya fijado, así como las incidencias producidas en su desarrollo.

Forma parte del expediente personal el Programa de intervención individual (PII) actualizado, donde se recogen las valoraciones, objetivos y propuestas de intervención, entre otros, para la atención integral de la persona, con la participación del EII, debiendo ser consensuado con la persona usuaria, de acuerdo con su capacidad, y/o su familia.

Además de coordinado, interdisciplinar, integral y participativo, el PII es abierto y continuo, dado que tiene que adaptarse a las necesidades y evolución de la persona, por lo que su revisión es imprescindible y necesaria para su debida actualización y adaptación. Se recomienda la introducción de un apartado en dicho Programa; recogiendo los seguimientos y reevaluaciones, las medidas alternativas planteadas y aplicadas, información a familiares; y todo aquello referido a las sujeciones prescritas de forma individualizada que se considere necesario registrar por el equipo multidisciplinar.

Respecto del Equipo Interdisciplinar de Intervención se establecen los siguientes criterios:

- a. Todos los miembros del mismo, potenciarán las actividades y programas preventivos disuasorios para la utilización de sujeciones, colaborando con los responsables de estos, especialmente con la Psicóloga y Terapeuta Ocupacional.
- b. Para la prescripción o eliminación de cualquier medida de sujeción deberá existir una valoración previa exhaustiva del usuario y de la medida a adoptar por parte de todo el equipo interdisciplinar, en la cual se basará el facultativo (médico) para la preceptiva prescripción o des-prescripción.
- c. Cualquier miembro del equipo, ante situaciones urgentes, y en ausencia del médico, psicóloga y enfermera, podrá indicar provisionalmente la utilización excepcional de algún dispositivo de





sujeción física que sea imprescindible, procediendo a dar aviso a los Servicios de Urgencia (SUMMA 112), quienes determinarán la pauta a seguir. En caso de que éstos recomienden utilizar la medida de sujeción implantada, deberá ser reevaluada por el médico de referencia el primer día que se incorpore.

- d. Reevaluará periódicamente la necesidad de mantener las medidas de sujeción y los riesgos que estas entrañan, valorando las lesiones y complicaciones, colaborando con el médico en la toma de decisiones. De acuerdo con la ORDEN 1744/2021, de 26 de julio, de la Consejera de Familia, Juventud y Política Social, por la que se aprueba el Plan de Calidad e Inspección de Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid para el período 2021-2022., las revaluaciones serán mensuales.
- e. Cualquier miembro del equipo interdisciplinar que valore como no necesaria una sujeción previamente prescrita, propondrá la retirada u otras medidas alternativas que estime oportunas; siendo éstas valoradas por el equipo interdisciplinar en el menor plazo posible y confirmadas por el médico con la mayor brevedad posible.

6) Definiciones

- a) **Sujeción Física o Mecánica:** "acción de sujetar". Cualquier método manual o dispositivo material, equipo mecánico o físico, unido o adyacente al cuerpo del usuario, que éste no sea capaz de mover o retirar con facilidad y limite su libertad de movimientos, actividad física, o el acceso normal a su propio cuerpo.

No debe confundirse la medida de sujeción que implica limitar, restringir o impedir totalmente la autonomía y/o libertad de la persona, con aquellas que sean precisas para la corrección postural e interacción social, como en el caso de las personas con discapacidad. En estos casos no es exigible la prescripción médica, si bien es preciso que quede constancia documental de la finalidad de corrección postural de la medida y del conocimiento de esta medida la persona autónoma en el expediente de la persona.

Tipos de Sujeciones:

Existen múltiples clasificaciones de las sujeciones en función de los criterios utilizados:





- **Tiempo:** Agudas aquellas que se utilizan puntualmente ante episodios aislados en forma de crisis (agitación, delirium, agresividad, etc.) y que tienen una duración generalmente en torno a días o como máximo una semana.
Crónicas aquellas en las que su utilización sobrepasa generalmente más de una semana. Es en estas últimas, en las que se entra en confrontación o se limitan derechos fundamentales como la libertad y valores como la dignidad, autoestima y/o preferencias o deseos de la persona.
- **Voluntad de la persona afectada:** pueden ser voluntarias o involuntarias. Generalmente, en los casos que nos ocupan, son mayoritariamente involuntarias.
- **Mecanismo de funcionamiento:** existen multitud de dispositivos más o menos sofisticados, algunos de ellos diseñados por la industria especializada en productos específicos para la asistencia geriátrica, perfectamente enmascarados, como si se tratase de otros objetos con múltiples beneficios para los usuarios (sillones con tablas retenedoras); si bien en todos ellos confluye un factor común y definitorio como es la restricción o limitación de los movimientos voluntarios de las personas en las que se utilizan.

Entre estos dispositivos encontramos: barras laterales y barandillas de cama; cinturones abdominales o pélvicos, chalecos o petos torácicos completos, muñequeras y tobilleras; dispositivos textiles (ropas o sábanas ajustables a la cama, habitualmente con velcro, cierres o cremalleras que solo dejan libre una o varias partes del cuerpo, pijamas o buzos con cremalleras y sábanas); butacas, sillones o sillas reclinables, sillones con tablas retenedoras a modo de mesas, sillas de ruedas frenadas o colocadas frente a obstáculos; somieres o colchones cóncavos, y cualquier disposición de mobiliario si busca restricción, limitación o dificultad de movilidad. Asimismo, las camas superbajas y sillones basculantes se considerarán sujeciones mecánicas siempre que el usuario tenga capacidad de deambulación y la posición de los mismos la impida.

- b) Contención Física:** "acción y efecto de contener, sujetar el movimiento de un cuerpo". Procedimiento por el cual se inmoviliza puntualmente a una persona con agitación psicomotriz para evitar auto/hetero-agresiones y que se lleva a cabo de forma manual por el personal que le atiende.





- c) Sujeción Farmacológica:** Ante la prescripción de cualquier medicamento susceptible de ser utilizado como sujeción química se debe registrar expresamente en la historia clínica del residente la intención que se persigue o la indicación para la que se prescribe y reevaluar su necesidad. En el caso de tratarse de una sujeción farmacológica, se deberá contar con el consentimiento informado del usuario, su representante o sus familiares, y ser reevaluado al menos cada tres meses.

Como resumen podemos decir que las sujeciones constituyen una medida de control del comportamiento mediante una limitación externa a la persona ejercida por terceros bien sea a través del cuerpo (Sujeción Física o Mecánica) o bien a través de la sedación (Sujeción Farmacológica o Química).

Todo ello podrá ser desarrollado con mayor profundidad por la Consejería competente en la materia.

- d) Prescripción:** acto a través del cual se lleva a cabo la prescripción de las medidas de sujeción. Nadie puede ser sometido a ninguna medida de sujeción que no tenga la correspondiente prescripción facultativa (médica), salvo que exista un peligro inminente para su seguridad o la de terceros, situación en la que podrá ser indicada por cualquier miembro del equipo multidisciplinar, procediendo a dar aviso a los Servicios de Urgencia (SUMMA 112), quienes determinarán la pauta a seguir. En caso de que éstos recomienden utilizar la medida de sujeción implantada, deberá ser reevaluada por el médico de referencia el primer día que se incorpore al centro.

Para los casos en los que excepcionalmente hubiera que recurrir a la prescripción de sujeciones, colaborarán con el médico todos los miembros del equipo interdisciplinar, tanto en la toma de decisiones y selección del tipo de sujeción a aplicar, así como para la retirada de las mismas; dado el carácter interdisciplinar y la complejidad de este procedimiento.

- e) Consentimiento Informado Documentado:** el consentimiento informado es el acto en el que se expresa libremente “la voluntad de las personas en la toma de decisiones responsables y reflexivas, previa información suficiente y bien comprendida por las mismas”. Para la utilización de sujeciones, se requiere siempre el consentimiento informado documentado previo.





7) Descripción del procedimiento

- a) **Valoración Integral:** Todos los miembros del equipo interdisciplinar realizarán una Valoración Integral, Multidimensional e Interdisciplinar de cada usuario.

El objetivo de la misma será la detección de alteraciones cognoscitivas, anímicas y comportamentales que hagan sospechar la existencia de una enfermedad neurodegenerativa, un trastorno psiquiátrico o la presencia de graves trastornos de conducta que precise atención específica.

La detección precoz de este tipo de alteraciones, así como su correcto seguimiento y abordaje mediante terapias, resultan cruciales en la prevención de conductas disruptivas que en gran parte de los casos son responsables de la utilización de las sujeciones.

Se recabará información sobre antecedentes previos y se procederá a realizar una valoración exhaustiva para la detección del deterioro cognitivo y de la demencia, de las posibles alteraciones psicológicas y conductuales asociadas a procesos neurodegenerativos, orgánicos u otras causas y a una valoración para la detección de trastornos psicoafectivos (depresión y/o ansiedad), mediante la batería de test o escalas estandarizadas para dicha valoración.

- b) **Detección de Factores de Riesgo:** se procederá a detectar e identificar los factores de riesgo individuales de conductas disruptivas agresivas, tanto predisponentes como desencadenantes (ambientales, personales, relacionales o de convivencia, etc.), que en la actualidad se utilizan para justificar la indicación de sujeciones a fin de prevenir su prescripción, entre los que cabe destacar los siguientes:

1) Detección de déficits arquitectónicos, estructurales, de mobiliario y de equipos de seguridad, que predisponen a un mayor riesgo de accidentalidad, caídas y siniestros.

2) Alteraciones posturales.

3) Alteraciones de la marcha, equilibrio y riesgo de caídas.

4) Déficits neurosensoriales (visión y/o audición).

5) Descartar enfermedades orgánicas condicionantes: infecciones, estreñimiento-impactación fecal, retención urinaria, prurito, disnea, dolor, etc.





- 6) Situación psíquica (deterioro cognitivo-demencia, delirium, síndromes ansioso-depresivos).
 - 7) Problemas disruptivos de conducta.
 - 8) Presencia de movimientos involuntarios y deficiente control motor.
 - 9) Necesidades psicosociales no satisfechas.
 - 10) Utilización de psicofármacos (ansiolíticos-sedantes, antidepresivos, neurolépticos...) o asociación estos a fármacos adyuvantes sin base diagnóstica justificativa. Interacciones farmacológicas, etc.
 - 11) Aplicación de tratamientos vitales (sondas, cuidados de heridas, medicación i.v., oxigenoterapia, etc.).
- c) **Medidas alternativas a la sujeción:** si en la valoración integral se detectan factores de riesgo susceptibles de corrección, se procederá por parte de todos los miembros del equipo interdisciplinar a instaurar las medidas alternativas específicas que eviten o al menos retrasen la utilización de sujeciones, entre los que cabe incluir los siguientes:
- 1) Adecuación del entorno. Entorno seguro eliminando barreras arquitectónicas y puntos de alta siniestralidad. Diseñar "pistas para erráticos".
 - 2) Medidas ambientales. Protectores en mobiliarios. Protectores de golpes en caderas y puntos de riesgo.
 - 3) Identificar, prevenir y minimizar los factores de riesgo de caídas.
 - 4) Valoración de la necesidad de ayudas técnicas, productos de apoyo y equipos de seguridad (controles de errantes, detectores de movimientos bruscos y detectores de movimientos nocturnos, etc.). Instalación de cámaras de vigilancia y seguimiento en zonas comunes.
 - 5) Mejorar el control de las alteraciones conductuales, psíquicas, neurosensoriales, trastornos del movimiento, de la marcha y del equilibrio.
 - 6) Reducir/extinguir conductas problemáticas mediante el uso de técnicas de modificación de conducta cognitivo-conductual.





7) Revisión periódica de fármacos y tratamientos predisponentes y/o desencadenantes.

8) Programas de estimulación que fomentan la autonomía, autoestima y dignidad de los/las usuarios/as con déficits cognitivos, psicoafectivos y conductuales.

9) Formar a los profesionales para la realización de los cuidados básicos (higiene, aseo, comida, etc.), que actúan como desencadenantes de conductas disruptivas.

10) Formar a los miembros del EII en la promoción del bienestar y la dignidad en los cuidados, desterrando mitos acerca de la seguridad de las sujeciones.

11) Sensibilizar a los profesionales de atención directa de la importancia de ciertas actividades de ocio y relacionales como los paseos, participar en conversaciones y actividades lúdico-recreativas, escuchar música a un nivel de sonido adecuado.

12) Fomentar una adecuada comunicación y colaboración de los profesionales con la familia, informándoles y formándoles sobre las diferentes situaciones alternativas a las sujeciones, mucho más dignificantes, pero asumiendo ciertos riesgos y evitando las complicaciones de éstas.

13) Dotar los recursos humanos necesarios, que permitan una dedicación y estimulación adecuada de las personas con trastornos psicológicos y conductuales.

14) Es necesario que los centros aborden cambios organizativos encaminados hacia las verdaderas necesidades de los usuarios, como la supervisión y vigilancia activa, la estimulación y participación de los usuarios en actividades y la planificación del trabajo. En definitiva, pequeños detalles “del día a día”, en forma de atenciones, que podemos denominar de diferentes formas eufemísticas; una de ellas como “Planificación Centrada en la Persona”.

Por lo tanto, la aplicación de una sujeción, debe ser el último recurso. Por ello una vez que se detecta una situación que puede hacer aconsejable el uso de una sujeción, se debe evaluar el uso de medidas alternativas y éstas se deberán poner en práctica antes de aplicar la sujeción. Debe acreditarse la valoración de medidas alternativas concretas para cada una de las sujeciones que se consideren necesario





aplicar, no siendo admisible la valoración genérica de medidas alternativas puesto que el objetivo es un uso racional y personalizado de las sujeciones. Asimismo, deberá constar documentalmente la valoración y/o aplicación de medidas alternativas previas a la prescripción de la sujeción, con indicación expresa de los motivos de su fracaso

Respecto a este punto, se ha de recordar que se considera como medida de sujeción o contención la utilización de mobiliario en unas condiciones, posiciones, e inclinaciones, que impiden, imposibilitan o bloquean la libertad de movimientos de las personas, que permanecen en un estado de “Bloqueo” y, todo ello, sin utilización específica de ningún dispositivo de sujeción.

- d) Prescripción y Uso de Sujeciones. Requisitos Técnicos:** la prescripción de sujeciones desde el punto de vista normativo, en el momento actual es competencia exclusiva del facultativo, si bien colaborarán en la toma de decisiones para su instauración, para la elección del tipo de sujeción, así como para la retirada de las mismas, todos los miembros del equipo interdisciplinar.

Prescripción de la Sujeción

Una vez puestos en marcha las medidas alternativas anteriormente citadas, y no habiendo obtenido una respuesta adecuada, se procederá a valorar por parte del equipo interdisciplinar la necesidad de sujeción (que siempre será específica y no general). En la prescripción médica debe figurar de forma expresa los siguientes aspectos: el motivo por el cual es necesaria la sujeción, el tipo, la duración de la misma, sin perjuicio de que se respete el plazo de reevaluación, y cuando debe ponerse. Así pues, la duración debe figurar de forma expresa en la prescripción, sin que sea admisible entender tácitamente que la sujeción tenga la duración establecida en los Planes de Calidad e Inspección de Servicios Sociales.

Se establece la siguiente dinámica de actuación:

1. Las sujeciones nunca se utilizarán por comodidad o conveniencia de los equipos de trabajo sino excepcionalmente y porque sean imprescindibles.
2. El médico informará al usuario o a sus representantes, de la necesidad de utilizar una medida de sujeción concreta.
3. El médico junto al usuario o sus representantes procederán a la correspondiente cumplimentación del consentimiento informado explícito





para dicha medida de sujeción, firmándolo ambos por duplicado, y entregándole una copia al usuario o al representante.

4. En el caso de optar por el no consentimiento, o ante negativa a firmar cualquier documento, por parte del usuario o sus representantes, cumplimentarán el correspondiente documento de “no consentimiento”.

5. En ausencia o negativa del consentimiento, si el médico en virtud de la patología de la persona considera imprescindible el uso de la sujeción, se le indicará que justifique motivadamente y por escrito el riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del usuario (artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre) y que lo comunique al Juzgado/Fiscalía correspondiente la medida adoptada restrictiva de la libertad del usuario y valorará la derivación a los Servicios de Salud Mental.

6. La prescripción de cualquier medida de sujeción requiere que sea explícita e individualizada para cada tipo de sujeción, para cada persona; pasando a continuación a solicitar el consentimiento informado documentado e individualizado de la misma.

7. Está absolutamente prohibida la prescripción extemporánea diferida en el tiempo, efectuada previamente, por si pudiera llegar a ser necesaria en el futuro, así como las prescripciones genéricas o la prescripción "condicional" (si precisa).

Aplicación de la Sujeción

Los miembros del equipo interdisciplinar procederán del siguiente modo:

1. Las medidas de sujeción que se utilicen de forma excepcional porque sean imprescindibles, deben estar autorizadas según los procedimientos establecidos en este documento y deben ser homologadas y encontrarse en perfecto estado de uso. Se revisarán a diario, periódicamente y en cada turno.

2. Seleccionarán la medida de sujeción normalizada, más adecuada para los objetivos que se persiguen y que ha sido elegida por el equipo interdisciplinar.

3. Explicarán siempre que el nivel cognitivo del usuario lo permita, de la forma más empática y tranquila posible, la medida que se va a adoptar y el porqué de la misma, para que no sea vivido como una imposición o castigo.

4. Las medidas de sujeción se reevaluarán con la frecuencia adecuada en cada caso, al menos con la periodicidad que se establezca en los Planes de Calidad e Inspección de Servicios Sociales.





5. Los sistemas de apertura de las sujeciones deben estar siempre localizados y accesibles para el personal de atención directa.
6. El Equipo Interdisciplinar establecerá la programación oportuna de cuidados en el Registro de sujeción mecánica.
7. Adicionalmente, cuando la sujeción sea de aplicación no continua, deberán especificarse los horarios o condiciones para su aplicación.
8. El centro dispondrá de un modelo de las sujeciones que más comúnmente se pueden utilizar para su uso inmediato en caso de urgencia.

Seguimiento y Revisión periódica

1. Desde la Dirección General de Evaluación, Calidad e Innovación se considera que es imprescindible revisar la correcta aplicación de la sujeción por parte del personal de atención directa cuando esté puesta, así como la realización de actuaciones complementarias de prevención de lesiones y de movilización de la persona. Es preciso e indispensable liberar a la persona de la inmovilización y realizar ejercicios de movilización (levantarle, caminar...), se le estimulará para que tome líquidos y se le desplazará al baño para que puedan satisfacer sus necesidades.

Dicha revisión deberá constar documentalmente. La Orden 612/1990 de 6 de noviembre establece en el punto 3.3.2 del Anexo I.B. establece que “Deberá establecerse un sistema de información (parte de incidencias, etcétera) para asegurar la continuidad y efectos del tratamiento o atención que venga recibiendo el usuario.”

En caso de personas que no mantengan bipedestación, se procederá a su movilización.

2. Se deberán seguir siempre las instrucciones de uso y tener siempre estas, en un lugar visible; así como no utilizar sujeciones que no estén en perfecto estado de uso.

Los nudos, hebillas, clips, lazadas y demás elementos de sujeción deben de estar visibles y en una posición que permita soltarlos rápidamente en caso de necesidad. El sistema de elección preferente será el de clip, evitando siempre que se pueda los nudos y lazadas.

2. Las sujeciones no deben provocar excesiva presión y deben permitir cambios posturales. Vigilar que la sujeción no produce dificultad respiratoria o circulatoria, cianosis, palidez de la piel, enfriamiento de extremidades, adormecimiento, hormigueo, dolor, rozaduras o quejas del residente.





Al aplicar una sujeción, buscar siempre el mantenimiento de la alineación corporal, una posición anatómica correcta y la mayor comodidad del residente.

3. Se deberá valorar siempre la dignidad, autoestima y deseos del residente. Si así lo aconsejaran las circunstancias, tratar de disimular la sujeción debajo de alguna prenda sin comprometer su facilidad de retirada en caso de urgencia.

- e) **Consentimiento Informado Documentado:** compartiendo sin ambigüedades la doctrina de que "las personas con discapacidad y con capacidades cognitivas comprometidas son verdaderos sujetos de derechos y no meros objetos de cuidados", conforme a la ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y la Ley 8/2021 de 2 de junio sobre la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica; debe solicitarse el consentimiento informado, acto en el que se expresa libremente "la voluntad de las personas en la toma de decisiones responsables y reflexivas, previa información suficiente y bien comprendida por las mismas".

En aquellos casos en los que por su nivel de discapacidad o cognitivo exista una imposibilidad para ello, se prestarán todos los apoyos posibles para una toma de decisiones adecuadas o bien se adoptará el juicio sustitutivo o consentimiento por representación (representante legal).

En el caso de las sujeciones, se requiere siempre el consentimiento informado documentado previo de la persona o su representante, excepto en dos situaciones:

- 1) Que exista un riesgo para la salud pública.
- 2) Que se trate de una urgencia vital.

En ambos casos, de forma simultánea debe darse la circunstancia de que la propia persona afectada no esté en condiciones de poder tomar decisiones. En estos últimos casos se procederá a aplicar la medida de sujeción si es imprescindible y se solicitará posteriormente, con la mayor prontitud posible, el consentimiento informado a sus representantes legales o en su defecto a sus familiares (consentimiento coetáneo o a posteriori).

El consentimiento informado deberá reflejar los efectos negativos y positivos de la aplicación de cada sujeción pautada. Así cada sujeción prescrita deberá contar con su correspondiente consentimiento informado.





- f) **Comunicación y Autorización judicial de las Sujeciones:** dado que las sujeciones atentan contra un derecho fundamental como la libertad de las personas y contra un valor de primer orden, como la dignidad; en aquellos casos en los que deban utilizarse de forma excepcional sujeciones porque hayan fracasado todas las medidas preventivas previas disuasorias de las mismas, se deberá actuar con la máxima transparencia posible.

En aquellos casos en los que existan discrepancias entre la opinión del equipo interdisciplinar y la persona afectada o sus representantes legales, y en especial en todos aquellos casos en los que exista una negativa por parte de la persona u de sus representantes legales, y pongan en riesgo su propia integridad o la de las personas del entorno; se procederá a utilizar la medida de sujeción puntualmente durante el período de crisis aguda, procediendo a la pertinente comunicación judicial y a la fiscalía de las mismas. (Modelo comunicación al juzgado / a fiscalía ante no consentimiento).

- g) **Declaración responsable del Director en el que conste la relación de usuarios con sujeción:** en los centros, mediante declaración responsable firmada por el Director, deberá constar un documento en el que se detalle la relación de personas que utilizan sujeciones, el tipo de sujeción, fecha de prescripción, fecha de última reevaluación y fecha del consentimiento informado. Dicha declaración responsable deberá estar a disposición del servicio de inspección.

Igualmente, se informa que de conformidad a la Instrucción 1/2022 de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, de forma periódica los centros remitirán la información a la Fiscalía sobre las sujeciones, en las que se detallarán las personas que utilizan sujeciones, las medidas preventivas previas que se utilizaron, el tipo de sujeción, prescripción individualizada de la medida de sujeción, consentimiento informado, medidas complementarias, revisiones de las medidas de sujeción y el protocolo que regula el uso de las mismas en el centro.

- h) **Medidas y Plan de Cuidados Complementarios:** desde el mismo momento en el que se prescribe una medida de sujeción debe prescribirse un plan de atención o un plan de cuidados y medidas complementarias dirigidas a mejorar la seguridad durante su uso evitando las lesiones, accidentes y los efectos adversos de éstas, entre las que deben incluirse las siguientes:





1. Apoyo emocional y verbal a todos los usuarios y/o familiares que lo precisen.
2. Optimizar la seguridad del usuario: eliminar el acceso a instrumentos potencialmente peligrosos: mecheros, cerillas, control de riesgo de caídas y accidentes...
3. Establecer medidas para prevenir lesiones en la piel (almohadillado, hidratación, etc.).
4. Asegurar el mantenimiento de la vía aérea.
5. Reducir el riesgo de aspiraciones (elevación del cabecero de la cama).
6. Inspeccionar y vigilar a la persona de forma periódica especialmente al inicio de su uso.
7. Garantizar el aseo y la higiene personal. El vestido será lo más normalizado posible.
8. Movilizaciones y paseos periódicos de la persona y cambios posturales para evitar las atrofas, rigidez-anquilosis o úlceras por presión.
9. Ofertar líquidos periódicamente para garantizar la ingesta necesaria.
10. Desplazamientos al baño para poder llevar a cabo la micción y defecación. Revisión periódica del absorbente en caso de que lo use y proceder al cambio cada vez que lo precise.
11. Complimentar los registros pertinentes especialmente los efectos adversos, las lesiones y complicaciones de las sujeciones y en especial los accidentes con consecuencias.

8) Recomendaciones para la elaboración de un plan de reducción de sujeciones:

Todas las personas atendidas en el ámbito del Sistema para la Autonomía Atención a la Dependencia tienen derecho a recibir una atención libre de sujeciones. El reconocimiento de la dignidad y la promoción de la autonomía de la persona debe ser el eje vertebrador de la atención y apoyos a todas las personas.

Los centros de atención residencial y centros de día deben tener un compromiso formal respecto a la reducción de sujeciones, que se acreditará mediante la existencia de un Plan de reducción de sujeciones que contemplará la reducción gradual de las mismas, siendo únicamente posible su utilización de manera excepcional.





Para la elaboración de dicho plan se establecen las siguientes recomendaciones:

- Análisis previo de la situación del centro respecto al uso de las sujeciones: en el citado análisis se recogerá la situación de partida en la que se encuentra el centro al inicio de la aplicación del plan, el número de residentes con sujeción pautada en el centro, el tipo de las sujeciones así como el perfil de los usuarios.
- Objetivos que persigue el plan, revisados de forma anual.
- Acciones a implementar por el centro para la consecución de dichos objetivos
- Elaboración de indicadores de calidad para la valoración de la consecución de los objetivos.
- Plan de formación anual al personal de atención directa en reducción de sujeciones y en los modelos de intervención de enfoque preventivo y positivo en la gestión de las conductas.
- Jornadas informativas periódicas para usuarios y familiares referidas a los aspectos más relevantes de las sujeciones.

Además, el Plan que debe valorar las preferencias de la persona residente, contendrá medidas alternativas de apoyo preventivo, positivo y respetuoso que minimicen el uso de medidas restrictivas, como las sujeciones.

Este Plan deberá ser aprobado por el equipo multidisciplinar y estará a disposición de los servicios sociales de la Comunidad de Madrid.

En el breve espacio de tiempo durante el cual se lleve a cabo la sujeción, la persona usuaria será mantenida en condiciones dignas y bajo el cuidado y supervisión inmediata y continua por personas profesionales del centro.

Para estas personas se diseñarán planes personales de eliminación de las sujeciones aplicadas que contemplen la planificación de estrategias alternativas de apoyo positivo que contribuyan a una intervención preventiva que permita la eliminación definitiva de la sujeción.

Todos los casos de utilización de sujeciones quedarán registrados en el historial de la persona usuaria.

9. Divulgación





Dirección General de Evaluación, Calidad e
Innovación
CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y
POLÍTICA SOCIAL

Corresponde a los Directores de los Centros divulgar entre los empleados afectados este documento, así como velar por su cumplimiento.

El Director General de Evaluación, Calidad e Innovación

Fdo.: Óscar López Santos



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csy
mediante el siguiente código seguro de verificación: **0889422417253589528621**



Dirección General de Evaluación, Calidad e
Innovación
CONSEJERÍA DE FAMILIA, JUVENTUD Y
POLÍTICA SOCIAL

CATÁLOGO DE MEDIDAS DE SUJECCIÓN MÁS FRECUENTES



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csy
mediante el siguiente código seguro de verificación: **0889422417253589528621**

CATÁLOGO DE MEDIDAS DE SUJECIÓN:

<p>CHALECO TORACO-ABDOMINAL CON SUJECIÓN PERINEAL. Prenda en forma de chaleco para sujeción a silla o sillón geriátrico. Impide levantarse de la silla y el desplazamiento de tronco y abdomen en la misma, proporcionando estabilidad al residente. Impide deslizamientos del residente. La porción anterior y posterior deben estar claramente diferenciadas. Se coloca sobre la ropa o pijama, aunque podrá disimularse con alguna chaqueta o bata.</p>	
<p>CHALECO TORACO-ABDOMINAL SIN SUJECIÓN PERINEAL. Prenda en forma de chaleco para sujeción a silla o sillón geriátrico. Impide levantarse de la silla y el desplazamiento de tronco hacia delante, proporcionando estabilidad al residente. No impide deslizamientos del residente. La porción anterior y posterior deben estar claramente diferenciadas. Se coloca sobre la ropa o pijama, aunque podrá disimularse con alguna chaqueta o bata.</p>	
<p>CINTURÓN ABDOMINAL EN SILLA O SILLÓN GERIÁTRICO. Dispositivo que sujeta al residente a la silla impidiendo que se levante y proporcionándole estabilidad. No debe estar demasiado ajustado alrededor del tórax o abdomen del residente, ni demasiado suelto que permita el deslizamiento. Si existe riesgo de deslizamiento del residente, no utilizar. Se coloca sobre la ropa o pijama, aunque podrá disimularse con alguna chaqueta o bata.</p>	
<p>CINTURÓN ABDOMINAL EN SILLA O SILLÓN CON SUJECIÓN PERINEAL. Dispositivo que sujeta al residente a la silla impidiendo que se levante y el desplazamiento de tronco y abdomen en la misma, proporcionando estabilidad al residente. Impide deslizamientos del residente. No debe estar demasiado ajustado alrededor del tórax o abdomen del residente, ni demasiado suelto que permita el deslizamiento. Se coloca sobre la ropa o pijama, aunque podrá disimularse con alguna chaqueta o bata.</p>	
<p>CINTURÓN ABDOMINAL EN SILLA O SILLÓN GERIÁTRICO CON CINCHAS DE SUJECIÓN TORÁCICA. Para sujeción a silla o sillón geriátrico. Impide levantarse de la silla y el desplazamiento de tronco hacia delante, proporcionando estabilidad al residente. No impide deslizamientos del residente. Debe permitir los cambios posturales en la silla. Se coloca sobre la ropa o pijama, aunque podrá disimularse con alguna chaqueta o bata.</p>	

<p>CINTURÓN ABDOMINAL EN CAMA. Dispositivo que sujeta al residente a la cama impidiendo que se levante y permitiéndole movilidad en la cama. Puede ser aconsejable utilizarlo siempre con barandillas en la cama. No debe estar demasiado ajustado alrededor del tórax o abdomen del residente, ni demasiado suelto que permita el deslizamiento.</p>	
<p>CINTURÓN ABDOMINAL EN CAMA CON MUÑEQUERAS. Dispositivo que sujeta al residente a la cama e inmoviliza uno o ambos brazos, impidiendo que se levante y permitiéndole la movilidad en la cama. No debe estar demasiado ajustado alrededor del tórax, abdomen y muñecas del residente, ni demasiado suelto, que le permita el deslizamiento.</p>	
<p>CINTURÓN ABDOMINAL EN CAMA CON MUÑEQUERAS Y TOBILLERAS Y/O CINCHAS DE SUJECCIÓN TORÁCICA. Dispositivo que sujeta al residente a la cama e inmoviliza una o ambas extremidades, impidiendo que se levante y permitiéndole la movilidad en la cama. No debe estar demasiado ajustado alrededor del tórax, abdomen, tobillos y muñecas del residente, ni demasiado suelto que le permita el deslizamiento.</p>	
<p>SUJECCIÓN DE MUÑECA O TOBILLO PARA EXTREMIDADES. Diseñada para sujetar tobillos o muñecas al bastidor de la cama o silla e inmovilizar una extremidad o todas. Proteger o acolchar las zonas de roce para evitar lesiones.</p>	
<p>MANOPLAS. Impiden al residente que agarre algo pero permiten que mueva libremente las manos.</p>	



<p>BARANDILLAS DOBLES EN EL CAMA CON O SIN PROTECCIÓN. Impiden que se caiga de la cama y permiten la movilidad y ayuda en el cambio de postura. Siempre que se pueda, deben estar recubiertas con protectores de espuma de poliuretano y tela o plástico y fijadas a la barandilla. Debe asegurarse que están completamente abiertas y bloqueadas.</p>	
<p>UNA BARANDILLA EN UN LADO DE LA CAMA Y EN EL OTRO LA PARED. En habitaciones pequeñas en las que la cama esté pegada a la pared. Impide que se caiga de la cama y permiten la movilidad y ayuda en el cambio de postura. Siempre que se pueda, debe estar recubierta con protector de espuma de poliuretano y tela o plástico y fijada a la barandilla. Debe asegurarse que está completamente abierta y bloqueada. También debe asegurarse que la cama esta con las ruedas frenadas.</p>	
<p>SUJECIÓN TIPO "PARACAIDISTA" Dispositivo que sujeta al residente a la silla impidiendo que se levante de la misma y que se deslice en el asiento, permitiendo la movilidad de tronco.</p>	
<p>SÁBANA DE SUJECCIÓN EN LA CAMA CON O SIN MANGAS. Impide al residente levantarse o caerse de la cama, así como manipular los empapadores, sondas, etc. Permite sentarse en la cama, girarse o mover libremente los brazos y piernas. Cremallera reforzada con cierre en los pies y tope superior protegido del contacto con la piel. Goma de ajuste de tensión fuerte que sujeta la sábana bajo el colchón aprovechando el propio peso del paciente.</p>	
<p>PIJAMA CORTO CON CREMALLERA EN LA ESPALDA Indicado para usuarios con demencia; tiene las mangas y piernas cortas y cremallera en la espalda para usarlo como ropa interior. El usuario no puede quitárselo sin ayuda, por lo que no podrá desnudarse totalmente él solo, ni manipular los absorbentes si los usa.</p>	



<p>PIJAMA LARGO CON CREMALLERA EN LAS PIERNAS</p> <p>Indicado especialmente para residentes con incontinencia y demencia; tiene las mangas y piernas largas para usarlo como pijama, con la cremallera en la parte interior de las piernas (de tobillo a tobillo) y el carro tapado por una solapa de tela, de manera que el usuario no puede abrirla y manipular los empapadores.</p> <p>Se puede cambiar fácilmente el empapador sin necesidad de quitar el pijama. También está indicado en usuarios con manipulaciones de excrementos, con tendencia a las lesiones y desgarros púbicos, y para proteger las lesiones de la piel por rascado.</p>	
<p>PIJAMA LARGO CON CREMALLERA EN LA ESPALDA Y EN LAS PIERNAS</p> <p>Indicado especialmente para residentes con incontinencia y demencia; tiene las mangas y piernas largas para usarlo como pijama. Tiene una cremallera en la espalda para facilitar su colocación y una la cremallera en la parte interior de las piernas (de tobillo a tobillo) y el carro tapado por una solapa de tela, de manera que el usuario no puede abrirla y manipular los empapadores.</p> <p>Se puede cambiar fácilmente el empapador sin necesidad de quitar el pijama.</p> <p>También está indicado en usuarios con manipulaciones de excrementos, con tendencia a las lesiones y desgarros púbicos, y para proteger las lesiones de la piel por rascado.</p>	
<p>SOPORTE-MESA PARA SILLA DE RUEDAS O SILLÓN, QUE AYUDA A MANTENER EL TONO POSTURAL, E IMPIDE DESLIZARSE O LEVANTARSE</p> <p>Soporte en forma de mesa, que puede ser transparente u opaca (tabla), se apoya sobre los reposabrazos de la silla de ruedas, de la silla o del sillón geriátrico, y se sujeta con un sistema de anclajes a la misma, o mediante una cincha por detrás del respaldo, de forma que el cierre queda fuera del alcance del usuario.</p>	
<p>SISTEMA DE SUJECCIÓN DE LOS TOBILLOS A LAS SILLA DE RUEDAS, SILLA O SILLÓN GERIÁTRICO</p> <p>Dispositivo que sujeta los pies a los reposapiés de la silla de ruedas, sillas o sillones geriátricos.</p> <p>Se pueden utilizar como parte del sistema de posicionamiento o para evitar lesiones en caso de movimientos involuntarios del residente o en casos de agitación psicomotriz.</p>	





CONSENTIMIENTO / NO CONSENTIMIENTO DE MEDIDAS DE SUJECIÓN

Nombre y apellidos del Residente:

DNI:

Don/Doña: con DNI:

en calidad de: del Residente

(Para residentes con sentencia de incapacidad o presuntos incapaces)

Nombre y apellidos del profesional que informa:

Cargo que ocupa:

Los sistemas de sujeción que se utilicen de forma excepcional, siempre estarán determinados por la necesidad inherente del usuario o imprescindibilidad, siempre tras el fracaso de todas las medidas preventivas previas instauradas y después de una evaluación sistemática del mismo, con el único objetivo de proteger su integridad y la del entorno, minimizar los daños que pudieran producirse, facilitar las medidas terapéuticas (sueros, sondas, etc.), o controlar situaciones de alteración de conducta (autoagresión, heteroagresión, intentos autolíticos, etc.), alteraciones de conducta que suponga un grave riesgo para el usuario o su entorno, así como accidentes, etc.

El uso de sujeciones puede asociarse a complicaciones de diferente severidad, que se ven minimizadas cuando se actúa de forma profesional y con el uso de protocolos adecuados

Estas medidas se adoptarán única y exclusivamente en caso de necesidad, después de valorar otras alternativas posibles y siempre buscando el bienestar del residente.

Estas medidas, no podrán ser definitivas, se colocarán de forma segura, que no impida la circulación, con acolchamientos en zonas que lo precisen.

Se utilizarán los medios autorizados pertinentes, en función de las necesidades que el usuario presente en cada momento; comunicando a los tutores o familiares cualquier cambio sustancial.

Se colocarán de forma que sea fácil soltarlas en caso de emergencia, así como en posición anatómica, proporcionando el apoyo emocional y verbal que el residente precise.

Se reevaluará de forma periódica la necesidad de continuar o no con la medida instaurada.

Las sujeciones y contenciones físicas pueden producir los siguientes efectos positivos:

FISICOS	PSICOLOGICOS
Prevención de caídas de repetición.	Control de la agitación y otras alteraciones conductuales que puedan causar daño o representen una amenaza para la integridad física del propio usuario o la de otros.
Para prevenir autolesiones o lesiones a otras personas.	En cuadros de agitación psicomotora no controlable por otros procedimientos terapéuticos.
Como último recurso para poder mantener una terapia o programas terapéuticos propios o ajenos (arranque de vías, sondas, catéteres, etc.) y/o protección de instrumentos.	En la prevención de conductas de riesgo por vagabundeo.
Cuando no exista otra medida alternativa que pueda solucionar el problema que da origen a la necesidad de aplicar la misma.	





Las sujeciones y contenciones físicas pueden producir los siguientes efectos adversos:

FISICOS	PSICOLOGICOS
Dolor	Miedo
Lesiones en zona de contacto del dispositivo (úlceras y laceraciones)	Vergüenza
Lesiones inmediatas al intentar librarse la persona de ellas (fracturas, agotamiento por forcejeo, muerte súbita)	Ira/Agresividad
Lesiones por compresiones mantenidas de alguna parte del cuerpo (problemas circulatorios graves, neurológicos e incluso muerte por asfixia)	Aislamiento
Aumento de riesgo por infecciones	Depresión
Aumento de riesgo de incontinencia	Aislamiento social
Disminución de apetito/aumento de riesgo por desnutrición	Apatía
Aumento de riesgo de estreñimiento e impactación fecal	Problemas de conducta
Pérdida de tono y fuerza muscular	Confusión
Mayor riesgo de caída	Malestar Psicosocial

Además, en este caso en particular, los riesgos son: (a cumplimentar por la entidad):.....

El presente documento viene referido al consentimiento/no consentimiento de la siguiente medida de sujeción/contención física prescrita:

D/Dña....., con nº de Colegiado.....y medico de la Residencia/Centro de Día....., considera necesario aplicar la siguiente medida de sujeción/contención física:	
TIPO:	
FECHA DE LA PRESCRIPCIÓN:	DURACIÓN DE LA MEDIDA:
USO DE LA SUJECION/CONTENCION:	
Diurno: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nocturno: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
De a horas.	De a horas.
De a horas.	De a horas.
De a horas.	De a horas.
MOTIVO:	





DECLARACIÓN DE ENTERADO Y CONSENTIMIENTO O RECHAZO

En este caso particular, se ha considerado que esta es la medida más adecuada y se ha informado de las posibles consecuencias de no aplicar la medida que se me propone.

Se ha comprendido las explicaciones que se han facilitado en un lenguaje claro y sencillo; el profesional que ha atendido ha permitido realizar todas las observaciones y ha aclarado las dudas planteadas.

También se ha comprendido que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación se puede revocar el consentimiento que ahora se presta.

Se comprende el alcance y los riesgos de la aplicación de medidas de sujeción física, siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de dichas medidas sea el más satisfactorio.

Doy el consentimiento para la utilización de Medidas de Sujeción Mecánica, anteriormente señalada; a fin de evitar o disminuir accidentes, agresiones, así como para poder suministrar los tratamientos y cuidados adecuados que se precisan. Conociendo que la medida de sujeción intenta evitar daños mayores del usuario a los que pudieran causar las medidas en sí mismas.

En..... a..... de..... de 20.....

Fdo: Médico responsable	Fdo: Residente	Fdo: Representante

NO doy el consentimiento para la utilización de Medidas de Sujeción Mecánica. En este caso el Centro dará oportuno conocimiento al Ilmo. Sr. Juez / Ilmo. Sr. Fiscal y podrá realizar las interconsultas pertinentes.

En..... a..... de.....de 20.....

Fdo: Médico responsable	Fdo: Residente	Fdo: Representante

REVOCACIÓN

REVOCO el consentimiento prestado en la fecha arriba indicada,

En..... a..... de.....de 20....

Fdo: Residente Fdo: Representante



