

DOCUMENTO DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Actualización de la aplicación normativa
en materia de sujeciones
a personas mayores

Abril 2024



**Comunidad
de Madrid**



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

Edita: Comunidad de Madrid

Elaborado: Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia

Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales

Publicado: mayo de 2024



INTRODUCCIÓN	6
1. CONSENTIMIENTO	7
1.1. DEFINICIONES	7
Pregunta 1	7
Pregunta 2	8
Pregunta 3	8
Pregunta 4	8
Pregunta 5	9
1.2. JUZGADO/FISCALÍA	9
Pregunta 6	9
Pregunta 7	9
Pregunta 8	10
Pregunta 9	10
2. DEFINICIONES	11
2.1. DEFINICIONES GENERALES	11
Pregunta 10	11
Pregunta 11	12
Pregunta 12:	12
2.2. DEFINICIONES SOBRE FÁRMACOS	13
Pregunta 13:	13
Pregunta 14:	13
2.3. DEFINICIONES SOBRE SUJECIONES FÍSICAS	13
Pregunta 15:	13
3. DISPOSITIVOS	14
3.1. ALTERNATIVAS	14
Pregunta 16:	14
3.2. BARANDILLAS	15
Pregunta 17:	15
Pregunta 18:	15
Pregunta 19:	16
Pregunta 20:	16
3.3. CAMAS	16
Pregunta 21:	16
Pregunta 22:	17
Pregunta 23:	17
3.4. CONTROL POSTURAL	17
Pregunta 24:	17
Pregunta 25:	18
3.5. DEFINICIONES	18
Pregunta 26:	18
3.6. DOTACIÓN	18
Pregunta 27:	18
3.7. ERRANTES	19
Pregunta 28:	19
Pregunta 29:	19
Pregunta 30:	19



Pregunta 31:.....	20
3.8. SILLONES.	20
Pregunta 32:.....	20
Pregunta 33:.....	20
4. FORMACIÓN.	21
Pregunta 34.....	21
5. JUZGADO/FISCALÍA.	21
Pregunta 35:.....	21
Pregunta 36:.....	21
Pregunta 37.....	21
Pregunta 38.....	22
Pregunta 39.....	22
Pregunta 40.....	22
6. MEDIDAS.	22
Pregunta 41:.....	22
Pregunta 42.....	22
Pregunta 43:.....	23
Pregunta 44:.....	23
Pregunta 45:.....	24
Pregunta 46:.....	24
Pregunta 47:.....	25
Pregunta 48:.....	25
Pregunta 49:.....	26
Pregunta 50:.....	26
Pregunta 51:.....	26
7. PRESCRIPCIÓN.	27
Pregunta 52:.....	27
Pregunta 53:.....	28
8. REVISIÓN/REEVALUACIÓN.	29
Pregunta 54.....	29
9. RECOMENDACIONES DE USO DE SUJECIONES.	30
9.0 ALGORITMOS SOBRE SUJECIONES FÍSICAS O MECÁNICAS.	35
9.1 ALGORITMO SOBRE SUJECIONES FÍSICAS O MECÁNICAS: BARANDILLA DE CAMA UNILATERAL Y “MEDIA BARANDILLA”	36
9.2 ALGORITMO SOBRE SUJECIONES FÍSICAS O MECÁNICAS: SILLONES ERGONÓMICOS CON TABLA DELANTERA DESMONTABLE	37
9.3 ALGORITMO SOBRE SUJECIONES FÍSICAS O MECÁNICAS: SILLONES RECLINABLES O BASCULANTES	38
9.4 ALGORITMO SOBRE SUJECIONES FÍSICAS O MECÁNICAS: CAMAS BAJAS, “SUPERBAJAS” O “ULTRABAJAS”	39
9.5 RESUMEN GENERAL DE SUJECIONES	40





INTRODUCCIÓN.

Tras la publicación de la Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad, la Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social organiza un ciclo de conferencias con el fin de analizar los recientes cambios normativos que afectan a la aplicación de sujeciones en los centros para personas mayores en la Comunidad de Madrid.

Este cambio normativo responde a una, cada vez mayor, concienciación social sobre la importancia de la voluntad de la persona respecto a los cuidados que ha de recibir frente a una visión excesivamente proteccionista de este colectivo, que ha propiciado que las sujeciones, lejos de contemplarse como una medida excepcional, se conviertan en algo habitual y normalizado en estos centros.

La Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia (en adelante DGAMD) quiere avanzar en conocimiento y aplicación de un modelo de atención a mayores que promueva conocimiento, respeto y ejercicio de sus derechos. Esto está especialmente indicado para aquellas personas mayores más vulnerables, que por su grado de dependencia y/o situación de soledad u otras condiciones sociales, viven en contextos institucionales.

La DGAMD es especialmente sensible a las cuestiones éticas que pueden derivarse de la provisión de cuidados y apoyos especialmente, pero no solo, en el ámbito de los servicios profesionalizados. De este posicionamiento que se asienta en el modelo de atención integral centrada en la persona, se derivan intervenciones que, además de cuidados, procuren a las personas entornos con oportunidades para participar con la máxima autonomía y seguridad posible, en actividades de valor para el bienestar de las personas. Ello requiere de un esfuerzo de las organizaciones en diferentes aspectos y uno de ellos se dirige hacia la prestación de servicios libres de sujeciones. Las experiencias de buenos resultados en este sentido, parecen pivotar en una intervención centrada en la persona que enriquezca la individualización de la atención, pero también se advierten o se detectan dificultades para implementar esta metodología en organizaciones complejas y especialmente en casos de personas que presentan conductas disruptivas que pueden ser consideradas de difícil manejo (en los que a veces se aplican sujeciones).

Es necesario abordar estas dificultades para facilitar soluciones adecuadas. En este sentido, desde la DGAMD se considera indispensable que haya espacios de encuentro entre profesionales en los que compartir propuestas de trabajo y experiencias que faciliten nuevas aplicaciones en otros centros, sean de ayuda a otros profesionales o contribuyan a entender mejor el envejecimiento y las terapias de intervención no farmacológicas que parecen correlacionar con menor indicación de uso.

En respuesta a lo anterior, desde la DGAMD se ha propuesto una línea de conferencias que facilite estos encuentros y que sirva de estímulo a todas las organizaciones y profesionales a trabajar por esta mejora de los servicios que buscan la calidad de vida percibida por las personas usuarias, como resultado.

Este primer ciclo de conferencias pone el foco en diferenciar lo que es y no es sujeción, pero se realizarán nuevos ciclos de conferencias en los que se abordarán las medidas alternativas y las terapias no farmacológicas como elemento vertebrador de este nuevo modelo de intervención que prima el buen trato a la persona mayor.

En este documento se recogen las respuestas a las preguntas planteadas por los asistentes al **“I ciclo de conferencias: actualización de la aplicación normativa en materia de sujeciones a personas mayores”**. En él, se abordan las principales cuestiones en torno a las sujeciones aplicadas a colectivos de una forma genérica, como las personas mayores, las personas con discapacidad, sin ahondar en las diferentes enfermedades, condiciones particulares, etc. de estos colectivos, que pudieran implicar un diferente uso o no de las sujeciones como acontece en determinados síndromes específicos dentro de la discapacidad intelectual, la esclerosis lateral amiotrófica, la esclerosis múltiple, parapléjicos, etc., que requieren una



consideración especial. Este documento es fruto del trabajo conjunto de diferentes profesionales que desde su ámbito de trabajo han dado lugar a un documento dinámico, que se corresponde con los conocimientos actuales y que refleja los posicionamientos actuales en materia de sujeciones.

Podrán ver que las respuestas pueden estar contestadas desde varias instituciones por lo que recibirán una visión general en cuanto a la respuesta de la duda planteada. No obstante, algunas de estas respuestas se han aglutinado de forma que sólo responde una institución cuando todas ellas coinciden en la respuesta, con el fin de evitar que el documento se alargue innecesariamente.

El documento cuenta con un apartado final de recomendaciones de uso para determinados tipos de sujeción en los que a fecha de hoy hay dificultades para establecer una respuesta común por parte de los diferentes ámbitos institucionales. Estas recomendaciones tienen como fin homogeneizar las diferentes respuestas a las preguntas con el fin de evitar diferentes interpretaciones que puedan afectar a la intervención que se realice con la persona mayor. No obstante, ha de tenerse en cuenta que algunas de las instituciones implicadas en estas jornadas como los cuerpos de inspección o las fiscalías, en su labor diaria deben interpretar y tomar decisiones basadas en criterios objetivos, evitando interpretaciones subjetivas que conllevarían a una gran variabilidad en función de la sensibilidad, opinión o creencias de cada persona, perdiéndose con ello el principio de igualdad de las personas o de las instituciones ante la ley, en función del inspector o persona que juzga.

Los ponentes que dan respuesta a través de sus instituciones son:

- Por la Agencia Madrileña de Atención Social (AMAS en adelante):
 - **D. Primitivo Ramos Cordero**, Director Coordinador Sanitario Asistencial de la Agencia Madrileña de Atención Social.
- Por la Subdirección General de Inspección de Centros y Servicios Sociales (Inspección en adelante):
 - **D. Ildelfonso Montero Tineo**, Subdirector.
 - **Dña. Carmen Zeledón Martínez**, Inspectora.
- Por la Subdirección General de Centros y Servicios (DGAMD en adelante):
 - **Dña. Rocío Cruz Sánchez**. Jefa del área de Gestión y Coordinación Administrativa.
 - **D. Román Esteban Niveiro**. Técnico de control y seguimiento de las residencias de personas mayores financiadas con fondos públicos.
- Por la Fiscalía Provincial de Madrid (Fiscalía en adelante):
 - **Dña. Bárbara Bande López**. Fiscal.

1. CONSENTIMIENTO.

1.1. DEFINICIONES.

Pregunta 1:

“Si la persona está incapacitada, ¿quién toma la decisión el tutor o el juez?”

Respuesta desde Fiscalía: En el supuesto que de que haya una sentencia de provisión de apoyos corresponderá a la persona designada como curador y el juez sólo resolverá en el supuesto de que el curador no lo autorice y se considere necesario. En la actualidad no se puede hablar de sentencia de incapacitación ni de tutor al amparo de la Ley 8/2021.

El resto de los participantes asumen este criterio.



Pregunta 2:

“¿Es necesario consentimiento informado para ubicar a un residente en una cama al suelo/ultrabaja, cuando ésta no se está utilizando a modo de contención, al no tener capacidad de deambulación? ¿Y si el residente es capaz de bipedestar sin ningún equilibrio y predomina según se estudia, que rueda de la cama en más ocasiones de las que se levanta?”

Respuesta desde la AMAS: Si es capaz de incorporarse y levantarse de la cama y por tanto no le limitamos ningún movimiento (es decir, utiliza la cama baja para que, en alguno de sus posibles impulsos de levantarse, el riesgo de caídas probablemente ya constatadas, fuese el menor posible), no cumple criterios de medida de sujeción. Independientemente de que tenga o no capacidad de deambular. Es decir, una persona con capacidad para deambular, pero a la que la cama baja se lo impide cuando pretende levantarse y no puede efectuar dicha actividad; produciéndole ansiedad, agitación, irritabilidad, etc., por limitación de movimientos; en este caso la cama baja debería considerarse una sujeción. (*Ver apartado 9. Recomendaciones de uso*).

Respuesta desde Inspección: Será necesario el consentimiento informado SIEMPRE que se prescriba una medida de sujeción. Lo que ha de plantearse es si la medida a adoptar se considerará sujeción o no, siempre teniendo en consideración el estado del residente. Se considerará sujeción: 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.

Respuesta desde Fiscalía: Debe estar claro que no existe limitación de movimiento, en una persona que previamente lo tenía, aunque no hay capacidad de deambulación. Lo importante es que toda limitación de movimientos debe ser considerada una medida de sujeción y que debe constar el consentimiento informado.

Pregunta 3:

“¿Qué datos mínimos deben constar en el consentimiento informado? En concreto, ¿es imprescindible que consten en el mismo las medidas preliminares adoptadas o bastaría con reflejarlas en la historia clínica del paciente?”

Respuesta desde la AMAS: Debe contener los datos mínimos garantista del fin que persigue (información veraz, rigurosa, transparente, comprensible, bien explicada con la que tomar una decisión libre y explícito para cada tipo de sujeción). En este sentido debe al menos explicar la medida a utilizar, el por qué (falta de alternativas y fracaso de programas preventivos disuasorios previos), ventajas e inconvenientes, riesgos principales y decisión libre de la persona (consentimiento/no consentimiento).

Respuesta desde Inspección: El documento relativo al consentimiento informado deberá recoger, como mínimo, la identificación del residente, la medida a adoptar, los motivos por los cuales se toma la medida, los efectos positivos y negativos que puede conllevar la aplicación de la medida pautada, el intervalo de tiempo en el que dicha medida será aplicada, la duración de la misma. Toda aquella información que permita tomar una decisión informada al firmante. Las medidas alternativas podrán ser recogidas en el historial del residente y ser accesibles, cuando se requiera, por los servicios de la Comunidad de Madrid.

Pregunta 4:

“¿Hay algún modelo de consentimiento informado que recoja todos los requisitos imprescindibles y que pueda ser recomendado?”



Respuesta desde la AMAS: Existen múltiples modelos. Muchos muy completos y que cumplen a la perfección con la filosofía de la ley 41/2002. Pero lo importante: información rigurosa, veraz, transparente, que sea absolutamente comprensible y elección libre y responsable. Explícito para cada tipo de sujeción y firmado con copia.

Respuesta desde Inspección: En el documento remitido en junio de 2022 a todos los centros residenciales y centros de día autorizados por la Comunidad de Madrid, denominado CRITERIOS DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CON ENFERMEDAD MENTAL, se recoge un modelo de consentimiento informado.

Pregunta 5:

“Hay algún modelo consentimiento informado en el que se incluyan los riesgos no sólo de las sujeciones sino también de las alternativas”.

Respuesta desde la AMAS: Las ventajas y riesgos deben constar claramente en el consentimiento o ante cualquier intervención trascendente, según el Art. 8 de la Ley 41/2002: "ante una intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, para la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud, como acontece en el caso de las sujeciones".

Respuesta desde Inspección: El consentimiento informado viene referido a aquellas medidas adoptadas que sean consideradas sujeción o contención, ya que estas suponen riesgos e inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa. Las medidas alternativas se plantean para evitar o minimizar dichos riesgos.

Respuesta desde Fiscalía: El consentimiento informado sólo se exige cuando se considera que es necesario que se adopte una medida de sujeción al no haber tenido efectos satisfactorios las medidas alternativas por lo que incluir los riesgos de las medidas alternativas no deberían hacerse constar, ya que las mismas ya habrían sido aplicadas con resultado negativo para el paciente.

1.2. JUZGADO/FISCALÍA.

Pregunta 6:

“En caso de que una restricción física o química no cuente con el respaldo del familiar, ¿Debería ser comunicada por el médico a juzgado o fiscalía?”

Respuesta desde la AMAS y desde Inspección: Si el equipo interdisciplinar estima imprescindible para mantener la integridad propia o de terceros o para la aplicación de un procedimiento vital, se aplicaría y enviaría al Juzgado/Fiscalía comunicación razonada de los hechos.

Respuesta desde Fiscalía: La petición debe realizarse al Juzgado como en los supuestos de los internamientos involuntarios. El Fiscal informará en el momento en el que el juzgado le dé trámite para ello. La petición directa al juzgado se debe realizar por razones de urgencia.

Pregunta 7:

“Estamos en el proceso de eliminación de sujeciones en la residencia y tenemos la negativa absoluta de algunos familiares a la retirada de la misma. ¿Cómo actuar en estos casos?”



Respuesta desde la AMAS: Si el equipo interdisciplinar tiene seguridad de que no son necesarias y que la eliminación supera los beneficios/riesgos a estar sujeto; debería procederse a la comunicación razonada al Juzgado/Fiscalía de los hechos.

Respuesta desde Fiscalía: Las medidas de sujeción deben tener carácter excepcional y de absoluta provisionalidad (el tiempo estrictamente necesario), con aplicación de criterios de necesidad médicos. Al igual que en los internamientos cuando la medida ya no es médicamente aconsejable no debería mantenerse.

Pregunta 8:

“Tras haber llevado a cabo el estudio por parte del equipo interdisciplinar (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, coordinadora de enfermería) de un caso con riesgo de caída y que mantiene contención y determinar la retirada del mismo y establecimiento de medidas alternativas, si esa persona cae y a consecuencia de esta caída fallece, ¿En qué posición se encuentra el equipo en caso de denuncia?”

Respuesta desde la AMAS: Deberían analizarse 4 vertientes: 1º) La propuesta de retirada de Sujeciones que se expone en el caso, es una decisión muy bien tomada. 2º) La persona de apoyo o la familia, ¿se negaban a la retirada de sujeción? Si se negaban se habría comunicado al Juez/Fiscalía explicando lo que pretendía y actuaría según determinasen en su contestación; 3º) Si la persona de apoyo o familia no se negaron y prestaron el consentimiento, se debería pasar a la siguiente fase: 4º) ¿En la caída posterior media negligencia, descuido o falta de pericia?, es decir, ¿se ha actuado con la máxima profesionalidad? A partir de ese análisis, obviamente el equipo queda expuesto a cualquiera de las opciones que con mayor o menor acierto quieran emprender, pero a buen seguro no tendrá más recorrido legal.

Respuesta por parte de Inspección: Se determinará caso por caso, debiendo tener en cuenta al menos el/los fundamento/s para la retirada de la sujeción, la existencia o no de consentimiento informado, la existencia de autorización judicial y la valoración de la actuación del personal, debiendo dejar registro de todos ellos.

Respuesta por parte de Fiscalía: Al igual que todos los profesionales en el ámbito de nuestro trabajo podemos estar expuestos a denuncias lo mismo ocurriría en este supuesto. Si el equipo multidisciplinar ha realizado un buen trabajo en cuanto a valorar que la medida de sujeción ya no es necesaria, que las medidas alternativas son las más adecuadas y se ha informado de forma correcta al usuario o a sus familiares quedando constancia documentada de todas estas circunstancias no es previsible que la denuncia avance; pero todo ello sin perjuicio de que se analice supuesto por supuesto como corresponde si llega a judicializarse la situación.

Pregunta 9:

“¿Qué se debe hacer ante la negativa al uso de sujeciones y a firmar el consentimiento informado o cualquier otro documento por parte del representante de una persona?”

Respuesta desde la AMAS: Si el equipo interdisciplinar estima imprescindible para mantener la integridad propia o de terceros o para la aplicación de un procedimiento vital, se aplicaría la medida pertinente y se enviaría al Juzgado/Fiscalía comunicación razonada de los hechos.

Respuesta desde Inspección: De acuerdo con el párrafo segundo del apartado F) comunicación y Autorización judicial de las Sujeciones, punto 7 del documento CRITERIOS DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CON ENFERMEDAD MENTAL: 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 ante no consentimiento).

2. DEFINICIONES.

2.1. DEFINICIONES GENERALES.

Pregunta 10:

“¿Cuál es la diferencia entre contención y medida alternativa? Ejemplo: sillón basculante para una persona con capacidad para andar, ese mismo sillón para una persona que no anda, pero se desliza en el sillón hasta el punto de caer al suelo. En el primer caso, entiendo que sería una contención, pero en el segundo, ¿sería una medida alternativa? ¿La diferencia sería el objetivo por el que se pone dicha contención? Debería clarificarse en la Instrucción”.

Respuesta desde la AMAS: no se deberían considerar exclusivamente como medidas alternativas a las sujeciones los sillones basculantes o las camas bajas. Es decir, ceñirlo a dispositivos tecnológicos; ya que aún en este caso, existen otros muy variados como los controles de errantes, geolocalizadores, arcos de control de errantes-escapistas, pistas para errantes, mobiliario protector, etc. Pero es que las medidas alternativas van más allá de lo exclusivamente tecnológico, ya que constituyen un amplísimo espectro de medidas sobre todo preventivas previas o disuasorias para no tener que utilizar si fuese posible ningún artilugio o dispositivo, entre las que podemos citar: programas de psicoestimulación, entretenimiento y ocio, terapia conductual-cognitiva, psicoterapia, reminiscencia, psicomotricidad, etc., etc., etc. que en ocasiones evitan utilizar dispositivos o instrumentos más o menos intrusivos. (*Ver apartado 9. Recomendaciones de uso*).

Los sillones basculantes o camas bajas: siempre que la persona los pueda utilizar o manejar sus mecanismos (quitando la inclinación en el sillón o elevando la cama hasta poder ejercer el movimiento que pretende: levantarse, incorporarse, etc.) no sería ninguna sujeción porque no reúne los criterios definitorios. No le limita.

Ahora bien, el usuario que no tiene capacidad de manejar dichos dispositivos y está en ellos con la intención implícita o explícita de que de allí no se podrá mover, generándole esta situación un estado de inquietud, ansiedad, irritabilidad, etc., porque no puede levantarse o incorporarse... esto sí que es una sujeción pues cumple clarísimamente los criterios definitorios.

Respuesta desde Inspección: Nos remitimos al documento "Criterios de prevención y uso de sujeciones físicas en centros residenciales y centros de día para personas mayores, personas con discapacidad y con enfermedad mental".

Sujeción Física o Mecánica: 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.

Contención Física: 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.



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. En la página 16 del documento se enumeran algunos ejemplos de medidas alternativas.

Respuesta desde Fiscalía: La contención siempre va a suponer una limitación de movimientos. La Instrucción de Fiscalía no deja de ser una norma interna de la propia fiscalía donde se recogen elementos jurídicos y no médicos.

Pregunta 11:

“¿La no aplicación de una medida de sujeción, como promueven algunos movimientos asociativos y empresas cuyo negocio se basa en la no utilización de estas medidas, podría tipificarse como un "delito de omisión de socorro"?”

Respuesta desde la AMAS: La no aplicación de una medida de sujeción siempre que no sea necesaria e imprescindible es algo a aplaudir. Es la normalidad en la que todos vivimos. No se daría omisión de ningún socorro. Otro tema es que nos encontrásemos ante una situación crítica de peligro inminente de la integridad de una persona o de terceros y que no actuásemos; o bien que tuviera necesidad de un tratamiento vital para su subsistencia y no colaborase o lo rechazase, no de una forma responsable debido a su falta de capacidad o juicio. En estos dos últimos casos podríamos estar hablando de otra cosa que deberá ser analizada por la justicia.

Respuesta desde Fiscalía: Es al equipo multidisciplinar del centro en cada supuesto al que le corresponde determinar si procede o no la aplicación de una medida de sujeción, sin olvidarse del carácter excepcional, proporcional, de necesidad y provisionalidad.

Pregunta 12:

“Cuando un médico intuya que en una persona son previsibles los brotes de agitación y agresividad, ¿se podría firmar un consentimiento para el uso de estas sujeciones en esos momentos puntuales?”.

Respuesta desde la AMAS: Sería más garantista que al menos hubiera habido episodios previamente constatados, y en el momento en que puntualmente ocurriesen (constatados), el profesional de enfermería o el profesional sanitario de mayor rango podría aplicar provisionalmente un dispositivo proporcional consultando a los servicios de urgencia y al médico de referencia del centro tan pronto como pueda. Según se encuentra articulado y admitido en la propia Instrucción 1/2022 de 19 de enero de la Fiscalía.

Respuesta desde Inspección: Deberá quedar registrado el fundamento objetivo para el uso de sujeciones según se establece en el apartado 7: "descripción del procedimiento" del documento "Criterios de prevención y uso de sujeciones físicas en centros residenciales y centros de día para personas mayores, personas con discapacidad y con enfermedad mental", este apartado recoge lo siguiente: *“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).”* Excepcionalmente en caso de urgencia podría ser acordada la medida sin el consentimiento obteniendo el mismo a la mayor rapidez posible (Art 9 Ley 41/2002).

Respuesta desde Fiscalía: Los consentimientos no pueden ser genéricos ni diferidos en el tiempo. Debe ser explícito para cada situación y para cada persona. Excepcionalmente en caso de



urgencia podría ser acordada la medida sin el consentimiento obteniendo el mismo a la mayor rapidez posible (Art 9 Ley 41/2002).

2.2. DEFINICIONES SOBRE FÁRMACOS.

Pregunta 13:

“Lo que más duda nos genera es referente a las sujeciones químicas, ¿qué fármacos se consideran? sí son pacientes con demencia con pautas crónicas, ¿también se considera sujeción? ¿o no? En definitiva, aclarad las sujeciones químicas”.

Respuesta desde la AMAS: Existe consenso en definir como "sujeción farmacológica o química" a la utilización fundamentalmente de psicofármacos, especialmente benzodiazepinas y antipsicóticos, así como otros fármacos con efecto sedante, con la intención deliberada de producir un efecto puramente sedativo, limitando los movimientos, la actividad física, actividades de la vida diaria y el funcionamiento mental (pensamiento, expresión y/o comportamiento). A veces estos efectos se persiguen y consiguen con otros medicamentos que no son propiamente psicofármacos. El uso de psicofármacos está claramente indicado para el control de síntomas negativos (delirios, alucinaciones, insomnio, ansiedad, depresión, etc.), en el seno de enfermedades psiquiátricas u orgánicas; siempre que no exista un tratamiento alternativo mejor y se utilicen a las dosis y durante el tiempo necesarios, reevaluando su seguridad y eficacia y por supuesto siempre que no limiten o restrinjan la movilidad ni la actividad física o las actividades de la vida diaria, ni su funcionamiento mental; en estos casos, es obvio que no constituye una sujeción farmacológica.

Pregunta 14:

“Algunas corrientes piensan que siempre que los psicofármacos estén prescritos por un médico o psiquiatra, no son sujeciones. ¿Qué opinión les merece?”

Respuesta desde la AMAS: Este no debe ser el concepto para considerarlos o no sujeciones farmacológicas o químicas; ya que por normativa no es posible que no estuvieran prescritos por estos profesionales. Es obligatorio que los tengan que prescribir dichos profesionales siempre que se utilicen. Aún en el caso de estar prescritos por un médico o psiquiatra siempre que exista un tratamiento alternativo mejor, se utilicen a dosis más altas y durante más tiempo del necesario, sin reevaluar su seguridad y eficacia, serán considerados por supuesto "sujeción farmacológica", siempre que limiten o restrinjan la movilidad, la actividad física o las actividades de la vida diaria y el funcionamiento mental. Además de caer o rozar en algunos casos la "mala praxis".

2.3. DEFINICIONES SOBRE SUJECIONES FÍSICAS.

Pregunta 15:

“Si la prescripción de la restricción física se revisa cada mes, ¿Qué más da que sea indefinida?”

Respuesta desde la AMAS: El objetivo de las revisiones de las sujeciones es evitar lesiones, accidentes, etc.; y el objetivo de la reevaluación de sujeciones es valorar si en alguno de estas reevaluaciones pueden retirarse, ya que como sabemos están en juego cuestiones tan importantes como la libertad, dignidad, autoestima, etc.

Respuesta desde Inspección: La revisión de las sujeciones se refiere a 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. El seguimiento periódico es la valoración de la necesidad de continuar con las sujeciones en función de los cambios de la persona usuaria y de otras circunstancias (modificaciones del equipamiento o del inmueble, por ejemplo).

Respuesta desde Fiscalía: Las medidas de sujeción deben ser absolutamente provisionales (el tiempo mínimo imprescindible) por lo que valorar medidas indefinidas pese a su revisión periódica es contrario al espíritu de las sujeciones y de la protección de los usuarios.

3. DISPOSITIVOS.

3.1. ALTERNATIVAS.

Pregunta 16:

“Me gustaría que se trataran ejemplos de medidas alternativas a la colocación de sujeciones además de explicar el abordaje con ejemplos de casos reales”.

Respuesta desde la AMAS: Se trata de medidas preventivas previas o disuasorias para no tener que utilizar si fuese posible ningún dispositivo de sujeción: programas de psicoestimulación, entretenimiento y ocio, terapia conductual-cognitiva, psicoterapia, reminiscencia, psicomotricidad, etc. También el uso de dispositivos tecnológicos o instrumentos, utilizando aquellos que resulten menos intrusivos: control de errantes, geolocalizadores, arcos de seguridad, etc. En estos momentos los mobiliarios como sillones reclinables, camas bajas sillones con tablas frontales de trabajo, etc. siempre que sean manejables y accionables por la persona y siempre que se utilicen exclusivamente para el fin para el que están diseñados (mesa con tabla para terapias, etc., sillón reclinable para descanso y rotación redistribución de puntos de presión; camas bajas para minimizar accidentes, etc.) podríamos considerarlos que no son sujeciones. Sí que esos mismos dispositivos serían sujeción cuando dejamos a la persona en el sillón con una tabla retenedora fuera del tiempo de terapia, en el sillón reclinable para evitar tener que supervisarlos y en la cama baja porque tenemos seguridad que de ella no podrá levantarse, siempre que la persona sea autónoma para las transferencias y deambulación. (Ver apartado 9. Recomendaciones de uso).

Respuesta desde Inspección: En la página 13 del documento CRITERIOS DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES, se exponen como "Medidas alternativas a la sujeción" las 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. En relación a las camas superbajas y sillones basculantes, según



se indica en la página 13 del documento citado, las camas superbajas y sillones basculantes se considerarán sujeciones mecánicas siempre que el usuario tenga capacidad de deambulación y la posición de los mismos se lo impida.

3.2. BARANDILLAS.

Pregunta 17:

“¿Por qué las barandillas se consideran una sujeción independientemente del motivo por el que se coloquen?”

Respuesta desde Inspección: Una barandilla se considera sujeción siempre que sea una medida que implique limitar, restringir o impedir la autonomía y/o libertad de la persona. No constituyen sujeción según las recomendaciones de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2014):

- Aquellas barandillas solicitadas por personas autónomas para su tranquilidad personal en periodo nocturno, como asidero, para poder dar vueltas en la cama, como apoyo para levantarse, o como medida de seguridad independientemente del tipo que sean (completa, media o cuarto de barandilla) siempre que deje libre el lado de salida de la cama, y se entrene oportunamente al usuario en dicha tarea.

- La media barandilla o barandilla a un lado de la cama, siempre que por el otro lado quede libre la entrada y salida, sin riesgos para el usuario, ya que en estos casos se trata de una medida orientativa o ayuda para el usuario y no de una restricción a su movilidad, y se entrene oportunamente al usuario en dicha tarea.

En estos casos no es exigible la prescripción médica, si bien es preciso que quede **constancia documental** de la petición de la persona autónoma o de la aplicación de la barandilla como medida orientativa **en el expediente de la persona, documento médico que acredite que el residente es autónomo, consentimiento expreso del residente, y que se entrene al residente en la salida de la cama.**"

Respuesta desde Fiscalía: Las barandillas son una forma de control del movimiento; en aquellos casos en los que sean como ayuda a personas autónomas deberá siempre dejarse una vía para la libertad de movimientos.

Pregunta 18:

“Las barandillas pautadas por petición del paciente o familia, ¿deberían tener una autorización exclusiva de ellos sin involucrar al médico o al centro?”

Respuesta desde Inspección: En los casos en los que una barandilla no se considera sujeción, no es exigible la prescripción médica ni el consentimiento informado, debiendo quedar constancia documental de la petición de la persona autónoma o de la aplicación de la barandilla. En los restantes casos en los que si se restringen los movimientos sí es exigible el consentimiento informado y la prescripción médica.

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.

Respuesta desde DGAMD: Cuando el residente que solicite la barandilla sea una persona autónoma, siempre que se deje libre un lado de salida de la cama y esta medida se utilice como



un método de apoyo, las barandillas no se considerarán medidas de sujeción y no requerirán prescripción médica ni el resto de requisitos establecidos en la aplicación de las sujeciones. No obstante, si las barandillas son consideradas como medidas de sujeción conforme a los criterios establecidos en la respuesta a la pregunta número 17, es exigible la prescripción médica y el preceptivo consentimiento informado. El médico deberá informar al residente de las medidas alternativas a las barandillas y de los efectos adversos de la utilización de las mismas. Asimismo, es necesario señalar que, aunque el consentimiento sea favorable, no es posible prescindir del procedimiento establecido, principalmente de la necesaria prescripción facultativa.

Respuesta desde Fiscalía: Siempre que suponga una limitación de movimientos exige la prescripción médica independientemente de quien la solicite.

Pregunta 19:

“Me gustaría que nos hablaran de como racionalizar la utilización de barandillas en residentes que llevan usándolas años. ¿Qué medidas alternativas se están utilizando sobre todo para pacientes con demencia que no son capaces de deambular solos?”

Respuesta desde Inspección: La racionalización de la retirada de barandillas deberá estudiarse caso por caso invitando a todos los profesionales del centro, teniendo en cuenta las medidas alternativas citadas en la respuesta de la pregunta 16.

Pregunta 20:

“Si la doble barandilla, la solicita la propia persona usuaria porque le da seguridad, ¿Cómo se procedería?”

Respuesta desde Inspección: Dependería de las circunstancias de cada caso y habría que valorar, entre otros, el grado de autonomía de la persona y su evolución y el fracaso de las medidas alternativas. En el caso de que se decida aplicarlas, será exigible la prescripción médica, debiendo quedar constancia documental de la petición de la persona autónoma o de la aplicación de las barandillas.

Respuesta desde la DGMAMD: Se deberá tramitar como una sujeción y seguir el mismo procedimiento, ya que toda sujeción debe tener el consiguiente consentimiento informado y resto de requisitos previstos en normativa y protocolos.

Respuesta desde Fiscalía: La doble barandilla es una limitación de movimientos que necesita prescripción médica independientemente de quien la solicite.

3.3. CAMAS.

Pregunta 21:

“Cada vez se va ahondando más en el concepto de sujeción mecánica, hasta el punto que en algunos artículos se llegan a catalogar incluso como una sujeción las camas bajas. ¿Qué opinión tienen?”

Respuesta desde la AMAS: Las camas bajas siempre que sean manejables y accionables por la persona, y siempre que se utilicen exclusivamente para el fin para el que están diseñados (para minimizar accidentes, etc.) podríamos considerarlos que no son sujeciones. Sí serían sujeción cuando dejamos a la persona, que tiene capacidad para sus movimientos y desplazamientos, en la cama baja porque tenemos seguridad que de ella no podrá levantarse y así evitamos tener que



supervisarle, etc. En estos casos además les produce una irritabilidad y agitación considerables. (Ver apartado 9. Recomendaciones de uso).

Respuesta desde Inspección: En relación a las camas superbajas y sillones basculantes, según se indica en la página 13 del documento CRITERIOS DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES, 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.

Pregunta 22:

“¿A qué altura de la cama se considera superbaja o baja?”

Respuesta desde la AMAS: Convencionalmente se definen desde el punto de vista de los fabricantes de mobiliario y equipamientos asistenciales, en general se habla de camas "bajas" a aquellas que alcanzan una altura de menos de 25 cm, llegando algunos fabricantes a alturas de hasta 9-10 cm. Se denominan camas "superbajas", "ultrabajas" o "de cota 0", a aquellas que alcanzan una altura de menos de 9-10 cm. Algunas sobre el nivel del suelo alcanzan alturas aún menores, debido a que llevan preparado un lecho o receptáculo de la misma en el suelo. (Ver apartado 9. Recomendaciones de uso).

Respuesta desde Inspección: habrá que estudiarse caso por caso ya que depende de distintos factores como la altura del colchón, la condición física y la altura de la persona, etc. Se considerarán sujeciones mecánicas siempre que el usuario tenga capacidad de deambulación y la posición de los mismos la impida.

Pregunta 23:

“¿Podrían definir las características de una cama Alzheimer?”

Respuesta desde la AMAS: Se utilizan en personas que presenten cualquier tipo de déficits cognitivos y de coordinación; bien sean por la E. Alzheimer o por cualquier otro tipo de demencia, enfermedad psiquiátrica, enfermedad de Parkinson, esclerosis, etc.

3.4. CONTROL POSTURAL.

Pregunta 24:

“Las sujeciones cuyo fin es el mantenimiento del control postural del usuario, ¿están sometidas a las mismas necesidades de seguimiento y supervisión por parte de los médicos y también por parte de la Fiscalía?”

Respuesta desde la AMAS: Actualmente existen en el mercado suficientes productos de apoyo y dispositivos para el mantenimiento postural que cumplen con su función (mantenimiento o corrección postural), sin presentar los efectos adversos o riesgos de las sujeciones. Por ello se debería apostar por estos dispositivos para dichos fines, en lugar de utilizar sujeciones. Solo en el caso de que no hubiera ningún dispositivo o equipamiento para ello, se podrían considerar las sujeciones para estos fines. Sin huir de considerarlas sujeciones, ya que limitan los movimientos.

Se podrían utilizar si no existiese otra alternativa y fuesen imprescindibles, considerándolas una sujeción y estableciendo medidas complementarias para controlar sus riesgos, porque estos, existen independientemente de la causa por la que se usen.



Respuesta desde Fiscalía: En el supuesto de que suponga una limitación de movimientos siempre deberá considerarse como sujeción. Independientemente de la finalidad para la que se considere que es necesaria.

Pregunta 25:

“Fiscalía mencionó que un cinturón para la corrección postural si se considera sujeción, pero desde Inspección se ha comentado que no lo sería. ¿Podrían aclararlo?”

Respuesta desde la AMAS: Con la respuesta a la pregunta 24 se considera que queda explicado.

3.5. DEFINICIONES.

Pregunta 26:

“Un residente que está frente a mesa y pared, pero que pueda salir, ¿tiene una sujeción?”

Respuesta desde la AMAS: La pregunta que hemos de hacernos es si consideramos normalizado la situación de tener residentes frente a una pared. No se entiende qué se persigue con ello.

Con respecto a tenerle frente a una mesa, siempre que tenga una utilidad (comer, terapias, juegos recreativos, etc.) puede estar justificado en ese momento. Ahora bien, una vez finalizadas dichas actividades, sería considerada una sujeción.

Respuesta desde Inspección: Se debe aclarar nuevamente que una medida de sujeción implica limitar, restringir o impedir totalmente la autonomía y/o libertad de la persona.

Según se recoge en la página 13 del documento CRITERIOS DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CON ENFERMEDAD MENTAL, en donde se definen los diferentes mecanismos de funcionamiento de las medidas de sujeción; entre los cuales se menciona que, será considerado como medida de sujeción, “...cualquier disposición de mobiliario si busca restricción, limitación o dificultad de movilidad.”

3.6. DOTACIÓN.

Pregunta 27:

“¿Va a haber ayudas económicas para los centros por parte de la Administración para poder adquirir medidas alternativas como camas ultrabajas, dispositivos electrónicos?”

Respuesta DGMAD: El Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia, financiado con cargo a los Fondos Europeos procedentes del Mecanismo para la Recuperación y Resiliencia (UE), prevé dentro de la línea de inversión C22.I1 Plan de apoyos y cuidados de larga duración: desinstitucionalización, equipamientos y tecnología, el Proyecto P01: “Transformación de centros hacia un nuevo modelo de cuidados centrados en la calidad de vida y la autonomía de las personas”.

Este Proyecto 01 se ha concretado en el ámbito de la Comunidad de Madrid, entre otras, en la actuación S10 “Línea de ayudas a centros residenciales concertados y privados mediante subvenciones para su adaptación a unidades de convivencia y el equipamiento técnico y tecnológico para la autonomía”. Estas actuaciones se han desarrollado a través de dos líneas de subvenciones.



La primera convocatoria de subvenciones se publicó el 29 de junio de 2022 y se resolvió el 23 de diciembre de 2022.

La segunda convocatoria de subvenciones se publicó el 28 de agosto de 2023 y se resolvió el 27 de diciembre de 2023.

3.7. ERRANTES.

Pregunta 28:

“¿Por qué se considera el control de errantes como una sujeción?”

Respuesta desde la AMAS: Actualmente, no se debería considerar una sujeción; sino una medida de control o de localización preventiva de accidentes, siniestros e incluso de uso de sujeciones mayores que se utilizarían para ello.

Otro tema es que se considere una medida o dispositivo "intrusivo" y que por respeto y dignificación se solicite permiso o consentimiento para su uso. Pero no limita los movimientos, ni actividades, ni la actividad mental.

En el futuro, si el avance en cuanto a dispositivos tecnológicos, menos intrusivos, etc., podría ser recomendable que se utilizasen los nuevos dispositivos y se desechasen los actuales. Llegado dicho momento probablemente pudieran ser considerados sujeciones, pero hoy por hoy, no, ya que no merman la dignidad ni la libertad.

Pregunta 29:

“Especificar concretamente cuáles son las medidas físicas de contención. Creo que un control de errantes o un pijama buzo no deberían serlo”.

Respuesta desde la AMAS: En cuanto al pijama o "buzo", sería similar a los sillones reclinables o las manoplas; es decir, serán o no sujeciones en función de si la persona puede manipularlos y quitárselo ante una necesidad (ir al baño, por ejemplo). Si puede manipularlos no es una sujeción.

Ahora bien, si lo que hacen es bloquearles y limitarles determinados movimientos por lo que resultan incómodos y por esa misma razón es por la que se le han puesto.... si se consideran una sujeción.

Respuesta desde Inspección: Se remite a la página 18 del documento CRITERIOS DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CON ENFERMEDAD MENTAL: "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”.

Pregunta 30:

“¿Me pueden aclarar si el control de errantes incluye los sistemas de control de acceso a plantas?”

Respuesta desde la AMAS: Hay dispositivos muy sofisticados que no solo actúan como control de errantes y localizadores, sino que actúan sobre los mandos de las puertas permitiendo o no su apertura en función del tipo de control de errantes que se use, el cual está programado en función del nivel cognitivo y peligros de cada zona.



Pregunta 31:

“En cuanto a los dispositivos de geolocalización para control de riesgo de fuga, consultamos al Comité de Ética Asistencial de Residencias, respondiéndonos que no se consideran sujeciones ni contenciones por la OMS ni por la normativa española por lo que no necesitan ser autorizadas, si informadas. ¿Es así?”

Respuesta desde la AMAS: Los controles de errantes, en el momento actual, no se consideran una sujeción; sino una medida de control o de localización preventiva de accidentes, siniestros e incluso preventivos para el uso de sujeciones mayores, que se acabarían utilizando para controlarlos.

Otro tema es que se considere una medida o un dispositivo "intrusivo", y que, por respeto, transparencia y dignificación, se solicite permiso o consentimiento para su uso. Además, un geolocalizador no limita los movimientos, actividades ni la actividad mental.

Hoy por hoy, no son sujeciones, ya que no merman la dignidad ni libertad; sino que por el contrario su carencia a veces conduce al uso de otras sujeciones mayores.

Respuesta desde Inspección: El control de errantes, mediante dispositivos de geolocalización para control de riesgo de, se considera hoy por hoy como una medida alternativa a una medida de sujeción.

3.8. SILLONES.**Pregunta 32:**

“Las sillas y sillones reclinables, ¿constituyen una alternativa a las sujeciones?”

Respuesta desde la AMAS: Depende de la capacidad de manejarlos de la persona, pudiendo realizar los movimientos o actividades que desee. Solo en aquellos casos en los que no tengan capacidad de manejarlos y les limiten sus movimientos o movilidad, habrán de considerarse sujeciones.

Respuesta desde Inspección: 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. (CRITERIOS DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES).

Pregunta 33:

“¿Los sillones reclinables se consideran sujeción? Me han comentado que recientemente se consideran como tales”.

Respuesta desde la AMAS: Ya está contestada anteriormente en la pregunta 32 (si no los puede accionar la persona sí, que los manipulasen cuando lo necesitase).

Respuesta desde Inspección: 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. (CRITERIOS DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES).



4. FORMACIÓN.

Pregunta 34:

“¿Se va a fomentar desde la Administración la impartición de cursos formativos gratuitos para eliminar sujeciones?”.

Respuesta desde la DGAMD: La Comunidad de Madrid, a través del Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía, lleva a cabo distintas actividades formativas dirigidas a familiares y profesionales que desarrollan su labor con personas mayores afectadas por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, incluyendo entre éstas una programación mensual de acciones formativas presenciales u online, sin coste alguno para los asistentes. También se organizan simposios y ciclos de conferencia como éste en el que se abordan las sujeciones como parte de este proyecto formativo. Las personas interesadas en participar en estas actividades formativas pueden acceder mediante este **enlace** al catálogo de actividades disponibles y pasadas.

5. JUZGADO/FISCALÍA.

Pregunta 35:

“En el caso de residentes en centros psicogeriátricos, con graves trastornos de conducta y estados psicóticos, ¿se tendrá en cuenta para la regularización?”

Respuesta desde la AMAS: Sí les afecta, ya que afecta incluso a Unidades Psiquiátricas o de Salud Mental. Solo “Quedan al margen de esta instrucción el uso de contenciones en el ámbito sanitario u hospitalario cuando las mismas responden a necesidades de intervención aguda, constituyendo un ejemplo la actuación en las unidades de cuidados intensivos en supuestos de inmovilización por sedación tras una intervención quirúrgica, como tratamiento en un estado confesional agudo o ante una intoxicación en las áreas de urgencias”.

Respuesta desde Fiscalía: En el supuesto de que se realice una regulación jurídica de la materia no es a la Fiscalía a quien le corresponde redactar tal norma al ser meros aplicadores de la Ley.

Pregunta 36:

“¿Desde Fiscalía previamente a la elaboración de dicha Instrucción, se ha parado a conocer la realidad del perfil de los residentes en centros de personas dependientes, así como los recursos personales y materiales de que se dispone para poder llevar a cabo dicha Instrucción?”.

Respuesta desde Fiscalía: La Instrucción (que es una norma de funcionamiento interno de la Fiscalía para la unidad de actuación de todos sus miembros en el territorio nacional) se ha realizado por profesionales jurídicos.

Pregunta 37:

“¿Podrían igualmente aportar las denuncias y sentencias condenatorias por las consecuencias derivadas de la aplicación de medidas de sujeción?”

Respuesta desde Fiscalía: En el supuesto que alguna situación sea objeto de denuncia se procederá a analizar jurídicamente caso por caso.



Pregunta 38:

“¿Podrían aportar datos sobre número de denuncias y sentencias condenatorias por falta de aplicación de medidas de sujeción?”

Respuesta desde Fiscalía: En el supuesto que alguna situación sea objeto de denuncia se procederá a analizar jurídicamente caso por caso.

Pregunta 39:

“¿Las comunicaciones solicitadas por las Fiscalías de algunas comunidades pueden incluir los datos de los pacientes sometidos a sujeción además del tipo y motivo de su prescripción?”

Respuesta desde la AMAS: Actualmente la instrucción de la Fiscalía General del Estado lo que determina no son datos médicos (diagnósticos o problemas de salud), sino: persona o personas con sujeciones; programas previos preventivos al uso de sujeciones; prescripción de la sujeción y consentimiento informado ambos explícitos para cada tipo de sujeción; tipo de sujeción utilizada; plan de cuidados complementarios; reevaluación de las sujeciones y protocolo que regula su uso en cada centro.

Respuesta desde Fiscalía: Las comunicaciones que se realicen y soliciten se referirán al protocolo de sujeciones, las personas que tienen una medida de sujeción y la identificación de estas medidas, su prescripción médica, el consentimiento informado, la duración de la mismo, así como las revisiones que se hayan realizado y las medidas alternativas que se hayan intentado.

Pregunta 40:

“Habida cuenta que la colocación de una sujeción supone la restricción de un principio fundamental como es la libertad de la persona, ¿su aplicación no debería ser ratificada por sentencia judicial, del mismo modo que se hace con los internamientos involuntarios?”

Respuesta desde Fiscalía: En el momento actual la intervención judicial sólo se da cuando no se haya podido conseguir el consentimiento informado favorable del usuario o de sus familiares.

6. MEDIDAS.**Pregunta 41:**

“¿Por qué no se llevan a cabo instrucciones de cara a las Administraciones Públicas y Patronales para instar a dotar medios que permitan llevar a cabo medidas alternativas realmente eficientes y que posibiliten la adopción de medidas de retirada con un descenso del riesgo de caída que actualmente se asume?”

Respuesta desde la DGAMD: Los expedientes de contratación para la financiación de plazas privadas con fondos públicos y para la gestión de los centros propios ya establecen instrucciones claras a las empresas para que parte de la dotación económica de sus correspondientes presupuestos estén destinados a las medidas alternativas. Igualmente ocurre con protocolos como el de la Dirección General de Evaluación, Calidad e Innovación o la Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado.

Pregunta 42:

“Los centros no cuentan con los medios humanos, que se requiere para una medida alternativa



como es la de supervisión y seguimiento. Por otro lado, tampoco se cuenta con los recursos materiales para llevar a cabo dicha retirada de contenciones como pueden ser: camas ultrabajas, sillones basculantes, colchonetas, cuñas de cojín etc., sin embargo, estos aspectos no se han tenido en cuenta al elaborar dicha Instrucción dejando a los centros en una situación comprometida y determina de manera sustancial la capacidad de decisión e implantación de dicha Instrucción”.

Respuesta desde la DGAMD: Los centros deberán de disponer de personal suficiente para la atención de los residentes. La supervisión y el seguimiento del residente entra dentro de los cuidados propios de la atención de la persona. Los recursos materiales para la retirada de las sujeciones es la adaptación del mobiliario a la tipología del residente, según las necesidades y la dependencia del mismo. El hecho de que la sujeción sea un elemento más económico no justifica la utilización de la misma. Se ha de puntualizar que tanto las camas ultrabajas, sillones basculantes, limitan la libertad de movimientos de la persona y, por tanto, son un tipo de sujeción.

7. NORMATIVA.

Pregunta 43:

“¿Qué entidades están acreditadas para homologar los materiales aplicados en las sujeciones?”.

Respuesta desde la AMAS: Vienen dadas por el marcado CE sanitario que es un compromiso del fabricante de productos sanitarios de que el producto cumple con los requisitos generales de seguridad y funcionamiento de todas las regulaciones europeas relevantes de productos sanitarios y es un requisito legal para comercializar un producto en la Unión Europea.

Respuesta desde la DGAMD: Los recursos materiales para la retirada de las sujeciones es la adaptación del mobiliario a la tipología del residente, según las necesidades y la dependencia del mismo. El hecho de que la sujeción sea un elemento más económico no justifica la utilización de la misma. Se ha de puntualizar que tanto las camas ultrabajas, sillones basculantes, limitan la libertad de movimientos de la persona, por tanto, son un tipo de sujeción.

Pregunta 44:

“El seguimiento de la aplicación de la normativa en materia de sujeciones, ¿es igual de exigente en todos los niveles asistenciales (atención hospitalaria, domiciliaria, centros de día y residencias)?”.

Respuesta desde la AMAS: No al menos en cuanto a la Instrucción 1/2022 de 19 de enero se refiere, en la que va dirigida a Unidades psiquiátricas o de Salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad.

No establece dentro de su alcance a los hospitales o unidades de agudo. Así lo refiere en su página 11: *“Quedan al margen de esta instrucción el uso de contenciones en el ámbito sanitario u hospitalario cuando las mismas responden a necesidades de intervención aguda, constituyendo un ejemplo la actuación en las unidades de cuidados intensivos en supuestos de inmovilización por sedación tras una intervención quirúrgica, como tratamiento en un estado confusional agudo o ante una intoxicación en las áreas de urgencias”*. Ahora bien, es evidente que podemos encontrar zonas de incertidumbre como los hospitales de media-larga estancia en los que no se dan estas circunstancias y por tanto creo que se deberían ver afectados también por ella, pese a que no los incluye ni cita en la instrucción.



Respuesta desde Inspección: Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad

PAG.18265 (párrafo segundo) Quedan al margen de esta instrucción el uso de contenciones en el ámbito sanitario u hospitalario cuando las mismas responden a necesidades de intervención aguda, constituyendo un ejemplo la actuación en las unidades de cuidados intensivos en supuestos de inmovilización por sedación tras una intervención quirúrgica, como tratamiento en un estado confusional agudo o ante una intoxicación en las áreas de urgencias.

La inspección de servicios sociales, en el documento CRITERIOS DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CON ENFERMEDAD MENTAL"

PAG.5 (párrafo 2) 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.

Respuesta desde Fiscalía: La Instrucción refiere que se centra expresamente en el uso de contenciones en personas mayores y/o con discapacidad en los internamientos involuntarios realizados en las unidades de salud mental y su empleo en los centros residenciales y/o sociosanitarios quedando fuera las contenciones sanitarias u hospitalarias si responden a necesidades de intervención aguda. Concretándose expresamente que el artículo 25 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre hace una definición de lo que es un servicio de atención residencial y que sea cuál sea la denominación que se le dé en las CCAA se aplicarán a todas ellas, así como a las unidades psiquiátricas de hospitales y clínicas.

Pregunta 45:

“¿Por qué los hospitales quedan al margen de la instrucción?”

Respuesta desde la AMAS: La instrucción tiene un alcance determinado. El razonamiento de la propia instrucción que la Fiscalía considera un problema las sujeciones de larga duración, no así aquellas que puntualmente se aplican para un tratamiento, terapia, prueba diagnóstica, situación de descompensación aguda, etc., las cuales una vez controladas o aplicadas, se retira la sujeción. Y en este sentido los hospitales son espacios en los que la persona está un tiempo determinado y concreto. Sí abarca a unidades psiquiátricas o de salud mental porque estima que en éstas sí que serán frecuentes y duraderas en tiempo.

Respuesta desde Fiscalía: La aplicación de la Instrucción para la actuación de los fiscales es clara al respecto; se refiere a la protección de las personas mayores y/o con discapacidad en unidades psiquiátricas o de salud mental, así como centros residenciales y/o sociosanitarios.

Pregunta 46:

“En el caso de residentes con deterioro cognitivo, no tutelados y sin red social de apoyo o familia, ¿podría firmar la autorización de sujeción la Residencia en calidad de guardador de hecho?”



Respuesta desde la AMAS: Se debe recurrir a la autorización judicial y normalizar el procedimiento buscándole las medidas de apoyo pertinente tal y como determina la Ley 8/2021.

Respuesta desde Inspección: Entendemos que se debe acudir a la autorización judicial, en cualquier caso.

Respuesta desde Fiscalía: No. Conforme a la regulación del artículo 250 del CC no pueden ejercer ninguna de las medidas de apoyo quienes, en virtud de una relación contractual presten servicios asistenciales, residenciales o de naturaleza análoga a la persona que precisa el apoyo. Debe acudirse a la autorización judicial.

Pregunta 47:

“La Instrucción de Fiscalía no prohíbe la contención, pero sí mantiene el objetivo de contención cero. No deja claro los casos en los que debería mantenerse o pautarse la contención, dejando dicha decisión a valoración del equipo técnico y sanitario del centro, pero esta indefinición puede suponer un perjuicio para ese equipo que asume la decisión ante el vacío que deja dicha Instrucción.”

Respuesta desde Inspección: el documento "CRITERIOS DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CON ENFERMEDAD MENTAL" recoge PAG. 5 (párrafo segundo) 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.

Respuesta desde Fiscalía: Reiteramos que la Instrucción es una norma interna para la unidad de actuación en el territorio nacional de los miembros del Ministerio Fiscal. Corresponde al equipo multidisciplinar determinar en qué supuestos procede o no la aplicación de una medida de sujeción.

Pregunta 48:

“¿Qué consideración tienen sobre las ACREDITACIONES Y VERIFICACIONES EXTERNAS sobre el cuidado sin sujeciones? Entidades como CEOMA revisan, evalúan y auditan la situación de muchos centros residenciales en lo relativo a la retirada de sujeciones o el cuidado sin el uso de las mismas; sin embargo, no hay un refrendo por parte de la Administración de estas acreditaciones”.

Respuesta desde Inspección: el documento "CRITERIOS DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CON ENFERMEDAD MENTAL"

PAG. 23. Recomendaciones para la elaboración de un plan de reducción de sujeciones: "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."



Respuesta desde la DGAMD: La Comunidad de Madrid prevé incluir en la documentación de los contratos de gestión de los centros propios la necesidad de que estos centros cuenten con un plan específico de actuación de no sujeciones y medidas alternativas, con análisis de riesgos, casuística, recursos y procedimiento que se aplicarán como alternativa previa a la sujeción. Dicho plan tendrá que ser certificado por un servicio externo con experiencia en la materia y comunicado a la Dirección General en materia del mayor.

Pregunta 49:

“Por qué existe una normativa de sujeciones para CENTROS PROPIOS de la Comunidad de Madrid y otra para CENTROS NO PROPIOS? ¿No debería ser común?”

Respuesta desde la AMAS: Existen unos Criterios de Prevención y Uso de sujeciones Físicas en Centros Residenciales y Centros de Día para Personas Mayores, Personas con Discapacidad y con Enfermedad Mental de la Dirección General de Evaluación, Calidad e Innovación; con unos mínimos y común para todos los centros. Existen instituciones, organismos o empresas que pueden disponer de protocolos o procedimientos que al menos cumplan estos criterios, y añadidamente pueden implementar aquellos estándares de calidad que estimen (Ejemplo: Sujeciones cero, o ir dirigidos a Sujeciones Físicas y Farmacológicas, etc.).

Respuesta desde Inspección: Desde INSPECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES, la normativa de sujeciones es aplicada con independencia de la titularidad del centro, y queda recogida en el documento "CRITERIOS DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CON ENFERMEDAD MENTAL"

Pregunta 50:

“¿Tenemos que enviar los centros un informe a Fiscalía informando del número, tipo y listado de personas que tienen pautada sujeción? En caso afirmativo, ¿con que periodicidad y a que juzgado o Fiscalía se envía?”

Respuesta desde la AMAS y desde la Inspección: Según la Instrucción 1/2022 de 19 de septiembre, determina que las Fiscalías interesarán de la dirección del centro o residencia la remisión periódica del listado de contenciones aplicadas, tipo de sujeción utilizada, prescripción médica, duración, controles realizados y consentimientos informados exigidos, copia del protocolo de adopción de sujeciones mecánicas e iniciativas hacia el modelo basado en derechos humanos. En este sentido, algunas Fiscalías de Área han determinado que esta periodicidad sea cada 3 meses.

Respuesta desde Fiscalía: Dependerá de las comunicaciones que cada Fiscalía le realice al respecto, siendo la Fiscalía del partido judicial en el que radique la residencia.

Pregunta 51:

“Normativa aplicable en Comunidad de Madrid en materia de sujeciones”.

Respuesta desde Inspección:

La Ley 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid reconoce a toda persona que acceda a los servicios sociales el derecho a no ser sometidas a restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa ni supervisión. Cuando exista un riesgo evidente para la seguridad de los usuarios u otras personas y resulte necesaria la adopción



de medidas urgentes de esta naturaleza, estas deberán recibir validación facultativa en el plazo más breve posible y, en todo caso, inferior a 24 horas. Las actuaciones se motivarán por escrito y tendrán constancia formal en la Historia Social Única de los usuarios, de acuerdo con lo que se establezca por vía reglamentaria. Art. 5.2.h).

Debe reseñarse asimismo la Resolución 106, de 27 de enero de 2017, de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, sobre instrucciones sobre el uso de sujeciones físicas y químicas para aplicación en los centros hospitalarios del ámbito del Servicio Madrileño de Salud, y en desarrollo de la misma, las recomendaciones para la elaboración de protocolos y registros documentales de sujeciones de la Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria, de diciembre de 2017. En ellas se recogen los principios esenciales: el derecho a no ser sometidos a sujeciones por conveniencia o disciplina y solo en caso de grave e inminente riesgo para su integridad o la de terceros y con respeto 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.

Asimismo, desde el año 2013, se han recogido en los sucesivos Planes de Calidad e Inspección se ha impulsado la aplicación de medidas de uso racional y personalizado de las sujeciones, en la vigente Orden 2943/2022, de 13 de diciembre, 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 2023-2024 atribuye, en su Línea II de actuación, al Área de inspección:

“Comprobar que se han valorado medidas concretas alternativas a cada sujeción, no siendo admisible la valoración de medidas genéricas.

Comprobar que la sujeción se ha prescrito por un profesional médico, y que se aplica conforme a lo prescrito.

Comprobar que la prescripción médica de la sujeción refleja el motivo, el tipo de sujeción, las situaciones en las que debe utilizarse, su duración y la periodicidad de la reevaluación de la medida adoptada, que no podrá ser superior a un mes.

Comprobar que la sujeción dispone del consentimiento informado de la persona usuaria o de quien la representa, y que aquel refleja adecuadamente los efectos negativos y positivos que ocasiona su aplicación.

Comprobar que existe una declaración responsable, firmada por quien ostenta la dirección del centro, en la que se detalle la relación de personas que utilizan sujeciones, el tipo de sujeción, la fecha de prescripción, la fecha de última reevaluación y la fecha del consentimiento informado.

Comprobar que los centros residenciales y los centros de día tienen un compromiso formal respecto a la reducción de sujeciones, acreditado mediante la existencia de un plan de reducción gradual de las mismas.”

8. PRESCRIPCIÓN.

Pregunta 52:

“En cuanto a las sujeciones químicas cómo hacer que el médico que pautó dicha sujeción y externo al centro firme la autorización?”

Respuesta desde la AMAS: Lo ideal sería explicarle la trascendencia de lo que ha firmado y a lo que debería comprometerse y que él hiciera seguimiento del caso como corresponde. Si no lo hace, el equipo de la residencia le informará del comportamiento de la persona, riesgos, efectos,



etc., y si el médico externo estima con dicha información que debe seguir utilizando la sujeción, que firme el documento de reevaluación correspondiente. Todo médico que prescribe, algo está obligado a efectuar un seguimiento de lo prescrito.

Respuesta desde Inspección: En el ámbito de las sujeciones químicas los inspectores de servicios sociales, se centran en la comprobación del punto 3.3.3. del anexo I de la Orden 612/1990, "Se prestará especial atención a la conservación, administración y distribución, en su caso, a los usuarios, de la medicación prescrita por el médico", sin valorar las prescripciones médicas.

En el documento "CRITERIOS DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CON ENFERMEDAD MENTAL" se indica:

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.

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).

Respuesta desde la DGAMD: Debe reseñarse asimismo la Resolución 106, de 27 de enero de 2017, de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, sobre instrucciones sobre el uso de sujeciones físicas y químicas para aplicación en los centros hospitalarios del ámbito del Servicio Madrileño de Salud, y en desarrollo de la misma, las recomendaciones para la elaboración de protocolos y registros documentales de sujeciones de la Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria, de diciembre de 2017. En ellas se recogen los principios esenciales: el derecho a no ser sometidos a sujeciones por conveniencia o disciplina y solo en caso de grave e inminente riesgo para su integridad o la de terceros y con respeto 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.

Pregunta 53:

“¿Teniendo en cuenta que cada vez más se desea disminuir el número de sujeciones a utilizar en residencias de mayores y que la literatura al respecto aún no es clara y siempre lo deja a criterio médico, me gustaría saber, cuales son las razones consideradas válidas para la indicación de una pauta de sujeción en el anciano?”

Respuesta desde la AMAS: Situaciones excepcionales en las que resultan imprescindibles porque no existe otra alternativa terapéutica y todas cuantas se han ensayado han fracasado; con la máxima proporcionalidad para la situación que se pretende controlar, con prohibición expresa del exceso y durante el menor tiempo posible. Debe estar prescrita previamente de forma explícita cada sujeción; con consentimiento expreso explícito para cada sujeción; con un plan de cuidados complementarios y sometidas a reevaluaciones periódicas. Las situaciones que pueden llevar a ello se estiman: situaciones que pongan en riesgo la integridad de la persona o de terceros (agresiones, intentos autolíticos, etc.); para poder aplicar tratamiento vital en los que no colabora o rechaza (sueroterapia, sondaje, etc.); inmovilización terapéutica (no deambular por descarga de miembros por una fractura, prótesis, etc.).



Respuesta desde Inspección: EN EL DOCUMENTO ""CRITERIOS DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CON ENFERMEDAD MENTAL" SE INDICA:

PAG.4. "...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."

PÁG. 7. "...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..."

9. REVISIÓN/REEVALUACIÓN.

Pregunta 54:

"Cuando hay una prescripción médica de este tipo de medida por necesidad, por ejemplo, por demencia frontal que hace daño a otros usuarios, ¿cada cuánto tiempo mínimo se tendría que revisar la medida?"

Respuesta desde la AMAS: El período de reevaluación de una sujeción no es algo basado en evidencia científica. Es algo que se ha definido o establecido por consenso de expertos. En tal sentido parece claro que a mayor tiempo de uso de una sujeción mayores riesgos de accidentes y mayores incomodidades; por lo que cuanto más frecuentemente las reevaluemos, mayores probabilidades de eliminarlas antes si existe la posibilidad.

Además, téngase en cuenta que un procedimiento que limita un derecho fundamental como la libertad y valores como la dignidad, autoestima, etc., cuanto más se revisen mejor y más respeto, sensibilidad, compromiso y solidaridad demuestra con las personas sometidas a sujeciones.

Lógicamente la periodicidad irá en función de los recursos humanos, etc., pero en algún punto hay que poner la racionalidad y en este sentido se ha consensado que las sujeciones físicas se reevalúen (reevaluar no es firmar como autómatas, sin valorar el caso en equipo) al menos 1 vez cada mes.

Con respecto a las incorporadas sujeciones farmacológicas, parece imprescindible que al menos se reevalúen 1 vez cada 3 meses (como establecen las "Estrategias de Cronicidad" con cualquier otro tratamiento crónico), si bien por lo sensible de estos tratamientos se recomienda hacerlo con mayor frecuencia 1 vez cada 45 días al menos.

Respuesta desde Inspección: EN EL DOCUMENTO ""CRITERIOS DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES FÍSICAS EN CENTROS RESIDENCIALES Y CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES, PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CON ENFERMEDAD MENTAL" SE INDICA (PAG.11/ PAG 12):

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

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 2943/2022, de 13 de diciembre, 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 2023-2024: *“la periodicidad de la reevaluación de la medida adoptada, (...) no podrá ser superior a un mes.”*

En la pág. 20: 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.

10. RECOMENDACIONES DE USO DE SUJECIONES.

Los fabricantes y la industria dedicada al diseño y fabricación de mobiliario y equipamiento adaptado geriátrico o para personas dependientes o con discapacidad; en su investigación y desarrollo, tratan de ofrecer en cada momento, soluciones innovadoras a los problemas candentes del sector, de forma que podamos dar la mejor respuesta a los retos existentes, evolucionando los productos ya existentes a un nivel superior de calidad y seguridad.

Fruto de estos esfuerzos han sido mucho de los equipos vanguardistas que en los diferentes momentos cronológicos en los que han aparecido, han constituido un verdadero “hito”, que ha supuesto una mejora en las condiciones, dignificación y calidad de vida de las personas mayores y/o dependientes.

Entre ellos cabría citar como ejemplos contemporáneos ilustrativos en este momento los siguientes:

- a) **Sillones ergonómicos con tablas delanteras desmontables**, que ejercen funciones indistintas tanto de sillón “de estar” o de descanso, como mesa para determinadas terapias, o como mesa auxiliar para tomar suplementos alimenticios como la merienda o las medias mañanas.
- b) **Sillones reclinables o basculantes**, que abarcan una doble finalidad, la de sillón “de estar” o de descanso, permitiendo adoptar la postura más propicia para un buen descanso; y también, la de sillón o dispositivo de descarga que alivia las presiones permitiendo de forma alterna, descansar de la presión mantenida sobre una parte del cuerpo; lo que previene la aparición de úlceras cutáneas por presión.
- c) **Camas bajas, “superbajas” o “ultrabajas”**: también han sido denominadas como camas “Alzheimer”, debido a que su utilización mayoritaria se produce en personas que padecen esta enfermedad u otras demencias afines; si bien es cierto que también se utilizan frecuentemente en otros perfiles como enfermos psiquiátricos, enfermos de Parkinson, esclerosis, etc.

Estas camas, en general, se diseñaron para que tuvieran una altura por debajo de los 25 cm sobre el nivel del suelo, de tal forma que las personas con déficits cognitivos, problemas de coordinación, equilibrio inestable, reducida capacidad de movilidad y movimientos, etc.; corriesen los menores riesgos posibles en sus intentos de levantarse espontáneamente, y así evitar los accidentes, traumatismos y por supuesto para evitar la utilización de las sujeciones físicas o farmacológicas, que en muchos casos venían utilizándose para prevenir estos riesgos.

Estas camas, además son articuladas y vienen equipadas con motores eléctricos que permiten elevarlas a diferentes alturas y articularlas para facilitar diferentes posiciones de trabajo (aseo, limpieza, cambios de absorbentes, levantar, acostar, etc.), así como diferentes posiciones de descarga que alivian las presiones permitiendo de forma alterna descansar de la presión mantenida sobre una parte del cuerpo; lo que previene la aparición de úlceras cutáneas por presión.

Es decir, que estas camas, cumplen con un doble objetivo, la comodidad y seguridad del usuario-paciente por encima de todo; pero también, la comodidad, ergonomía y seguridad del



trabajador-cuidador, al que también hay que cuidar, proteger y preservar en unas condiciones óptimas.

Convencionalmente se definen desde el punto de vista de los fabricantes de mobiliario y equipamientos asistenciales, en general se habla de camas "bajas" a aquellas que alcanzan una altura de menos de 25 cm, llegando algunos fabricantes a alturas de hasta 9-10 cm. Se denominan camas "superbajas", "ultrabajas" o "de cota 0", a aquellas que alcanzan una altura de menos de 9-10 cm. Algunas sobre el nivel del suelo alcanzan alturas aún menores, debido a que llevan preparado un lecho o receptáculo de la misma en el suelo.

Vemos pues que cualquiera de los dispositivos enumerados anteriormente, en sí mismo, constituirían y pueden seguir constituyendo y desempeñando, en la asistencia geriátrica y de personas dependientes en cualquiera de sus variantes, en el momento actual, una opción muy válida y útil, cada uno de ellos con fines diferentes, siempre que se haga un uso riguroso, responsable y proporcional, en cuanto a sus respectivas indicaciones específicas de cada uno de ellos.

En estos casos está claro que nos encontramos ante dispositivos o equipamientos preventivos y disuasorios del uso de sujeciones y contribuyen por tanto a la dignificación de las personas a las que atendemos.

Ahora bien, en ocasiones, los cuidadores y profesionales usamos estos mismos equipamientos, de una forma menos rigurosa en cuanto a sus indicaciones técnicas o bien en casos en los que no serían absolutamente necesarios e imprescindibles y sobre todo, no de una forma excepcional; sino que acaban utilizándose cuasi de forma rutinaria en personas que no lo necesitaría; y sobre todo, cuando se usan con otras intenciones menos loables, amparándonos en los beneficios originarios de éstas, como podrían ser reducir su deambulación, movilidad y capacidad de movimientos para que así no precisen supervisión o resulte más cómodo cuidarles.

En todos estos casos, nos encontramos ante una "verdadera sujeción", ya que cumple con los criterios definitorios de la misma; todo ello, utilizando unos dispositivos, que, de haberlos utilizado de forma correcta, constituirían sistemas preventivos o disuasorios, como anteriormente habíamos recalcado.

En estos casos, en los que con el uso de estos dispositivos acabamos impidiendo la deambulación, la movilidad y los movimientos en personas que disponen de ella previamente; es decir, que son personas autónomas para deambular, moverse, etc.; cumplen los criterios de sujeción física o mecánica; y en algunos casos concretos, podría incluso ir más allá, alcanzando criterios de "mala praxis" o de negligencia profesional en el cuidado.

Del mismo modo, en aquellos casos en los que estos dispositivos se utilicen en personas que previamente no eran autónomas y no disponían de capacidad para la deambulación, la movilidad y los movimientos, y que se utilicen con fines de confort para el usuario, de descarga postural, etc.; y en los que su uso no produzca ningún trastorno añadido (ansiedad, agitación, irritabilidad, etc.), podríamos considerar que no constituyen una sujeción, puesto que no cumplen los criterios de sujeción física o mecánica, ya que previamente no disponían de dichas funciones (Ejemplo: utilización en parapléjicos, tetrapléjicos, etc.).

Sin embargo, dentro de este mismo grupo, en aquellas personas en las que dicha postura o posición les produzca incomodidad o algún otro trastorno añadido (ansiedad, agitación, irritabilidad, etc.), nos encontraríamos ante una situación en la que debemos intentar paliar estos efectos con todas las medidas a nuestro alcance; y en algunos casos complejos (no existen fórmulas mágicas para predefinirlos) en los que no se logren paliar, podrían considerarse como una sujeción física o mecánica y/o mala praxis.

Es decir, un mismo dispositivo, en sí mismo; puede ser o no, una medida de sujeción dependiendo de cómo se utilice (indicación técnica), con los fines que se utilice (intención deliberada de controlar la



deambulación, movimientos, etc.) y las consecuencias finales que produzca (limitación de deambulación, movilidad, movimientos, inquietud, agitación, etc.).

Como hemos visto, un dispositivo o equipamiento en sí mismo, puede o no, ser una medida de sujeción en función de cómo se utilice, y sobre todo de la capacidad que tenga la persona en la que lo utilizamos para manejarlo y disuadirse del mismo; no limitándole la movilidad, ni sus movimientos, ni la deambulación.

Ejemplo: Una pared de una sala de estar, o de una habitación, etc.; en sí misma no constituye una sujeción, sino un elemento estructural o arquitectónico de aislamiento y protección frente a las temperaturas y de seguridad o apoyo para el edificio y sus cubiertas. Esto es así siempre, en cualquier persona que conserve sus capacidades cognitivas de coordinación, etc.; porque, aunque lo sentemos en una silla frente a dicha pared, éste tendrá capacidad de coordinar sus movimientos, desplazar la silla hacia atrás, desviándola de la pared y así poder levantarse de la misma, sin toparse “de cabeza” con dicha pared y volviendo a caer sentado en la silla. ¡Efectivamente!

Pero cuando esta misma acción la llevamos a cabo en una persona en la que somos concedores que presenta un deterioro cognitivo, por el que carece de capacidad de coordinar sus movimientos y de llevar a cabo un razonamiento lógico; de forma que no alcanza a entender que debe desplazar la silla hacia atrás, desviándola de la pared para poder levantarse exitosamente; sino que se levanta de forma directa e impulsiva “pegado” a la misma, propinándose un “topetazo frontal” (golpe en la cara y/o frente con la pared), y automáticamente, cae hacia atrás, volviendo a permanecer sentado en la silla. En este caso, estaríamos cayendo en el concepto de sujeción física o mecánica, además de una mala praxis; al utilizar un elemento estructural o físico, como una “pared” que, en condiciones normales inicialmente, nada tiene que ver con el concepto de sujeción; pero que finalmente acaba consiguiendo el mismo fin.

Basándonos en todo cuanto acabamos de exponer, vamos a pasar a describir con ejemplos prácticos esta controvertida teoría, del concepto de sujeción física o mecánica:

- a) **Barandillas Unilaterales y “medias Barandillas”:** "Una barandilla se considera sujeción siempre que sea una medida que implique limitar, restringir o impedir la autonomía y/o libertad de la persona. No constituyen sujeción según las recomendaciones de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (2014):
- Aquellas barandillas solicitadas por personas autónomas para su tranquilidad personal en periodo nocturno, como asidero, para poder dar vueltas en la cama, como apoyo para levantarse, o como medida de seguridad independientemente del tipo que sean (completa, media o cuarto de barandilla) siempre que deje libre el lado de salida de la cama, y se entrene oportunamente al usuario en dicha tarea.
 - La media barandilla o barandilla a un lado de la cama, siempre que por el otro lado quede libre la entrada y salida, sin riesgos para el usuario, ya que en estos casos se trata de una medida orientativa o ayuda para el usuario y no de una restricción a su movilidad, y se entrene oportunamente al usuario en dicha tarea.

En estos casos no es exigible la prescripción médica, si bien es preciso que quede **constancia documental** de la petición de la persona autónoma o de la aplicación de la barandilla como medida orientativa **en el expediente de la persona, documento médico que acredite que el residente es autónomo, consentimiento expreso del residente, y que se entrene al residente en la salida de la cama.**"

Somos conscientes que, de cara a la interpretación de este concepto por parte de la inspección, juzgados o fiscalía, en ocasiones no se puede basar la consideración o no de sujeciones en



aspectos clínicos, como la capacidad cognitiva de los usuarios; que excede sus competencias y que podrían tener múltiples matices no objetivables en todos los casos.

b) Sillones ergonómicos con Tablas Frontales Desmontables:

1. Estos sillones no constituyen una sujeción física o mecánica siempre que se utilicen por una persona que tenga suficientes capacidades, para manejar el mecanismo de anclaje de la tabla frontal, liberándose de la misma. Los utilizarían para cualquier fin, como realizar terapia, desayunar, merendar, etc., pero nunca le limitaría sus movimientos, movilidad o deambulación, puesto que él mismo, podría retirarla.
2. Por el contrario, estos sillones constituyen una sujeción física o mecánica siempre que se utilicen en personas que no tengan suficientes capacidades, puesto que no pueden manejar el mecanismo de anclaje de la tabla frontal, ni liberarse de la misma, actuando estos casos como una **“tabla retenedora”**. Esto es así pese a que en algún momento puntual hubieran podido utilizarla para terapias o realizar alguna de las comidas.
3. Con respecto a los argumentos que esgrimen que, pese a utilizarse en personas que no tengan suficiente nivel cognitivo ni de coordinación para manejar su mecanismo de anclaje, pudieran disponer de una persona (cuidador o auxiliar permanentemente a su lado que hiciese esta función); hemos de entender que como en la práctica eso resulta imposible, no se tendrán en cuenta y se catalogarán como sujeciones.

c) Sillones reclinables o basculantes:

1. Estos sillones no constituyen una sujeción física o mecánica siempre que se utilicen en una persona para su confort o descanso o para descarga de las presiones de forma alterna previniendo las lesiones cutáneas por presión, siempre que la persona que los utiliza tenga suficientes capacidades, para manejar el mecanismo de reclinación basculante, devolviéndolo a su posición previa, ya que nunca le limitaría sus movimientos, movilidad o deambulación.
2. Tampoco constituirían una medida de sujeción física o mecánica, cuando pese a utilizarse en personas que no tengan suficiente nivel cognitivo ni de coordinación para manejar su mecanismo de reclinación-basculación; tampoco tienen capacidad de moverse, desplazarse ni deambular previamente al uso de esta medida. En todos estos casos, debemos estar atentos observando si aparecen efectos adversos en forma de ansiedad, irritabilidad y agitación, al situarlos en esta posición, evitándola si así fuere.
3. Por el contrario, estos sillones constituyen una sujeción física o mecánica siempre que se utilicen en personas que tienen capacidad para moverse, desplazarse y deambular, pero no tengan suficientes capacidades cognitivas ni de coordinación para manejar el mecanismo de reclinación-basculación, ya que no pueden volver a su posición previa para iniciar los movimientos o la deambulación, produciendo en muchos casos elevados niveles de ansiedad, irritabilidad y agitación, al intentar levantarse y no poder realizarlo. De forma añadida, cuando los cuidadores, siendo conscientes de este efecto, los utilizan para su propia comodidad y así no tener que supervisarles en los cuidados, acaban cayendo en una **“mala praxis”** o negligencia en el cuidado e incluso en maltrato.
4. Del mismo modo que hemos hecho con otros dispositivos, con respecto a los argumentos que esgrimen que, pese a utilizarse en personas que no tengan suficiente nivel cognitivo ni de coordinación para manejar su mecanismo de reclinación-basculación, pudieran disponer de una persona (cuidador o auxiliar permanentemente a su lado que hiciese esta función); hemos de entender que como en la práctica diaria, esto resulta imposible, no se tendrán en cuenta y se catalogarán como sujeciones.



d) Camas bajas, “superbajas” o “ultrabajas” o “de cota 0”:

1. Estas camas no constituyen una sujeción física o mecánica, cuando se utilicen para prevenir accidentes al levantarse por la noche, en una persona con mal equilibrio; siempre que la persona que las utiliza tenga suficientes capacidades, para manejar el mecanismo de elevación, devolviéndolas a una posición en la que pueda descender o salir de la misma de una forma más segura; ya que no le limitaría sus movimientos, movilidad o deambulación.
2. No constituiría una medida de sujeción física o mecánica, cuando pese a utilizarse en personas que no tengan suficiente nivel cognitivo ni de coordinación para manejar su mecanismo de elevación; se trata de personas con mal equilibrio, de las que hay constancia y registros fehacientes que tienden a levantarse por las noches reiteradamente, y tenemos certeza de que pueden levantarse cuando la cama está en posición de descenso; ya que, ante accidentes por pérdidas del equilibrio, desorientación, etc., se prevendrían importantes consecuencias derivadas de los mismos.
3. Tampoco constituirían una medida de sujeción física o mecánica, cuando pese a utilizarse en personas que no tengan suficiente nivel cognitivo ni de coordinación para manejar su mecanismo de elevación; tampoco tienen capacidad de moverse, desplazarse, ni deambular previamente al uso de esta medida. En todos estos casos, debemos estar atentos y observar si aparecen efectos adversos al situarlos en esta posición, en forma de ansiedad, irritabilidad y agitación, evitándolos cuando así acontezcan.
4. Por el contrario, estas camas sí constituyen una sujeción física o mecánica siempre que se utilicen en personas que no tengan suficientes capacidades o nivel cognitivo para manejar su mecanismo de elevación; que presentan mal equilibrio y de las que hay constancia y registros fehacientes que tienden a levantarse por las noches reiteradamente; pero tenemos la certeza de que no podrán levantarse cuando la cama está en posición de descenso; debido a que permanecerá retenido en la misma sin capacidad para moverse ni deambular libremente. Cuando esta práctica se hace de forma consciente y deliberada, persiguiendo este efecto para una mayor comodidad de los cuidadores, nos encontramos ante un caso de mala praxis, negligencia en los cuidados y un maltrato.

A continuación puede consultar los siguientes CUADROS DE ACTUACIÓN-ALGORITMOS:



9.0 ALGORITMOS SOBRE SUJECIONES FÍSICAS O MECÁNICAS

ELEMENTOS Y VALORES EN JUEGO: a efectos de analizar si nos encontramos ante una sujeción o no, debemos valorar todos los elementos que intervienen (**Persona con sus diferentes grados de autonomía y capacidades cognitivas diferentes, Dispositivos, Cuidadores-Profesionales**) y la confrontación de valores y principios que entran en juego, evaluando todos y cada uno de ellos, en cada persona.

- 1) **Nivel Cognitivo:** lo primero que debemos valorar es si se trata de una persona autónoma, con suficiente capacidad cognitiva para manejar los diferentes dispositivos de las barandillas de cama, de las tablas frontales desmontables de los sillones; el sistema de inclinación-basculación del sillón, o el de la o de la cama baja-superbaja, etc.
Dado que al efectuar esta valoración pudiese producirse un abuso en la aplicación de sujeciones, ante cualquier duda interpretativa, **siempre habrá que posicionarse en favor de derechos como la libertad y principios y valores como la dignidad, autoestima y bienestar; considerándolas sujeciones**, para así lograr su reducción, y por qué no, ojalá su erradicación.
- 2) **¿Tiene capacidad de deambular?:** si no tiene capacidad previa para deambular realmente no le estamos limitando esta actividad.
- 3) **¿Tiene capacidad de realizar movimientos y dispone de alguna movilidad?:** si no tiene capacidad previa de ejercer movimientos ni tiene ninguna movilidad, en realidad no le estamos limitando ningún movimiento. Sería el ejemplo de un parapléjico. En estos casos, debemos inexcusablemente saltar al siguiente punto de evaluación, que es comprobar y evaluar si le produce alguna molestia, disconfort, ansiedad, agitación, etc. (Ver punto 4).
- 4) **¿Muestra signos de algún disconfort?:** si la persona pese a no tener capacidad para la deambulación, ni de moverse o ejercer ninguna movilidad, se encuentra irritada, agitada, ansiosa, o con signos de disconfort (cansancio por la misma postura, etc.) y no se le atiende mediante los pertinentes cambios posturales o de posición, etc.; debemos asumir que no estamos prestándole la atención que precisaría para ello, o bien que pese a prestarla no es suficiente; por lo que el uso de este dispositivo, sillón, cama, etc., no supera en beneficios frente a los riesgos o efectos adversos que le produce; sería razonable considerarlo una sujeción, limitación o restricción, sobre todo porque de esta forma, conlleva un plan de cuidados complementarios que a buen seguro le mejorará estos efectos adversos.
- 5) **¿Por qué motivo se utilizan?:** es muy importante definir cuál es la intención que perseguimos al utilizar los diferentes dispositivos, ya que el enfoque será muy diferente en función de la causa por la que se instauran; bien sea para el confort, comodidad, descarga de presiones, etc.; frente a la conveniencia, comodidad o descanso del cuidador. Ya que en el primer caso adquieren consideración de sujeciones, mientras que, en el segundo caso, además de utilizar una sujeción, estamos cayendo en un caso de atención inadecuada, falta de diligencia en los cuidados, negligencia, mala praxis e incluso maltrato.



9.1 ALGORITMO SOBRE SUJECIONES FÍSICAS O MECÁNICAS: BARANDILLA DE CAMA UNILATERAL Y “MEDIA BARANDILLA”

AUTONOMÍA DEAMBULACIÓN AUTONOMÍA MOVIMIENTOS	BARANDILLA DE CAMA UNILATERAL / MEDIAS BARANDILLAS DE CAMA			SUJECIÓN	
	BARANDILLA DE CAMA / MEDIA BARANDILLA DE CAMA	LIMITACIÓN MOVILIDAD/MOVIMIENTOS	MOTIVO PARA EL USO	NO	SI
Persona Autónoma Coordinación Cognitiva Deambula y tiene Movimientos previos	Puede Manejar el Dispositivo y Retirar la barandilla Tiene Capacidad constatada de Coordinar y salir por el hueco de la media barandilla o por el lado libre de la barandilla y ha sido adiestrada	No limita ni restringe movilidad ni movimientos No produce atrapamiento en caso de necesidad (incendio, evacuación, etc.)	Uso para confort, seguridad, apoyo o asidero (valorar alternativas mejores)	NO	
Persona No Autónoma Déficit Cognitivo Significativo No Deambula No Movimientos o escasos	No Puede Manejar el Dispositivo y Retirar la barandilla No tiene capacidad de coordinar y salir por el hueco de la media barandilla o por el lado sin barandilla	Si limita, restringe movilidad, movimientos y deambulación... Puede producir ansiedad, agitación... Riesgo caídas desde nivel más alto, accidentes, estrangulamiento...	Uso para confort, seguridad, apoyo o asidero (valorar alternativas mejores)		SI
	No Puede Manejar el Dispositivo y Retirar la barandilla No tiene capacidad de coordinar y salir por el hueco de la media barandilla o por el lado sin barandilla	Si limita, restringe deambulación, movilidad y movimientos Puede producir ansiedad, agitación... Riesgo caídas desde nivel más alto, accidentes, estrangulamiento...	Conveniencia y comodidad cuidadores evitando la supervisión y rondas nocturnas		SI MALA PRAXIS



9.2 ALGORITMO SOBRE SUJECIONES FÍSICAS O MECÁNICAS: SILLONES ERGONÓMICOS CON TABLA DELANTERA DESMONTABLE

AUTONOMÍA DEAMBULACIÓN AUTONOMÍA MOVIMIENTOS	SILLÓN CON TABLA FRONTAL DESMONTABLE / RETENEDORA			SUJECIÓN	
	CAPACIDAD MANEJAR	LIMITACIÓN MOVILIDAD/MOVIMIENTOS	MOTIVO PARA EL USO	NO	SI
Persona Autónoma Deambula Movimientos	Puede Manejar el Dispositivo y Retirlarla	No limita ni restringe movilidad ni movimientos	Uso para confort (comida, café, apoyo, etc.), terapias	NO	
	No Puede Manejar el Dispositivo y Retirlarla	Si limita, restringe deambulación, movilidad y movimientos Puede producir ansiedad, agitación...	Uso para confort (comida, café, apoyo, etc.), terapias		SI
	No Puede Manejar el Dispositivo y Retirlarla	Si limita, restringe deambulación, movilidad y movimientos Puede producir ansiedad, agitación...	Conveniencia y comodidad cuidadores		SI MALA PRAXIS
Persona No Autónoma No Deambula No Movimientos o escasos	No Puede Manejar el Dispositivo y Retirlarla	No limita ni restringe deambulación No limita, restringe movilidad y movimientos	Uso para confort (comida, café, apoyo, etc.), terapias	NO	
	No Puede Manejar el Dispositivo y Retirlarla	No limita ni restringe deambulación ni movilidad Limita y restringe algunos movimientos Puede producir ansiedad, agitación...	Uso para confort (comida, café, apoyo, etc.), terapias		SI
	No Puede Manejar el Dispositivo y Retirlarla	No limita ni restringe deambulación Limita y restringe movilidad y movimientos Puede producir ansiedad, agitación.....	Conveniencia y comodidad cuidadores		SI MALA PRAXIS



9.3 ALGORITMO SOBRE SUJECIONES FÍSICAS O MECÁNICAS: SILLONES RECLINABLES O BASCULANTES

AUTONOMÍA DEAMBULACIÓN AUTONOMÍA MOVIMIENTOS	SILLONES RECLINABLES-BASCULANTES			SUJECIÓN	
	CAPACIDAD MANEJAR	LIMITACIÓN MOVILIDAD/MOVIMIENTOS	MOTIVO PARA EL USO	NO	SI
Persona Autónoma Deambula Movimientos	Puede Manejarlo	No limita ni restringe movilidad ni movimientos	Uso para confort y descarga alterna de presiones	NO	
	No Puede Manejarlo	Si limita, restringe deambulación, movilidad y movimientos, en una persona que previamente los tenía. Puede producir ansiedad, agitación.....	Uso para confort y descarga alterna de presiones		SI
	No Puede Manejarlo	Si limita, restringe deambulación, movilidad y movimientos en una persona que previamente los tenía Puede producir ansiedad, agitación,.....	Conveniencia y comodidad cuidadores		SI MALA PRAXIS
Persona No Autónoma No Deambula Movimientos escasos	No Puede Manejarlo	No limita ni restringe deambulación No limita, ni restringe movilidad, ni movimientos	Uso para confort y descarga alterna de presiones	NO	
	No Puede Manejarlo	No limita ni restringe deambulación Limita y restringe movilidad y movimientos Puede producir ansiedad, agitación...	Uso para confort y descarga alterna de presiones		SI
	No Puede Manejarlo	No limita ni restringe deambulación Limita y restringe movilidad y movimientos Puede producir ansiedad, agitación,..	Conveniencia y comodidad cuidadores		SI MALA PRAXIS



9.4 ALGORITMO SOBRE SUJECIONES FÍSICAS O MECÁNICAS: CAMAS BAJAS, “SUPERBAJAS” O “ULTRABAJAS”

AUTONOMÍA DEAMBULACIÓN AUTONOMÍA MOVIMIENTOS	CAMAS BAJAS / SUPERBAJAS CON MECANISMOS DE ELEVACIÓN			SUJECIÓN	
	CAPACIDAD MANEJAR	LIMITACIÓN MOVILIDAD/MOVIMIENTOS	MOTIVO PARA EL USO	NO	SI
Persona Autónoma Deambula Movimientos en cama	Puede Manejar el dispositivo	No limita ni restringe movilidad ni movimientos	Uso para evitar caídas, minimizar riesgo y ergonomía trabajadores	NO	
	No Puede Manejar el dispositivo	Si limita, restringe deambulación, movilidad y movimientos en una persona que previamente los tenía. Puede producir ansiedad, agitación,...	Uso para evitar caídas, minimizar riesgo y ergonomía trabajadores		SI
	No Puede Manejar el dispositivo	Si limita, restringe deambulación, movilidad y movimientos en una persona que previamente los tenía. Puede producir ansiedad, agitación,...	Conveniencia y comodidad cuidadores		SI MALA PRAXIS
Persona No Autónoma No Deambula Movimientos en cama escasos	No Puede Manejar el dispositivo	No limita ni restringe deambulación No limita, ni restringe movilidad, ni movimientos	Uso para evitar caídas, minimizar riesgo y ergonomía trabajadores	NO	
	No Puede Manejar el dispositivo	No limita ni restringe deambulación Limita y restringe movilidad y movimientos Puede producir ansiedad, agitación,...	Uso para evitar caídas, minimizar riesgo y ergonomía trabajadores		SI
	No Puede Manejar el dispositivo	No limita ni restringe deambulación Limita y restringe movilidad y movimientos Puede producir ansiedad, agitación,...	Conveniencia y comodidad cuidadores		SI MALA PRAXIS



9.5 RESUMEN GENERAL DE SUJECIONES

En esta última tabla se realizan anotaciones respecto a áreas de valoración de la persona como son:

1. Capacidad cognitiva suficiente o no para manejar el sistema.
2. Si el dispositivo limita o no la movilidad/movimientos y transferencias/deambulación.
3. Intencionalidad de uso.
4. Si el dispositivo provoca o no efectos adversos en la persona.

DISPOSITIVOS DE SUJECIÓN FÍSICA O MECÁNICA		
SILLONES CON TABLA / SILLONES RECLINABLES/BASCULANTES / CAMAS BAJAS/SUPERBAJAS		
1.CAPACIDAD COGNITIVA DE MANEJAR EL SISTEMA	SUJECIÓN	
2.LIMITACIÓN MOVILIDAD/MOVIMIENTOS, TRANSFERENCIAS/ DEAMBULACIÓN		
3.INTENCIONALIDAD EN EL USO	NO	SI
4.EFECTO ADVERSO		
1.Puede Manejar el Sistema	NO	
2.No limita ni restringe movilidad ni movimientos		
3.Uso para comodidad del usuario y descarga alterna de presiones		
1.No Puede Manejar el Sistema	NO	
2.No limita ni restringe movilidad ni movimientos (no los tenía previamente)		
3.Uso para comodidad del usuario y descarga alterna de presiones		
1.No Puede Manejar el Sistema		SI
2.Limita y restringe movilidad y movimientos		
3.Uso para comodidad del usuario y descarga alterna de presiones		
4.Puede producir ansiedad, agitación, etc.		
1.No Puede Manejar el Sistema		SI - MALA PRAXIS
2. Limita y restringe movilidad y movimientos		
3.Uso para comodidad de trabajadores y evitar la supervisión		
4.Puede producir ansiedad, agitación, etc.		



La Dirección General de Atención al Mayor y a la Dependencia incluye en la programación de la “Escuela de cuidados de larga duración de personas mayores de la Comunidad de Madrid” la línea denominada “Actualización de la aplicación normativa en materia de sujeciones a personas mayores”. El presente documento recoge las respuestas consensuadas a preguntas temáticas planteadas por los participantes a estas actuaciones.



**Comunidad
de Madrid**

Dirección General
de Atención al Mayor
y a la Dependencia

CONSEJERÍA DE FAMILIA,
JUVENTUD Y ASUNTOS SOCIALES