

# PROTOCOLO DE SUJECCIÓN

## Introducción

---

La residencia NOMBRE DEL CENTRO , con su proyecto NOMBRE DEL PROYECTO apuesta por ser un centro libre de sujeciones comprometido con la no sujeción y con el desarrollo la dignidad, la calidad de vida y el bienestar de las personas.

NOMBRE DEL PROYECTO contempla un Programa de sujeciones en el que se especifica qué considera la entidad sujeción y qué considera no sujeción. No obstante, para dar respuesta a la solicitud por parte de instituciones se considera necesario redactar un **Protocolo de sujeción** que contemple los diferentes aspectos implicados en una situación de sujeción.

## Objetivos

---

- Racionalizar el uso de medidas de sujeción, llevando a cabo un control exhaustivo de su utilización y registrando la indicación, el tipo de sujeción manejada y el tiempo del tratamiento.
- Definir y establecer las condiciones de aplicación de la sujeción en caso de ser utilizada.
- Garantizar la seguridad de la persona residente y la de terceras personas.
- Prevenir complicaciones que se deriven de su uso.
- Proteger al residente del uso, y, en ocasiones abuso, de estas medidas.
- Garantizar el máximo bienestar y dignidad de las personas residentes del centro.
- Valorar los riesgos de sufrir traumatismos y proteger la seguridad del residente, con respecto a su derecho de libertad y de dignidad.
- Facilitar la toma de decisiones asistenciales en prevención de traumatismos, a través de la aplicación de principios éticos.

## Alcance

---

El protocolo está dirigido a **todo el personal del centro que participe directamente en los cuidados del residente** (el personal médico que prescribe la sujeción, el equipo de enfermería o auxiliar de enfermería que hace uso de ella, otros profesionales que también la utilizan...).

Cuando hablamos de sujeción en la Cultura No Sujeción hacemos referencia tanto a la Sujeción Física como a la Sujeción Química.

## Responsabilidades

---

La responsabilidad del protocolo recae sobre **la dirección del centro** y sobre el **equipo interdisciplinar** que trabaja en los cuidados de la persona mayor residente.

Es conveniente que el equipo interdisciplinar se forme continuamente en la cultura de no sujeciones y difunda esta cultura a toda la organización y a las familias y personas usuarias.

## Definición

---

Se entiende por **Sujeción Física** cualquier acción o procedimiento que impide el movimiento libre del cuerpo de una persona para una posición elegida y/o el acceso normal a su cuerpo mediante el uso de cualquier método adjunto o adyacente al cuerpo de una persona y que ella no puede controlar o eliminar fácilmente.

Las personas sometidas a sujeción física se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima, por lo que es necesario aplicar medidas respetando sus derechos y tener en cuenta las consideraciones éticas y legales de su utilización.

La **Sujeción Química** se regirá por los principios del Libera-Care Químico (LCQ):

Aunque resulte obvio decirlo, no todos los psicofármacos son sujeciones químicas. Es el uso que hacemos de ellos los que les puede convertir en tal.

Así pues, será necesario que los profesionales conozcan cuándo un Psicofármaco es Terapia y cuándo es Sujeción Química.

Definimos **Sujeción Química** como: “El uso de fármacos, fundamentalmente aquellos que actúan a nivel del SNC, que reducen la movilidad de la persona, de manera que quedan mermadas sus actividades (salir de la cama, ir al cuarto de baño, participar en actividades sociales,...) con el objetivo de manejar o controlar una conducta inadecuada o molesta (p. e.: vagabundeo, agresividad verbal, no colaboración en los cuidados, etc.), que puede o no tener base en un desorden psiquiátrico diagnosticado, pero para la que, en la búsqueda del mejor interés del paciente, existe un tratamiento menos yatrogénico; dicho de otro modo, es el uso

de fármacos psicotrópicos para manejar un problema para el cual existe un tratamiento mejor.” (Adaptado de Tideiksaar (2005), Burgueño y Urrutia).

Llamamos **Sujeción Química** a toda aquella anulación o supresión impuesta y deliberada de la voluntad o la libertad de un paciente utilizando un fármaco de manera no terapéutica. Por ello, nuestra población diana serán todas aquellas personas institucionalizadas, hospitalizadas o atendidas en su domicilio con riesgo de recibir tratamiento con psicofármacos sin que su enfermedad lo determine necesario. Cabe destacar también que en este caso no sólo estamos imponiendo una sujeción química, sino también una sujeción emocional, al quitarle a la persona su autonomía y capacidad de tomar decisiones.

Definiremos **Sujeción Química** basándonos en tres aspectos:

- 1) Los fármacos que pueden llegar a convertirse en Sujeción Química son aquellos cuyo objetivo es actuar en el Sistema Nervioso Central (SNC), es decir, los fármacos Psicótrópos. Se excluyen otro tipo de fármacos que aunque pudieran producir en alguna ocasión o como efecto adverso un efecto en el SNC, no tienen como finalidad actuar en el SNC.
- 2) El objetivo de su uso es manejar o anular una conducta molesta o inapropiada para el propio paciente o para su entorno o que puede hacer daño al paciente o a su entorno, es decir, es peligrosa para el paciente o para su entorno.
- 3) Existe un tratamiento mejor, menos cruento para el paciente, y ejecutable en su mejor interés.

Catalogaremos como **Sujeción Química** toda administración psicotrópica que no cumpla dos requisitos fundamentales:

- Búsqueda previa a la administración del fármaco, de una terapia menos limitante en los derechos del paciente, más protectora de los derechos de la persona:
  - Acciones preventivas centradas en la persona que en la mayor parte de los casos evitan la aparición de la conducta molesta o inapropiada para el propio paciente o para su entorno o que puede ser peligrosa para el paciente o para su entorno: mejora del entorno físico, mejora del trato, procesos de cuidado centrados en la individualidad de cada paciente, etc.
  - Terapias no farmacológicas, psicoterápicas, etc.
- Que sea aplicada en la búsqueda de la beneficencia del paciente, en el mejor interés del paciente y protegiendo su autonomía, una vez hayan fracasado las medidas anteriores.

Libera-Care considera que la administración de un **Psicofármaco es Terapia** cuando:

- Las causas ajenas al paciente no son la causa principal del trastorno.
- Aún así, se han eliminado o corregido las causas ajenas al paciente que puedan actuar de coadyuvantes del trastorno (procesos de cuidado deficientes o no centrados en la persona, entorno deficiente o no centrado en la persona).
- Se han establecido medidas preventivas que eviten la aparición del trastorno y se han desarrollado procesos de cuidado centrados en la persona.
- Aun así, las medidas preventivas y los procesos de trabajo centrados en la persona no han evitado la aparición del trastorno.
- Desarrollado todo lo anterior, descartadas causas ajenas y coadyuvantes ajenos al paciente, se establece un diagnóstico médico-psiquiátrico del trastorno.
- Tras el diagnóstico médico se han intentado medidas no farmacológicas para tratar la sintomatología mental (de la enfermedad mental o del síndrome neuropsiquiátrico asociado a la enfermedad mental o cognitiva) y aún así las manifestaciones clínicas se mantienen y el paciente no responde adecuadamente y su calidad de vida se ve deteriorada.

En esta situación se opta por un fármaco para el control de esta sintomatología, considerándolo **Terapia**. No obstante, se intentará retirarlo en el menor tiempo posible, valorando mientras tanto la eficacia del tratamiento y la aparición de posibles efectos adversos.

## Perjuicios Asociados a la Sujeción

---

### Sujeción Física:

**Lesiones directas** : laceración, dolor, compresión, compresión nerviosa, lesiones isquémicas, contracturas isquémicas, asfixia, sofocación, muerte súbita.

**Lesiones indirectas** : aislamiento, ansiedad, depresión, agitación, deterioro cognitivo, incontinencia, caídas (riesgo  $\geq$  caídas, aumenta el riesgo de caída complicada), síndrome de inmovilidad incrementando estreñimiento, broncorrea, úlceras por presión, atrofia muscular, sarcopenia.

### Sujeción Química:

Delirium/ alteración del pensamiento, deterioro del estado cognitivo, deterioro de la comunicación, deterioro del estado de ánimo, deterioro de los síntomas conductuales, depresión, alucinaciones, deterioro funcional físico, uso de sujeciones físicas, movimientos físicos de repetición, problemas de equilibrio, hipotensión. Mareo/ Vértigo, síncope, marcha inestable, caídas – Fractura de cadera, problema de deglución, deshidratación, estreñimiento – impactación fecal, retención de orina.

### Indicaciones

---

#### Sujeción Física:

La sujeción física estará **indicada exclusivamente** en los siguientes casos (**situaciones agudas acotadas a 24 horas en las cuales se trabajará para establecer un plan de acción que posibilite la eliminación de la sujeción** ):

- Situaciones agudas y acotadas en el tiempo (máximo 24 horas) o conductas que representen una amenaza para la integridad física de la persona:
  - Prevención de autolesiones.
  - Prevención de suicidio.
- Situaciones agudas y acotadas en el tiempo (máximo 24 horas) o conductas que representen una amenaza para la integridad física de otras personas:
  - Prevención de lesiones a otras personas cuidadas, personal de atención, ...
  - Peligro para la Vida del resto de pacientes o personas usuarias y personal del centro. Por ejemplo, cuadros psicóticos agresivos.
- Protección de programas terapéuticos del paciente o persona usuaria (arranque de vías, sondas, catéteres, etc.).
- Necesidad de Reposo: Por ejemplo, persona que no colabora, con fractura.
- Si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación: En pacientes con enfermedad mental, en algunos casos de psicosis, no es infrecuente observar que el paciente mismo solicita la sujeción (física o química) como forma de poner límite a su malestar, tras haberlo intentado de otras maneras.

En las y los enfermos psiquiátricos con agitación. En estos casos de salud mental se recomienda realizar pactos terapéuticos en los que se pacte un “contrato terapéutico” la sujeción en esos casos en los que pueden

necesitar disminuir el grado de agitación y retirar en cuanto no sea necesaria (máximo 24 horas).

### Sujeción Química:

No tiene indicación como tal. En situaciones en las que no se cumplen los requisitos del LCQ se analizará si es adecuado o no categorizar al psicótropo como una **Sujeción Química**, para que en caso de que lo sea se pueda corregir la pauta farmacológica y sus procedimientos de cuidado (preventivos y de atención) asociados.

### Contraindicaciones

---

El centro se compromete a **NO UTILIZAR SUJECIONES** en las siguientes situaciones:

- Como **castigo ante una trasgresión o conducta molesta**, por antipatía o como demostración de fuerza hacia el paciente o persona usuaria.
- **Por conveniencia o comodidad del personal** o de cualquier otra persona que resida o sea atendida en el nivel asistencial o de intervención, como sustitutivo de vigilancia.
- En caso de **desconocimiento del estado general de salud de la persona**, en el momento del ingreso, para evitar la realización de una valoración bio-psico-social: **La Metodología Libera-Care** considera que el nivel asistencial o de intervención debe tener recursos suficientes para hacer una valoración de urgencia, sin necesidad de utilizar sujeciones restrictivas.
- **Evitar caídas**.

### Pautas y secuencias de actuación en caso de *Sujeción (Física)*

---

Es necesario el desarrollo de un modelo de cuidado Libera-Care, un modelo de cuidado centrado en la persona, sin sujeciones físicas ni químicas. Para ello hay que aplicar las herramientas que aportan los cuatro pilares de la norma Libera-Care sobre autonomía beneficente; planificación y/o atención centrada en la persona; calidad en la gestión vida y persona y metodología de gestión, control y eliminación de sujeciones (CGES).

El centro ya cuenta con procedimientos y herramientas que posibilitan la gestión y el abordaje de situaciones de malestar desde la gestión de caso no sujeción.

Sin embargo, hay determinadas situaciones en las que se puede entender que podría ser necesario el uso de sujeción y son las establecidas en el apartado de **Indicaciones** y para las cuales **se seguirá la siguiente secuencia** :

1. **Determinar el riesgo** que presenta la persona residente:
  - a. Valorar el riesgo de pérdida de integridad física de la persona usuaria o de otras personas usuarias.
  - b. Valorar si hay riesgo en el cumplimiento de medidas terapéuticas establecidas: sondas, vías, reposo absoluto...que son indispensables para la vida del paciente.
2. **Valorar alternativas** a la sujeción:  
Cada caso se valora individualmente por el equipo interdisciplinar (médico, responsable socio sanitaria, enfermera, trabajadora social y auxiliares) junto con la familia. La sujeción mecánica será la última opción y se buscarán siempre, en primer lugar, otras alternativas.
3. El centro tiene **un registro y clasificación del tipo de sujeciones físicas** de las que dispone, tal y como se especifica en el Programa de gestión de sujeciones.

Tipos de sujeciones físicas:

- a. Con cierre magnético o no magnético:
  - Cinturón abdominal.
  - Cinturón abdominoperineal.
  - Chaleco de sujeción a tronco “chaleco estándar”
  - Chaleco de sujeción a tronco y periné.
  - Tobilleras.
  - Muñequeras.
- b. “Elemento atravesado en silla o sillón”: se trata de un elemento (cinturón, cinta, hilo, ...) que se coloca de un lado a otro de ambos.
- c. Reposabrazos quedando frente a la persona cuidada e impidiendo que se levante.
- d. Sujeción en cama: Con cierre magnético o sin cierre magnético:
  - Cinturón abdominal.
  - Tobilleras.
  - Muñequeras.
  - Sábana inmovilizadora.
  - Pijamas enteros con cremallera para evitar manipulaciones.
- e. Sujeción en la habitación:

- Cerrar la puerta de la habitación impidiendo la salida de la persona cuidada.

f. Otros:

- Barras protectoras de cama a uno o a ambos lados de la cama.
- Protectores cubrebarras.
- Mesa delante de la persona sentada y que le impide levantarse.

#### 4. Implantación de la sujeción :

Si tras la valoración, la sujeción es lo más indicado para la persona residente, se rellenará la indicación médica y el consentimiento para la sujeción por parte de la persona residente, su familiar o tutor (Anexo 1).

**Anexo 1:** Se identifica una situación de riesgo agudo que precisa sujeción física, se pauta mediante indicación médica, donde consta el motivo por el que se decide colocar la sujeción, tipo de sujeción, lugar de la sujeción, que zona del cuerpo se le sujetará, fecha de inicio y revisiones posteriores.

Además, en observaciones se registrará si se han aplicado medidas alternativas anteriormente.

**La sujeción física incluye la necesidad de consentimiento informado** , que será otorgado por representación cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones o cuando esté incapacitado legalmente.

En los casos de riesgo inmediato grave o riesgo para la salud de terceras personas, no es imprescindible el consentimiento previo a la realización del procedimiento. En tal circunstancia, la información a la familia se podrá demorar hasta el momento en que la atención de la situación urgente lo permita.

Se entiende que, debido a la urgencia de la situación se haya valorado, por parte del equipo, que la sujeción física pudiera ser la decisión más adecuada. Sin embargo, en las siguientes **24 horas**, el equipo ha de desarrollar un plan de cuidado diferente a sujetar, abordando la causa de la conducta disruptiva, y que permita la gestión de la situación de una manera distinta por lo que, pasado este tiempo, se retira la sujeción.

#### 5. Control y revisión de sujeciones.

Se aplican las medidas restrictivas según la pauta establecida.



Desde el 1º momento, se valorará la tolerancia, eficacia, efectos secundarios y modificaciones en el estado psicofísico de la sujeción pautada y se retirará, como máximo, en las siguientes 24 horas.

Para ello, la vigilancia de la persona usuaria con contención mecánica deberá realizarse cada 15 minutos las 2 primeras horas y horaria hasta las siguientes 24 horas. Después se quita la sujeción física.

### **Registro y revisión de las sujeciones:**

Se anotarán todas las incidencias con respecto a las sujeciones restrictivas.

Los registros de la tolerancia se realizarán por parte del equipo de auxiliares.

Si la sujeción mecánica es de cintura, pie y mano alterna, en el control horario nocturno como mínimo se realizarán los cambios posturales y cambios de posición de las extremidades con sujeción para evitar agarrotamientos o lesiones en la piel cada 2 horas. No obstante, en la valoración horaria se valorará el estado de los miembros en sujeción, valorando la necesidad de rotación de la sujeción de los miembros más a menudo.

Si no tolera la sujeción, se retirará inmediatamente y se valorarán otras alternativas o el cambio de tratamiento.

### **Orden Sanitaria Sujeciones Físicas:**

Inicio de la pauta de sujeción restrictiva (fecha, hora, causa, tipo de restricción, fecha estimada de retirada y métodos preventivos ante posibles complicaciones), revisiones, y fin de la pauta de sujeción restrictiva.

Cómo intervienen los diferentes agentes en la revisión de las sujeciones físicas restrictivas.

1. Médico: una vez durante el periodo que esté sujeto.
2. Personal de enfermería: 2 veces al día durante el tiempo de la sujeción.
3. Auxiliar responsable de caídas y sujeciones; cada 2 horas.

## Plan de Cuidado en caso de Sujeción Física

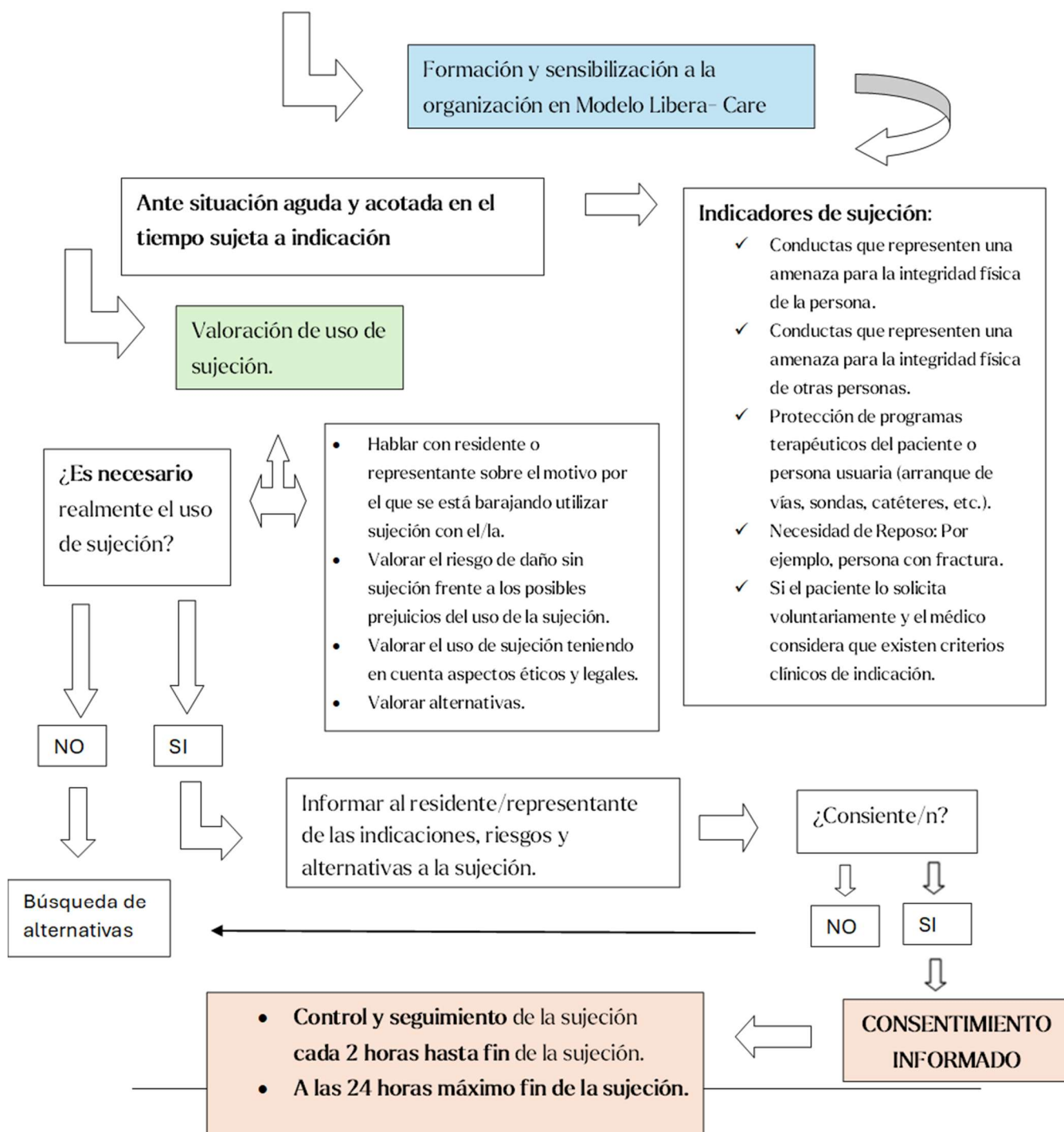
### NORMA LIBERA – CARE

Pilar 1: Autonomía Beneficente.

Pilar 2: Planificación y atención centrada en la persona.

Pilar 3: Modelo de vida y persona.

Pilar 4: Sistema de gestión, control y eliminación de sujeciones (Metodología GCES).



## Plan de Cuidado en caso de Sujeción Química

---

Seguir **Libera-Care Químico** : Criterios LCQ.

Protocolo realizado por Arantzazu Irazabal Ugalde.

Consultora Gestora de Cambio – Fundación Cuidados Dignos.