

Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

Página 1 de 35

INSTRUCCIÓN del Gerente de la Agencia Madrileña de Atención Social,
por la que se aprueba el procedimiento denominado:

“PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES FÍSICAS Y FARMACOLÓGICAS EN CENTROS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE LA AMAS (Versión 3)”

La presente Instrucción se dicta de acuerdo con la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, que en su artículo 6.1, establece *“los órganos administrativos podrán dirigir las actividades de sus órganos jerárquicamente dependientes mediante instrucciones y órdenes de servicio”*.

Esta Instrucción es de obligado cumplimiento y de aplicación en todos los Centros adscritos a la Agencia Madrileña de Atención Social (AMAS), descritos en el apartado “Ámbito de Aplicación”.

Es responsabilidad de los Directores de los Centros garantizar mediante las órdenes y procedimientos organizativos necesarios que se cumple lo establecido en la presente Instrucción.

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

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

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

- a) La frecuencia o prevalencia del uso de sujeciones físicas alcanza a muchas personas ingresadas en los mismos y existe un sobreconsumo de psicofármacos a dosis altas, a menudo asociados entre sí, persiguiendo efectos adyuvantes o aditivos entre ellos; con lo que una situación de excepcionalidad comienza a convertirse en "la normalidad" en dichos centros.
- b) La paradoja de que, pese a que se instauraron como elementos de protección, no están exentas de riesgos, en muchos casos superiores, de forma directa como lesiones, quemaduras, laceraciones, desgarros, isquemia de miembros, asfixia por estrangulamiento, etc.; o bien de forma indirecta atrofia muscular, deterioro funcional, inmovilidad, incontinencia, úlceras por presión, infecciones, déficits psicoafectivos y cognitivos.



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

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

La AMAS, siempre ha mostrado un compromiso activo desde hace años en esta materia, apostando por la prevención y normalización del uso de sujeciones; basta destacar que, ya desde el año 2014, se han ido elaborando y actualizando protocolos específicos en esta materia que regulasen el uso de sujeción en todos sus centros.

La experiencia acumulada en esos años y a las nuevas demandas éticas, legales y sociales en nuestro entorno obligan a nuestra Organización a adaptar y actualizar los anteriores protocolos de prevención y utilización del uso de sujeciones.

Las razones justificativas de antaño para la utilización de sujeciones, basadas en la protección y seguridad hacia las personas deben sopesarse con la voluntad, deseos y preferencias de la propia persona o de sus representantes legales; de tal forma que la libre elección (principio de la autonomía decisoria), puede anteponerse a la excesiva protección o prevención de riesgos que pretendemos alcanzar. Es decir, puede resultar más dignificante para una persona no estar sujeto, asumiendo el riesgo de poder sufrir alguna caída.

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

En resumen, que las personas con discapacidad han de tratarse como un verdadero sujeto de derechos y no como un mero objeto de cuidados.

Todo lo anterior hace imprescindible la elaboración de un protocolo de actuación a través del cual las medidas de sujeción física y farmacológica debería 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; con la mayor proporcionalidad a nuestro alcance en relación a la situación que ha de controlarse y con expresa prohibición del exceso; durante el menor tiempo posible y bajo un estricto control, seguimiento y cuidados profesionales que minimicen o eviten las complicaciones y den la mayor seguridad en cada caso.

Por último, conviene resaltar qué, en la última década, algunos centros para personas con discapacidad intelectual han demostrado que es posible cuidar y atender a estas personas sin sujeciones, sin que haya supuesto un cambio total con respecto a su funcionamiento previo en cuanto a recursos materiales, humanos, etc.; sino que más bien se trata de un cambio cultural en el planteamiento de los cuidados y en la filosofía del cuidar.



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

2. OBJETIVOS

Los objetivos de este protocolo de actuación son:

GENERALES:

- Actuar de forma proactiva, supervisando y comprobando el cumplimiento estricto de las pautas esenciales que deben ser respetadas para reducir de forma progresiva y eficaz al mínimo el uso de dispositivos de limitación física y sujeciones farmacológicas.
- Evitar de forma inexcusable su utilización por conveniencia (ahorro de trabajo, esfuerzo o recursos) o cuando puedan responder o desembocar en un castigo o represión de conducta, actuando siempre guiados en la búsqueda del mejor beneficio para la persona usuario de nuestros centros, teniendo siempre en cuenta las preferencias de los mismos y sus familias en cuanto a las distintas posibilidades de abordaje.
- Velar para que la utilización por parte de los profesionales de medidas de sujeción, ya sean físicas o farmacológicas, 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 y a los derechos de la persona.

ESPECÍFICOS:

- Efectuar una valoración integral e interdisciplinar y especialmente de la esfera neuropsicológica de todos los usuarios buscando antecedentes y conductas de riesgo predisponentes para el uso de sujeciones (cuadros psicóticos, antecedentes de auto o heteroagresividad, etc.).
- Identificar los factores de riesgo y/o desencadenantes de conductas agresivas o de riesgo, con el fin de evitar las sujeciones.
- Mejorar el manejo de síntomas psicológicos y conductuales, mediante un adecuado análisis funcional de los mismos y la realización de una valoración neuropsicológica.
- Reducir al mínimo el uso de dispositivos de limitación física y sujeciones farmacológicas, tratando los factores de riesgo predisponentes y/o desencadenantes, introduciendo medidas alternativas mediante actividades o programas de intervención preventivos.
- Utilizar solo medidas de sujeción de una forma excepcional en aquellas situaciones en las que resulten imprescindibles para la protección y seguridad o para la aplicación de procedimientos terapéuticos vitales (sondajes, vías parenterales, oxigenoterapia...).
- Cada medida de sujeción dispondrá de su correspondiente prescripción médica y del consentimiento informado del residente, familiar o representante legal.
- Utilizar las medidas de sujeción durante el menor tiempo posible, siendo reevaluada su necesidad de forma periódica.
- Evitar el riesgo de daños en el residente agresivo, sedado o desorientado (accidentes, caídas, autolesiones...) y de las personas con las que convive.



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

Página 4 de 35

- Evitar la presencia de lesiones y complicaciones en las personas en las que se utilizan medidas de sujeción de forma excepcional, estableciendo un plan de cuidados y medidas complementarias individualizadas a cada situación.

3. AMBITO DE APLICACIÓN

Esta Instrucción afecta a TODOS LOS USUARIOS de los Centros para Personas con Discapacidad Intelectual de la AMAS, pero especialmente a aquellos que entrañan grandes riesgos vitales para sí mismo o para terceros y que no se puedan controlar mediante supervisión, vigilancia o con otras medidas alternativas previamente instauradas. Los perfiles más significativos son:

- Usuarios con antecedentes o con riesgo extrínseco importante de lesiones críticas cerebrales (hemorragias subaracnoideas o hematomas intracraneales), como consecuencia de traumatismos craneoencefálicos producidos por caídas o accidentes en personas con otros riesgos añadidos como la anticoagulación.
- Usuarios con riesgo de auto/heteroagresión o intentos autolíticos.
- Usuarios con necesidad de alguna intervención terapéutica imprescindible para su soporte vital (mantenimiento de sondas, vías, oxigenoterapia...).
- Usuarios para los que existe evidencia de que su control postural, no puede ser prestado fehacientemente con otros dispositivos ortopédicos o productos de apoyo.

4. PROFESIONALES Y UNIDADES ORGANIZATIVAS ESPECIALMENTE AFECTADOS POR LA INSTRUCCIÓN

- Médico:** revisará que han fracasado las medidas preventivas alternativas y disuasorias para la utilización de sujeciones. Realizará la prescripción individualizada de cada una de las medidas de sujeción que excepcionalmente deban utilizarse, tras el fracaso de las medidas preventivas alternativas previamente instauradas y tras la valoración por parte de el Equipo Interdisciplinar de Intervención (EII). Reevaluará periódicamente el mantenimiento o no, de las medidas de sujeción instauradas, tras consulta con el EII.
- Enfermera/o:** revisará que han fracasado las medidas preventivas alternativas y disuasorias para la utilización de sujeciones. Valorará los riesgos asociados a déficit sensoriales, fármacos, tratamientos y alteraciones psíquicas y de conducta. En ausencia del médico, y ante situaciones urgentes, hará la indicación, que deberá ser confirmada por el médico de referencia, el primer día que se incorpore al centro. Prescribirá, planificará y supervisará la ejecución de los cuidados de enfermería y las medidas complementarias necesarias para la prevención de lesiones y complicaciones y que se minimicen los posibles efectos colaterales.
- Psicólogo/a:** realizará la pertinente valoración neuropsicológica, buscando antecedentes y detectando los posibles factores de riesgo. Instaurará las medidas alternativas a través de actividades o programas preventivos, coordinándose con otras categorías profesionales, especialmente aunque no de forma exclusiva, con el



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

Terapeuta Ocupacional. Se encargará del seguimiento de estos programas y determinará el momento en el que estos resultan ineficaces o han fracasado, exponiéndolo a los restantes miembros del EII. En ausencia del médico y enfermero, y ante situaciones urgentes, hará la indicación, que deberá ser confirmada por el médico de referencia, el primer día que se incorpore al centro.

- d) **Trabajador Social:** valorará los riesgos psicosociales predisponentes y establecerá las relaciones con la familia/tutor para obtener su colaboración ante la utilización o no, de las medidas de sujeción. Colaborará con el médico, psicóloga, terapeuta ocupacional y enfermera a través del EII para el cumplimiento de los objetivos. Fomentará la participación activa de la familia a la que se le explicará de forma razonada y en términos comprensibles, la toma final de decisiones.
- e) **Fisioterapeuta:** realizará la valoración funcional, en especial los riesgos asociados a la movilidad, fuerza muscular, marcha, equilibrio, déficits sensoriales y la utilización de ayudas técnicas y/o productos de apoyo o técnicas de rehabilitación disuasorias.
- f) **Terapeuta Ocupacional:** realizarán la valoración motora y funcional para las Actividades Instrumentales (AIVD) y Básicas de la Vida Diaria (ABVD), en especial los riesgos asociados a la marcha, tono postural, equilibrio, déficits sensoriales y la utilización de ayudas técnicas y productos de apoyo. Instaurará las medidas alternativas a través de actividades o programas preventivos, coordinándose con otras categorías profesionales, especialmente aunque no de forma exclusiva, con el Psicólogo. Se encargará del seguimiento de estos programas y determinará el momento en el que estos resultan ineficaces o han fracasado, exponiéndolo a los restantes miembros del EII. Realizarán la valoración funcional, indicando las sujeciones adecuadas en cada caso que garanticen un buen posicionamiento en la silla de ruedas, sillón o similares para prevenir los accidentes.

Supervisarán y orientarán sobre el tipo de sujeción más adecuado, la forma y modo de aplicar y colocar la sujeción. El Terapeuta Ocupacional llevará un registro actualizado de las sujeciones utilizadas en cada usuario, valorando el estado de las mismas y ante la ausencia de éste, el Fisioterapeuta o el Enfermero asumirán esta función; solicitando al JATA la reposición de los diferentes dispositivos de sujeción necesarios en cada caso; en ausencia del JATA, el Director designará a la persona encargada de ello.

- g) **Educador/a:** en ausencia de los anteriores profesionales, indicará la necesidad de realizar contención/sujeción en aquellos usuarios con agitación psicomotriz que comprometa su integridad vital o la de terceros, que no se pueda resolver con otras medidas alternativas puestas en marcha; solicitando la valoración inmediata por parte del médico tan pronto como se incorpore al Centro.
- h) **Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería / Técnico Auxiliar:** realizarán los cuidados diarios básicos de cada residente, participando activamente en las medidas alternativas preventivas que le sean indicadas por la enfermera, terapeuta ocupacional o psicóloga. Se encargarán de aplicar las sujeciones que excepcionalmente hayan de prescribirse, utilizando exclusivamente las prescritas, durante el tiempo indicado y aplicando los cuidados y medidas complementarias protectoras para evitar lesiones o complicaciones que se hayan indicado. Realizará y registrará todas las tareas prescritas



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

por la enfermera según la complejidad del usuario. Colaborará con el médico, psicóloga, terapeuta ocupacional y enfermera, a través del EII para el cumplimiento de los objetivos.

- i) **Jefe del Área Técnico Asistencial:** organizará y controlará la ejecución del protocolo; coordinará a los diferentes profesionales y recursos de la residencia; supervisará que todos los apartados previstos en el protocolo se cumplen, especialmente la dotación y utilización adecuada de los dispositivos para la prevención de sujeciones y que en aquellos casos excepcionales que se prescriban solo se utilicen medidas de sujeción catalogadas; supervisará que se llevan a cabo los programas de supervisión complementarios para la prevención de lesiones o complicaciones y que se llevan a cabo los registros y reuniones de equipo para las reevaluaciones de las medidas excepcionalmente instauradas, etc.
- j) **Director/a:** dará las instrucciones oportunas para la implantación y desarrollo de este protocolo. Solicitará aquel material disuasorio o preventivo que sea necesario (camas "superbajas", dispositivos de seguridad como controles de errantes, detectores de movimientos, etc.).
- k) **Equipo interdisciplinar de intervención:**
- Todos los miembros del mismo, potenciarán las actividades y programas preventivos disuasorios para la utilización de sujeciones físicas o farmacológicas, colaborando con los responsables de estos, especialmente con la Psicóloga y Terapeuta Ocupacional.
 - Para la prescripción o "des-prescripción" de cualquier medida de sujeción mecánica deberá existir una valoración previa exhaustiva del usuario y de la medida a prescribir o a des-prescribir por parte de todo el equipo interdisciplinar, en la cual se basará el facultativo para la preceptiva prescripción o des-prescripción.
 - En ausencia del médico, ante situaciones urgentes, la psicóloga y/o la enfermera podrán indicar provisionalmente la utilización excepcional de algún dispositivo de sujeción que sea imprescindible, la cual deberá ser confirmada por el médico de referencia el primer día que se incorpore al centro.
 - Cualquier miembro del equipo, ante situaciones urgentes, y en ausencia del médico, psicóloga y enfermera, podrá indicar provisionalmente la utilización excepcional de algún dispositivo de sujeción física que sea imprescindible, procediendo a dar aviso a los Servicios de Urgencia (SUMMA 112), quienes determinarán la pauta a seguir. En caso de que éstos recomienden utilizar la medida de sujeción implantada, deberá ser reevaluada por el médico de referencia el primer día que se incorpore al centro.
 - 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.
 - Cualquier miembro del equipo interdisciplinar que valore como no necesaria una sujeción previamente prescrita, propondrá la retirada u otras medidas alternativas que estime oportunas; siendo éstas valoradas por el equipo



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

interdisciplinar en el menor plazo posible y siendo confirmada su retirada por el médico con la mayor brevedad posible.

- g. Colaborará y transmitirá toda la información de la que disponga, para la reevaluación periódica de las medidas de sujeción.

En el Anexo 1 se describen las: “*Actividades a realizar, profesionales implicados y baremo de obligatoriedad*”.

5. DEFINICIONES

- a) **Sujeción Física o Mecánica:** “*acción de sujetar*”. Cualquier método manual o dispositivo material, equipo mecánico o físico, unido o adyacente al cuerpo del usuario, que éste no sea capaz de mover o retirar con facilidad y limite su libertad de movimientos, actividad física, o el acceso normal a su propio cuerpo.
- b) **Contención Física:** “*acción y efecto de contener, sujetar el movimiento de un cuerpo*”. Procedimiento por el cual se inmoviliza a una persona con agitación psicomotriz para evitar auto/hetero-agresiones y que se lleva a cabo de forma manual por el personal que le atiende.
- c) **Sujeción Farmacológica:** utilización de psicofármacos, especialmente benzodiazepinas y antipsicóticos, 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).

El uso de psicofármacos está claramente indicado para el control de síntomas negativos (delirios, alucinaciones, insomnio, ansiedad, depresión, etc.), que acontecen **en el seno de enfermedades de base psiquiátrica u orgánicas; siempre que no exista un tratamiento alternativo mejor y cuando se utiliza a las dosis y durante el tiempo necesarios o 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.**

Por contra, **sí que nos encontramos ante sujeciones farmacológicas** pese a que los psicofármacos se utilicen para enfermedades psiquiátricas u orgánicas (Ejemplo: vagabundeo o erratismo):

1. Cuando existan otras alternativas terapéuticas mejores, que no producen estos efectos adversos.
2. Cuando los psicofármacos se utilizan de forma intencionada con efecto puramente sedativo.
3. Cuando se utilizan a dosis más altas de las necesarias para el control de los síntomas para los que se han prescrito, produciendo efectos adversos.
4. Cuando no se revisan periódicamente, permaneciendo más de 3 meses sin reevaluarse, pese a que produzcan efectos adversos.
5. Cuando pese a estar bien prescritos y a dosis adecuadas, se asocian a otros tratamientos para los que no existe base diagnóstica justificativa (Ejemplo: anticonvulsivantes, hidroxicina, trazodona, etc.), que actúan como adyuvantes o aditivos, potenciando los efectos sedantes y los efectos adversos referidos.



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

En estos casos, de forma añadida nos podemos encontrar ante una mala praxis.

Vemos que en muchos casos el concepto de sujeción farmacológica va vinculado a la intencionalidad con la que se ha prescrito; ahora bien, pese a no tener intencionalidad de producir un efecto puramente sedativo, siempre que aparezcan efectos adversos negativos y existiera la posibilidad de que no aparecieran bien sea mediante un reajuste de dosis o con una mejor alternativa terapéutica; podemos considerar que nos encontramos ante una sujeción farmacológica.

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

d) Tipos de Sujeciones Físicas:

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

Tiempo: agudas aquellas que se utilizan puntualmente ante episodios aislados en forma de crisis (agitación, delirium, agresividad, etc.) y que tienen una duración generalmente en torno a días o como máximo una semana. Crónicas aquellas en las que su utilización sobrepasa generalmente más de una semana. Es en estas últimas, en las que se entra en confrontación o se limitan derechos fundamentales como la libertad y valores como la dignidad, autoestima y/o preferencias o deseos de la persona.

Voluntad de la persona afectada: pueden ser voluntarias o involuntarias. Generalmente, en los casos que nos ocupan, son mayoritariamente involuntarias.

Mecanismo de funcionamiento: existe un arsenal de artilugios o dispositivos más o menos sofisticados, algunos de ellos diseñados por la industria especializada en productos específicos para la asistencia geriátrica, perfectamente enmascarados, como si se tratase de otros objetos con múltiples beneficios para los usuarios (sillones con tablas retenedoras); si bien en todos ellos confluye un factor común y definitorio como es la restricción o limitación de los movimientos voluntarios de las personas en las que se utilizan.

Entre estos dispositivos encontramos: barras laterales y barandillas de cama; cinturones abdominales o pélvicos, chalecos o petos torácicos completos, muñequeras y tobilleras; pijamas o buzos con cremalleras y sábanas; butacas, sillones o sillas reclinables, sillones con tablas retenedoras a modo de mesas, sillas de ruedas frenadas o colocadas frente a obstáculos; somieres o colchones cóncavos, etc., siempre que la persona *“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”*.

Existen una serie de situaciones excepcionales como las personas en estado vegetativo o paraplégicas, las cuales no tienen movilidad en las que se utilizan lechos posturales ortoprotésicos, los cuales permiten acoger a la persona en unas condiciones seguras sin que en sí mismo, éstos limiten la movilidad previamente perdida; por lo que no deben ser considerados como una sujeción.



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

e) Prescripción:

Acto a través del cual se lleva a cabo la prescripción de las medidas de sujeción. Nadie puede ser sometido a ninguna medida de sujeción física o farmacológica que no tenga la correspondiente prescripción facultativa (médica), salvo que exista un peligro inminente para su seguridad o la de terceros, situación en la que podrá ser indicada por enfermería y/o por el psicólogo, siendo comunicada al médico con la menor demora posible, el cual ratificará o no las mismas.

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

f) Consentimiento Informado Documentado:

El consentimiento informado es el acto en el que se expresa *"la libertad de las personas en la toma de decisiones responsables y reflexivas, previa información suficiente y bien comprendida por los mismos"*. Cuando por su nivel de discapacidad o cognitivo exista una imposibilidad para ello, se prestarán todos los apoyos necesarios para tomar una adecuada decisión o bien se adoptará el juicio sustitutivo o consentimiento por representación (representante legal).

El consentimiento informado previo se asienta en una serie de principios y valores: la sinceridad en la relación profesional sanitario-paciente, la transparencia, la autonomía de la persona en la toma de decisiones, de una forma responsable y reflexiva. En todo este contexto, el paciente puede ejercer una toma de decisiones libre, la cual no siempre resulta coincidente con las expectativas que los profesionales sanitarios pudieran haberse creado, pensando en la elección más protectora para salvaguardar la integridad del propio paciente, en función de lo que determina la evidencia científica para dicho procedimiento. Ejemplo: rechazo por parte del paciente para aplicarle una sujeción, entrando en confrontación o conflicto la decisión final y libre del paciente, con la opinión de los profesionales para prevenir, controlar o mejorar un problema de salud de éste.

El consentimiento informado se prestará por escrito 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 (Capítulo IV. Artículo 8 y siguientes de la Ley 41/2002).

Para la utilización de sujeciones físicas o farmacológicas, se requiere siempre el consentimiento informado documentado previo de la persona o su representante, excepto en dos situaciones: que exista un riesgo para la salud pública y/o que se trate de una urgencia vital. En ambos casos, de forma simultánea debe darse la circunstancia de que la propia persona afectada no esté en condiciones de poder tomar decisiones.



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

a) Valoración Integral y Neuropsicológica:

Todos los miembros del equipo interdisciplinar realizarán una Valoración Integral, Multidimensional e Interdisciplinar de cada usuario y especialmente del área Neuropsicológica, para detectar la presencia de alteraciones cognoscitivas, anímicas y comportamentales que hagan sospechar la existencia de una enfermedad o trastorno psiquiátrico que precise atención. La detección precoz de este tipo de alteraciones, así como su correcto seguimiento y abordaje mediante terapias neuropsicológicas, resultan cruciales en la prevención de conductas disruptivas que en gran parte de los casos son responsables de la utilización de las sujeciones físicas y farmacológicas.

Se recabará información sobre antecedentes previos y se procederá a realizar una valoración exhaustiva para la detección del deterioro cognitivo, de las posibles alteraciones psicológicas y conductuales asociadas y a una valoración para la detección de trastornos psicoafectivos (depresión y/o ansiedad). Se utilizará la batería de test o escalas estandarizadas más adecuadas para las personas con discapacidad intelectual.

b) Detección de Factores de Riesgo:

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

- 1) Detección de déficits arquitectónicos, estructurales, de mobiliario y de equipos de seguridad, que predisponen a un mayor riesgo de accidentalidad, caídas y siniestros.
- 2) Alteraciones posturales.
- 3) Alteraciones de la marcha, equilibrio y riesgo de caídas.
- 4) Déficits neurosensoriales (visión y/o audición).
- 5) Descartar enfermedades orgánicas condicionantes: infecciones, estreñimiento-impactación fecal, retención urinaria, prurito, disnea, dolor, etc.
- 6) Situación psíquica (deterioro cognitivo, demencia, delirium, síndromes ansioso-depresivos).
- 7) Problemas disruptivos de conducta.
- 8) Presencia de movimientos involuntarios y deficiente control motor.
- 9) Necesidades psicosociales no satisfechas.
- 10) Utilización de psicofármacos (ansiolíticos-sedantes, antidepresivos, neurolépticos...) o asociación estos a fármacos adyuvantes sin base diagnóstica justificativa. Interacciones farmacológicas, etc.
- 11) Aplicación de tratamientos vitales (sondas, cuidados de heridas, medicación i.v.,



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

oxigenoterapia, etc.).

c) Actividades y Programas Alternativos Previos Preventivos:

Si en la valoración neuropsicológica se detectan factores de riesgo susceptibles de corrección, se procederá por parte de todos los miembros del equipo interdisciplinar a instaurar las actividades y programas preventivos específicos que eviten o al menos retrasen la utilización de sujeciones, entre los que cabe incluir los siguientes:

- 1) Adecuación del entorno: Entorno seguro eliminando barreras arquitectónicas y puntos de alta siniestralidad. Diseñar "pistas o recintos de paseo 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 (camas "superbajas", controles de errantes, detectores de movimientos bruscos y detectores de movimientos nocturnos, etc.). Instalación de cámaras de vigilancia y seguimiento.
- 5) Mejorar el control de las alteraciones conductuales, psíquicas, neurosensoriales, trastornos del movimiento, de la marcha y del equilibrio.
- 6) Reducir/extinguir conductas problemáticas mediante el uso de técnicas de modificación de conducta cognitivo-conductual.
- 7) Revisión periódica de fármacos y tratamientos predisponentes y/o desencadenantes.
- 8) Programas de estimulación que fomentan la autonomía, autoestima y dignidad de los/las usuarios/as con déficits cognitivos, psicoafectivos y conductuales.
- 9) Adiestrar a los profesionales para la realización de los cuidados básicos (higiene, aseo, comida, etc.), que actúan como desencadenantes de conductas disruptivas.
- 10) Formar a los miembros del EII en la promoción del bienestar y la dignidad en los cuidados, desterrando mitos acerca de la seguridad de las sujeciones.
- 11) Sensibilizar a los profesionales de atención directa de la importancia de ciertas actividades de ocio y relacionales como los paseos, participar en conversaciones y actividades lúdico-recreativas, escuchar música a un nivel de sonido adecuado.
- 12) Fomentar una adecuada comunicación y colaboración de los profesionales con la familia, informándoles y formándoles sobre las diferentes situaciones alternativas a las sujeciones, mucho más dignificantes, pero asumiendo ciertos riesgos y evitando las complicaciones de éstas.
- 13) Dotar los recursos humanos necesarios, que permitan una dedicación y estimulación adecuada de las personas con trastornos psicológicos y conductuales.
- 14) Es necesario que los centros aborden cambios organizativos encaminados hacia las verdaderas necesidades de los usuarios, como la supervisión y vigilancia activa, la



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

estimulación y participación de los usuarios en actividades, la planificación del trabajo, etc. En definitiva, pequeños detalles “del día a día”, en forma de atenciones, que podemos denominar de diferentes formas eufemísticas, como “Planificación Centrada en la Persona”.

d) Prescripción y Uso de Sujeciones: Requisitos Técnicos

Ya hemos referido que las sujeciones tanto físicas como farmacológicas, solo pueden prescribirse de una forma excepcional, cuando sean imprescindibles, cuando no existan otras alternativas más racionales y dignas y previamente hayan fracasado todas las medidas alternativas aplicadas de forma preventiva y se utilicen con la mayor proporcionalidad a nuestro alcance en relación a la situación a controlar, 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.

Nadie puede ser sometido a ninguna medida de sujeción física o farmacológica que no tenga la correspondiente prescripción facultativa (médica), salvo que exista un peligro inminente para su seguridad e integridad o la de terceros (intento autolítico, suicidio, agresión, etc.), situación en la que podrá ser indicada por enfermería o por el psicólogo; siendo comunicada al médico con la menor demora posible, el cual evaluará la situación y procederá o no a su prescripción.

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; dado el carácter y filosofía asistencial de los centros para personas con discapacidad intelectual de la AMAS, en los que se presta una atención integral, permanente y continuada de carácter multidimensional e interdisciplinar.

Prescripción y Aplicación Urgente de la Sujeción o Contención Mecánica

1. Ante situaciones de urgencia que entrañen un riesgo para la seguridad e integridad del usuario o de terceras personas de su entorno (agitación, irritabilidad, agresividad, etc.), se aplicará la contención mecánica de estas personas, la cual se lleva a cabo en dos fases:
 - a. **Reducción:** girar a la persona agitada de espaldas sobre el suelo y sujetarle a nivel de los hombros, antebrazos y por encima de las rodillas y tobillos (cada persona sujetará una extremidad) y la cabeza será controlada por otra persona para impedir que pueda golpearse a sí mismo o a otra persona.
 - b. **Traslado:** para trasladar a la persona agitada y/o violenta y que no colabore, se le sujetará por las piernas a la altura de las rodillas y por los brazos, alrededor de los codos, con apoyo bajo los hombros. Hay que tener en cuenta que no se deben forzar las articulaciones más allá de los límites fisiológicos.
2. Si tras las medidas adoptadas y el oportuno tratamiento médico, persiste la situación, se recurrirá a los Servicios Psiquiátricos de Urgencia del SUMMA-112, para que procedan a la valoración y al ingreso involuntario si resulta pertinente.



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

Prescripción de la Sujeción

Una vez puestos en marcha todos los programas anteriormente citados, y no habiendo obtenido una respuesta adecuada, se procederá a valorar por parte del equipo interdisciplinar la necesidad de sujeción (que siempre será específica y no general), el tipo de sujeción, horario, etc., estableciendo la siguiente dinámica de actuación:

1. Las sujeciones nunca se utilizarán por comodidad o conveniencia de los equipos de trabajo sino excepcionalmente y porque sean imprescindibles.
2. El médico informará al usuario o a sus representantes (tutores o personas de referencia autorizadas), de la necesidad de utilizar una medida de sujeción concreta.
3. El médico junto al usuario o sus representantes procederán a la correspondiente cumplimentación del consentimiento informado explícito para dicha medida de sujeción, firmándolo ambos por duplicado, y entregándole una copia del formulario (FOR-02) al usuario o al representante.
4. En el caso de optar por el no consentimiento, o ante negativa a firmar cualquier documento, por parte del usuario o sus representantes (tutores, familiares o personas de referencia autorizadas), cumplimentarán el correspondiente formulario para tal fin (FOR-02).
5. Si el equipo interdisciplinar estima imprescindible el uso de la sujeción, procederá, provisionalmente a sujetar a la persona si pone en peligro su integridad física o la de otras personas, comunicará al Juez y al Fiscal la intervención realizada, y valorará la derivación a los Servicios de Salud Mental, cumplimentando el formulario (FOR-03).
6. La prescripción de cualquier medida de sujeción requiere que sea explícita e individualizada para cada tipo de sujeción, para cada persona y situación (FOR-01) informatizado en la Historia Clínica Digital; pasando a continuación a solicitar el consentimiento informado documentado e individualizado de la misma (FOR-02), antes de proceder a su aplicación.
7. Está absolutamente prohibida la prescripción extemporánea diferida en el tiempo, efectuada previamente, por si pudiera llegar a ser necesaria en el futuro, así como las prescripciones genéricas o la prescripción "condicional" (si precisa).
8. Ante discrepancias en la prescripción de una sujeción mecánica o farmacológica entre diferentes facultativos o con la persona afectada o su representante legal, podrán ejercer el derecho de "autonomía decisoria" y de "libre elección de médico"; procediendo a la elección que determinen.
9. En caso de seleccionar un facultativo externo al centro, éste deberá asumir la prescripción y efectuar sus revisiones periódicas de la forma más racional y operativa posible. Durante los períodos de tiempo que transcurren entre las revisiones, el Equipo Interdisciplinar efectuará el seguimiento de las mismas, comunicando al facultativo prescriptor las incidencias que detecten y estimen que resultan relevantes.
10. El Centro pondrá a disposición del usuario o de su representante el documento homologado de prescripción, así como el protocolo de sujeciones mecánicas y farmacológicas para proceder a la firma por el prescriptor externo al centro.



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

Aplicación de la Sujeción

Los miembros del equipo interdisciplinar procederán del siguiente modo:

1. Las medidas de sujeción física o mecánica que se utilicen de forma excepcional porque sean imprescindibles, deben estar autorizadas según los procedimientos establecidos en este protocolo y deben ser homologadas y encontrarse en perfecto estado de uso. Se revisarán a diario y en cada turno.
2. Seleccionarán la medida de sujeción normalizada, más adecuada para los objetivos que se persiguen y que ha sido elegida por el equipo interdisciplinar.
3. Explicarán siempre que el nivel cognitivo del usuario lo permita, de la forma más empática y tranquila posible, la medida que se va a adoptar y el porqué de la misma, para que no sea vivido como una imposición o castigo.
4. Aplicarán la sujeción según las instrucciones y recomendaciones del fabricante y que los técnicos determinen. Las instrucciones estarán siempre en un lugar visible.
5. Los sistemas de apertura de las sujeciones (imanes, llaves, bolígrafos, etc.), deben estar siempre en lugar bien visible y cercano al residente y con repuesto de los mismos en el control de enfermería correspondiente.
6. El enfermero establecerá la programación oportuna de cuidados en el Registro de sujeción mecánica.
7. La aplicación de la sujeción nocturna corresponde al turno de tarde y la retirada de la misma al de mañana, salvo que el residente necesite cuidados, en tal caso las aplicará o retirará el turno correspondiente.
8. La aplicación y retirada de la sujeción a lo largo del día, corresponde a los turnos de mañana y tarde, según la programación de las actividades diarias del residente (AVD, siesta, etc.).
9. Adicionalmente, cuando la sujeción sea de aplicación no continua, deberán especificarse los horarios o condiciones para su aplicación.
10. El centro dispondrá de un modelo de las sujeciones que más comúnmente se pueden utilizar para su uso inmediato en caso de urgencia.

Seguimiento y Revisión periódica

1. Las sujeciones a menudo conducen a estados de inquietud, agitación, irritabilidad y agresividad.
2. Para evitar complicaciones, todo residente que esté con sujeción precisa una vigilancia más asidua y periódica y un mayor esmero, estableciendo un plan de cuidados complementario.
3. El seguimiento de la evolución se hará según la pauta establecida, que debe quedar reflejada en la hoja de registro de seguimiento.
4. Las medidas de sujeción se revisarán con la frecuencia adecuada en cada caso, según la prescripción facultativa, con prevención en todo momento de los riesgos y complicaciones asociadas a su uso (Ejemplo: lesiones en la piel, etc.).



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

5. La sujeción se mantendrá el menor tiempo posible, siendo reevaluada por el equipo interdisciplinar periódicamente; al inicio a diario, después cada semana y más tarde a los quince días, confirmándose su prescripción en el documento homologado por el médico.
6. A partir de la confirmación de la prescripción, las sujeciones serán reevaluadas periódicamente, con la frecuencia que se indica en el apartado de revisión y reevaluación de las sujeciones.
7. En caso de no necesitar sujeción, deben retirarse con la mayor inmediatez posible.
8. A las personas que utilizan sujeciones se procederá varias veces en cada turno a retirarlas, se les dará un paseo, se le estimulará para que tome líquidos y se le desplazará al baño para que puedan satisfacer sus necesidades.
9. Las sujeciones no deben provocar excesiva presión y deben permitir cambios posturales. Vigilar que la sujeción no produce dificultad respiratoria o circulatoria, cianosis, palidez de la piel, enfriamiento de extremidades, adormecimiento, hormigueo, dolor, rozaduras o quejas del residente.
10. Debemos recordar que los residentes que de forma excepcional utilizan sujeciones son personas a las que debemos mantener sus derechos y dignidad en todo momento. Valorar siempre la autoestima y deseos del residente.

e) Consentimiento Informado Documentado:

Compartiendo sin ambigüedades la doctrina de que *"las personas con discapacidad y con capacidades cognitivas comprometidas son verdaderos sujetos de derechos y no meros objetos de cuidados"*, conforme a la ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y la Ley 8/2021 de 2 de junio sobre la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica; debe solicitarse el consentimiento informado en el que se expresa *"la libertad de las personas en la toma de decisiones responsable y reflexiva, previa información suficiente y bien comprendida por los mismos"*.

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

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

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

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

Ante rechazo a prestar el consentimiento para utilizar una medida de sujeción por parte del



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

usuario o de sus representantes cuando medie alguna de las dos situaciones previstas (riesgo para la salud pública o una urgencia vital) se cumplimentará el formulario de "No Consentimiento" procediéndose a comunicarlo a la fiscalía y/o al juzgado encargado del seguimiento de la tutela, adoptando mientras que se pronuncia, la decisión más adecuada para el mismo.

Del mismo modo, ante discrepancias con la familia o representantes, cuando éstos solicitan que se utilicen medidas de sujeción contra el criterio del equipo interdisciplinar, se procederá a comunicarlo a la fiscalía y/o al juzgado encargado del seguimiento de la tutela.

El consentimiento informado debe ser explícito para cada tipo de sujeción, para cada persona y situación; debe llevarse a cabo en el mismo momento en el que se prescribe y vaya a utilizarse la medida de sujeción. (FOR-02).

Se tendrán en cuenta las instrucciones previas siempre que estas estén registradas tal como describe la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro correspondiente.

Están absolutamente prohibidos los consentimientos extemporáneos diferidos en el tiempo y solicitados previamente por si pudieran llegar a ser necesarios en el futuro, así como los consentimientos firmados "en blanco" para una posterior cumplimentación, los consentimientos genéricos o los consentimientos "condicionales" (si precisa).

En el documento de consentimiento figurará toda la información acerca de los posibles efectos adversos y riesgos de la misma, los cuales se explicarán de una forma comprensible, empática y tranquila a la persona que lo presta y se hará entrega de una copia una vez cumplimentado y firmado.

f) Comunicación y Autorización judicial de las Sujeciones:

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

En aquellos casos en los que existan discrepancias entre la opinión del equipo interdisciplinar y la persona afectada o sus representantes legales, y en especial en todos aquellos casos en los que exista una negativa por parte de la persona u de sus representantes legales, y pongan en riesgo su propia integridad o la de las personas del entorno; se procederá a utilizar la medida de sujeción puntualmente durante el período de crisis aguda, procediendo a la pertinente comunicación judicial y a la fiscalía de las mismas.

Siguiendo la Instrucción 1/2022 de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, de forma periódica los centros remitirán información a la Fiscalía de Área correspondiente sobre las sujeciones físicas o mecánicas y farmacológicas o químicas, en las que se detallarán las personas que utilizan sujeciones, las medidas preventivas previas que se utilizaron, el tipo de sujeción, prescripción individualizada de la medida de sujeción, consentimiento informado, medidas complementarias, revisiones de las medidas de sujeción y el protocolo que regula el uso de las mismas en el centro. Se estima como una periodicidad adecuada cada 3 meses, si bien se seguirán las indicaciones que determine la Fiscalía.



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

g) Medidas y Plan de Cuidados Complementarios

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

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

h) Revisión y Reevaluación de la Prescripción de las Sujeciones:

Las sujeciones tanto mecánicas como farmacológicas que han debido prescribirse de forma excepcional por ser imprescindibles, se utilizarán el menor tiempo posible. Para ello se revisarán y serán reevaluadas de forma periódica, a fin de retirar todas aquellas que no sea preciso continuar en el tiempo. La pauta de reevaluación será la siguiente:

- **Casos de nueva instauración:** tanto para las sujeciones físicas como farmacológicas, hasta el séptimo día, se revisarán a diario; entre el séptimo y quinceavo día, se revisarán al menos cada 72 horas; a partir del quinceavo día, se revisarán cada 7 días. Si persistiese la necesidad de seguir utilizando medidas de sujeción se confirmará su prescripción en el documento homologado definitivo, por el médico.
- **A partir del segundo mes:** si es imprescindible que continúe con ellas, deberá reevaluarse al menos mensualmente las sujeciones físicas o mecánicas en general y al menos bimestralmente las barandillas de cama. Todo ello como tiempo máximo, pudiendo los miembros del equipo interdisciplinar efectuar tal revisión en tiempos inferiores según su criterio técnico. En el caso de prescripción de psicofármacos, en aquellos casos en los que puedan estar siendo catalogados como sujeciones farmacológicas, éstos deben revisarse al



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

menos trimestralmente, siendo lo óptimo al menos cada 45 días.

La reevaluación quedará registrada en la historia clínica digital de cada usuario (HIRE).

Debemos huir de periodicidades muy cortas (semanales o quincenales) que puedan sobrecargar a los profesionales y éstos acaben convirtiendo un acto tan importante como es la reevaluación, en un puro trámite administrativo de confirmación sin sopesar su retirada que debe ser el verdadero objetivo.

7. REGISTROS Y LUGAR DE CUSTODIA

- Documento Homologado de registro HOJA DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA (**HRPCBE**).
- Documento homologado de prescripción informatizado en la Historia Clínica Digital del Residente **FOR-01**.
- Documento homologado de consentimiento o denegación por parte del propio residente si procede, tutor, familiar o persona de referencia. **FOR-02** (Durante el tiempo que el residente permanezca en la residencia adjunto a su historia médica).
- Documento de comunicación judicial. **FOR-03**. (Durante el tiempo que el residente permanezca en la residencia adjunto a su historia médica)
- Módulo de Protocolo de Sujeciones de HIRE.

Todos los registros digitalizados se cumplimentarán en la propia historia clínica digital del residente, debiendo proceder a escanear los no digitalizados y a almacenarlos en el protocolo o carpeta diseñada para tal fin, dentro de la historia clínica digital del residente.

8. DEROGACIONES

Esta Instrucción deja sin efecto cualquier instrucción y protocolo anterior sobre la misma materia.

9. MARCO NORMATIVO

En el caso de que lo establecido en la presente Instrucción constituya una mejora para los usuarios respecto de la normativa vigente en cada momento, será de aplicación lo establecido en esta Instrucción.

En caso de que estas Instrucciones devengan en incompatibles con la normativa vigente en cada momento, regirá lo dispuesto en dicha normativa.

En cualquier caso, los responsables de departamento que detecten dichos supuestos conflictos, lo pondrán en **conocimiento de la Gerencia del SRBS**, a través del Coordinador Médico-Asistencial o del Coordinador de Centros para Personas con



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

Discapacidad Intelectual.

10. EFECTOS

La presente Instrucción tiene efectos y **entrará en vigor el día 1 de abril de 2022.**

Los registros a los que la presente Instrucción hace referencia **serán exigibles** y su existencia y cumplimentación podrá ser auditada por la Gerencia **desde el día 15 de abril de 2022.**

11. PERIODO DE VIGENCIA

En tanto en cuanto no sea revisada o aparezcan cambios normativos-legislativos que impliquen la modificación de su contenido.

12. NORMATIVA, SISTEMAS Y DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 41/2002, 14 de noviembre (Reguladora de la Autonomía del Paciente).
- Ley 12/2001, 21 de diciembre (Ley ordenación Sanitaria Comunidad Madrid).
- Ley 7/2004, 28 de diciembre (Medidas en Materia Sanitaria).
- Ley 44/2003, 21 de noviembre (Ordenación de Profesiones Sanitarias).
- PIA nº 20 (C.F.R.): Dispositivos de limitación física.
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.
- Instrucción de la Fiscalía General del Estado 1/2022 de 10 de enero, 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.
- Comité interdisciplinar de sujeciones de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. SEGG. Madrid 2014.
- Burgueño A. Falacias sobre sujeciones (contenciones) físicas. Dilemata. 2015; 7 (19): p. 135-147.
- Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA). Guía para personas mayores y familiares: uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer. Programa "Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer". Madrid: CEOMA (internet - consultado 2021 jun 16) Disponible en: http://ceoma.org/wp-content/uploads/2017/06/10-guia_para_personas_mayores.pdf
- Fundación Cuidados Dignos. Cómo se eliminan las sujeciones: guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios. Basada en



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

la Norma Libera-Ger de la Fundación Cuidados Dignos. Gernika: Fundación Cuidados Dignos; 2012.

- Protocolo de contención de movimientos en pacientes H. Clínico San Carlos, H. La Fuenfría. Edita Hospital Clínico San Carlos. Mayo 2010.

13. DESARROLLO Y APLICACION

Corresponde a los Directores de Centros divulgar entre los empleados afectados este procedimiento, con constancia de ello, así como velar por su cumplimiento, impartiendo las órdenes de servicio que correspondan a tal fin.

14. GLOSARIO, DEFINICIONES Y CONCEPTOS

➤ EQUIPO INTERDISCIPLINAR DE INTERVENCIÓN:

Se define como el conjunto de profesionales con habilidades complementarias, comprometido con un propósito común, unos objetivos de rendimiento y un enfoque en la atención, de los que todos se consideran mutuamente responsables. Estará integrado por los siguientes profesionales: Director, JATA, Médico/a, Psicólogo/a, Psicopedagogo/a, Logopeda, Enfermera/o, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Trabajador/a Social, Maestro/a, Maestro de Taller, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Técnico Auxiliar, Educador/a y cualquier otro profesional que a instancia de los anteriores pueda ser requerido para hacer aportaciones respecto al usuario.

- **JATA:** Jefe de Área Técnico Asistencial
- **AVD:** Actividades de la vida diaria
- **HRPCBE:** Hoja de Registro del Plan de Cuidados Básicos de Enfermería
- **H.I.R.E.:** Historia Integral del Residente

15. SUGERENCIAS PARA CORRECCIONES Y MODIFICACIONES

Las sugerencias para correcciones y modificaciones futuras del contenido del presente procedimiento deberán dirigirse al Director Coordinador Sanitario Asistencial de la AMAS.

16. ANEXOS

- Anexo 1. Actividades a realizar, Profesionales implicados y Baremo.
- Anexo 2. Catálogo de Sujeciones.
- Anexo 3. FOR-02 - Consentimiento/No consentimiento de medidas de sujeción.
- Anexo 4. FOR-03 - Comunicación judicial ante no consentimiento.



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

17. CONTROL/HISTÓRICO DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Cambios
1	30/09/2014	Primera versión
2	08/05/2015	Segunda Versión (Revisión Periodicidades)
3	31/03/2022	Tercera Versión (Revisión Completa)

El Director Coordinador Sanitario Asistencial

El Director Coordinador de Centros para
Personas con Discapacidad Intelectual

Fdo.: Primitivo Ramos Cordero

Fdo.: Juan Luis Fernández Fernández

El Gerente de la Agencia Madrileña de Atención Social

Fdo.: José Manuel Miranda de las Heras



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

Anexo I al Protocolo de Prevención y Uso de Sujeciones (Revisión 4) (Check-List de verificación del Protocolo)

Actividades a realizar, profesionales implicados y baremo de obligatoriedad
(O= obligatorio; R = recomendable)

ACTIVIDADES GENERALES	RESPONSABLE	BAREMO
Medidas preventivas alternativas previas a la prescripción de sujeciones	Psicólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional	O
Prescribir la sujeción valorada por el equipo interdisciplinar y validar las indicadas en su ausencia FOR_1	Médico	O
Indicar la medida en ausencia del médico	Enfermero Psicólogo	O
Reevaluar periódicamente y colaborar con el médico en la decisión de mantenimiento de la medidas de sujeción o de su retirada	Equipo interdisciplinar	O
Revalidar y registrar el mantenimiento de las medidas de sujeción	Médico	O
Valorar los riesgos psicosociales	Trabajador Social Psicólogo	R
Favorecer las relaciones con la familia o tutor y la aceptación y autorización de las medidas	Trabajador Social Psicólogo	R
Valorar funcionalmente, en especial los riesgos asociados a la marcha, equilibrio, déficits sensoriales y utilización de ayudas técnicas	Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta	O
Valorar, Diagnosticar, Prescribir, Supervisar y Coordinar los cuidados de enfermería	Enfermero	O
Coordinar y formar a los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)	Enfermero	O
Realizar y Registrar la tareas asignadas por el DUE	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería	O
Asegurar la disponibilidad de las sujeciones catalogadas	JATA	O
Coordinar, supervisar y asegurar el cumplimiento del protocolo, la cumplimentación de los registros, y que se realizan las reuniones pertinentes	Director y JATA	O



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS SUJECCIONES	RESPONSABLE	BAREMO
Detectar factores de riesgo y registrarlos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficits sensoriales. ▪ Fármacos (ansiolíticos, antidepresivos, neurolépticos...). ▪ Situación psíquica (demencia, delirium, depresión). ▪ Alteraciones de la marcha, riesgo de caídas. ▪ Problemas de conducta. ▪ Necesidades psicosociales no satisfechas. ▪ Tratamientos (sondas, cuidados de heridas, medicación intravenosa, oxigenoterapia...) 	Médico / Psicólogo / Enfermero / Fisioterapeuta / Terapeuta Ocupacional	O
Implantar las acciones y/o programas preventivos específicos	Psicólogo / Fisioterapeuta / Terapeuta Ocupacional / Médico / Enfermero	O
Instaurar la sujeción ante fallo de acciones y programas preventivos y con la prescripción médica correspondiente	Enfermero	O
Informar al usuario, familia o tutor y recabar la autorización de la sujeción FOR_02	Médico / Psicólogo	O
Entregar una copia a la familia o tutor del FOR_02 firmado	Médico / Enfermero o miembro Equipo I	O
Poner en conocimiento del juez la instauración de la medida si no hay autorización y es necesario la instauración FOR_03 y derivar a los servicios de salud mental, si fuera necesario	Médico	O
Fijar siempre las sujeciones a los armazones de la cama o silla, no a barandillas, colchones u otras partes móviles o no seguras de los mismos.	TCAE /TA	O
Establecer la programación oportuna en el Registro de sujeción mecánica	Enfermero	O
Informar al usuario/residente de la medida a adoptar y el motivo por el que se adopta, siempre que su estado mental lo permita	Enfermero / TCAE / TA	O
Seleccionar la medida adecuada a cada residente	Equipo interdisciplinar	O
Aplicar la sujeción según instrucciones y recomendaciones establecidas, que deberán estar en un lugar visible y accesible. Sujeción nocturna (coloca turno de tarde y retira turno de mañana) La aplicación y retirada de la sujeción a lo largo del día, corresponde al turno de Mañana y Tarde, según la programación de las actividades diarias del residente	TCAE/TA	O
Mantener la alineación corporal y una posición anatómica correcta al aplicar la sujeción	TCAE/TA	O
Tratar de disimular la sujeción debajo de alguna prenda sin	TCAE/TA	R



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

Página 24 de 35

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS SUJECIONES	RESPONSABLE	BAREMO
comprometer su facilidad de retirada en caso de urgencia (conservar la autoestima, dignidad, etc.)		
Vigilar la sujeción para evitar dificultad respiratoria o circulatoria, cianosis, palidez de la piel, enfriamiento de extremidades, adormecimiento, hormigueo, dolor, rozaduras o quejas del residente	TCAE/TA	0
Situar los elementos de la sujeción (hebillas, clips...) visibles y en una posición que permita soltarlos rápidamente en caso de necesidad. La elección preferente será la del sistema de clip	TCAE/TA	0
Registrar la evolución en la hoja de seguimiento y si hay modificación dejar evidencia en HIRE e informar a los familiares	Enfermero	0
Revisar la sujeción periódicamente, máximo cada tres horas	TCAE/TA	0
Pautar medidas complementarias	Enfermero	0
Sujeciones Físicas: Reevaluar la sujeción y registrar. Frecuencia de reevaluación 1 mes para todos los tipos de sujeciones físicas y 2 meses para barandillas en cama	Médico	0
Sujeciones Farmacológicas: Frecuencia de reevaluación al menos cada 3 meses (óptimo antes de los 45 días la sujeción farmacológica y registrar)	Médico	0
Confirmar la sujeción en el documento homologado de prescripción	Médico	0
Realizar y registrar los cuidados pautados en la HOJA DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA	TCAE/TA	0
Se remite periódicamente, cada 3 meses la información sobre sujeciones a la Fiscalía de Área	Dirección / JATA	0

FRECUENCIA DE REVISIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE SUJECIONES				
	DÍAS 1-7	>7 y ≤15	>15	A PARTIR DEL 2º MES
FÍSICAS	Diaria	<72 horas	7 días	≤1 mes
BARANDILLAS	Diaria	<72 horas	7 días	≤ 2 meses
QUÍMICAS	Diaria	<72 horas	7 días	≤3meses (Óptimo <45 días)



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

**CATÁLOGO DE MEDIDAS DE
SUJECCIÓN MECÁNICA
AUTORIZADAS EN LOS
CENTROS PARA PERSONAS CON
DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE
LA AGENCIA MADRILEÑA
DE ATENCIÓN SOCIAL
Comunidad de Madrid**



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

Página 26 de 35

Este catálogo deriva de lo establecido en el PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES de la AMAS y contiene los sistemas sujeción autorizados para un uso excepcional en los centros en aquellos casos en los que sea imprescindible.

Queda terminantemente prohibido el uso de cualquier otro dispositivo o artilugio que no esté contenido en este catálogo.

En el caso que un centro crea necesaria la inclusión de nuevas medidas de sujeción no contempladas en este catálogo, deberán solicitarlo, para su aprobación, registro, adecuación y normalización, al Director Coordinador Sanitario Asistencial o al de Centros para Personas con Discapacidad Intelectual, de la AMAS.

Deben incluir en la solicitud su definición, la tipología de usuarios a los que va dirigido, las características técnicas del sistema, su modo de empleo y lista de proveedores.

Los Jefes de Área Técnico Asistencial (JATA), velarán especialmente que este catalogo sea conocido por todos los profesionales del área asistencial y especialmente los profesionales de nueva incorporación, eventuales, interinos o suplencias.

Sistema de sujeción es cualquier medida de contención o cualquier método manual o dispositivo material, equipo mecánico o físico unido o adyacente al cuerpo del usuario, que éste no sea capaz de mover con facilidad y limite su libertad de movimientos, o el acceso normal a su propio cuerpo

SOLO ESTÁN AUTORIZADAS UNA FORMA EXCEPCIONAL EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE SEA IMPRESCINDIBLE COMO MEDIDA DE SUJECIÓN MECÁNICA LAS CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO, ESTANDO EXPRESAMENTE PROHIBIDO CUALQUIER OTRA MEDIDA DE SUJECIÓN NO CONTEMPLADA EN ESTE CATALOGO.



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

NORMAS GENERALES PARA TODAS LAS SUJECIONES:

1. Todas las medidas de sujeción deben estar autorizadas según los procedimientos establecidos en el PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES
2. Explicar el objetivo y la necesidad de la medida al residente, si es posible, y a la familia, haciendo notar que no es un castigo sino una medida de protección del residente.
3. Para evitar complicaciones, a todo residente sujeto es necesario vigilarlo con mas asiduidad y esmero, que a uno que no esté sujeto. Los cuidados específicos de cada residente con sujeción estarán pautados en la HOJA DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
4. Se utilizarán de forma excepcional en los casos que sean imprescindibles para PROTEGER la INTEGRIDAD del residente o de terceros o para evitar problemas en el suministro de tratamientos por vía endovenosa o mediante sondas, en residentes agitados, confusos o dementes. En caso de no necesitar sujeción para ello, deben retirarse.
5. Valorar siempre la dignidad, autoestima y deseos del residente. Si así lo aconsejaran las circunstancias, tratar de disimular la sujeción debajo de alguna prenda sin comprometer su facilidad de retirada en caso de urgencia.
6. Seguir siempre las instrucciones de uso y tener siempre estas, en un lugar visible.
7. Fijar siempre las sujeciones a los armazones de la cama o silla, no a barandillas, colchones u otras partes móviles o no seguras de los mismos.
8. Al aplicar una sujeción, buscar siempre el mantenimiento de la alineación corporal, una posición anatómica correcta y la mayor comodidad del residente.
9. Las sujeciones no deben provocar excesiva presión y deben permitir los cambios posturales. Vigilar que la sujeción no produce dificultad respiratoria o circulatoria, cianosis, palidez de la piel, enfriamiento de extremidades, adormecimiento, hormigueo, dolor, rozaduras o quejas del residente.
10. Vigilar las sujeciones de forma periódica según el Plan de cuidados del residente.
11. No utilizar sujeciones que no estén en perfecto estado de uso. Se debe tener reserva suficiente de sistemas de sujeción para su uso inmediato en caso de urgencia en cada unidad de enfermería.
12. Los nudos, hebillas, clips, lazadas y demás elementos de sujeción deben de estar visibles y en una posición que permita soltarlos rápidamente en caso de necesidad. El sistema de elección preferente será el de clip, evitando siempre que se pueda los nudos y lazadas.
13. Los sistemas de apertura de las sujeciones (imanes, llaves, bolígrafos, etc.), deben estar siempre en lugar bien visible y cercano al residente y con repuesto de los mismos en el control de enfermería correspondiente.
14. **UN RESIDENTE SOMETIDO A SUJECIÓN FÍSICA ES UNA PERSONA CUYOS DERECHOS Y DIGNIDAD DEBEN SER MANTENIDOS EN TODO MOMENTO Y TIENE DERECHO A QUE SE REEVALÚE SU NECESIDAD PERIÓDICAMENTE.**



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

CATÁLOGO:

<p>CHALECO TORACO-ABDOMINAL CON SUJECIÓN PERINEAL. Prenda en forma de chaleco para sujeción a silla o sillón geriátrico. Impide levantarse de la silla y el desplazamiento de tronco y abdomen en la misma, proporcionando estabilidad al residente. Impide deslizamientos del residente. La porción anterior y posterior deben estar claramente diferenciadas. Se coloca sobre la ropa o pijama, aunque podrá disimularse con alguna chaqueta o bata.</p>	
<p>CHALECO TORACO-ABDOMINAL SIN SUJECIÓN PERINEAL. Prenda en forma de chaleco para sujeción a silla o sillón geriátrico. Impide levantarse de la silla y el desplazamiento de tronco hacia delante, proporcionando estabilidad al residente. No impide deslizamientos del residente. La porción anterior y posterior deben estar claramente diferenciadas. Se coloca sobre la ropa o pijama, aunque podrá disimularse con alguna chaqueta o bata.</p>	
<p>CINTURÓN PÉLVICO. Cinturón pélvico de 2 puntos ofrece un posicionamiento seguro y confortable de la pelvis con la mínima superficie de contacto. Disponible con 2 tipos de apertura: con botón pulsador metálico o con hebilla de presión lateral (plástico). Además, la opción de acolchado extra.</p>	
<p>CINTURÓN TORÁCICO ANTERIOR. Diseño único con almohadillado en V y 4 puntos fortalece la sujeción del cinturón y amplía la superficie de contacto garantizando el confort y una mejor distribución de la presión, para una perfecta protección de la piel. Proporciona un soporte más efectivo.</p>	
<p>CINTURÓN ABDOMINAL EN SILLA O SILLÓN GERIÁTRICO. Dispositivo que sujeta al residente a la silla impidiendo que se levante y proporcionándole estabilidad. No debe estar demasiado ajustado alrededor del tórax o abdomen del residente, ni demasiado suelto que permita el deslizamiento. Si existe riesgo de deslizamiento del residente, no utilizar. Se coloca sobre la ropa o pijama, aunque podrá disimularse con alguna chaqueta o bata.</p>	

Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

<p>CINTURÓN ABDOMINAL EN SILLA O SILLÓN CON SUJECIÓN PERINEAL. Dispositivo que sujeta al residente a la silla impidiendo que se levante y el desplazamiento de tronco y abdomen en la misma, proporcionando estabilidad al residente. Impide deslizamientos del residente. No debe estar demasiado ajustado alrededor del tórax o abdomen del residente, ni demasiado suelto que permita el deslizamiento. Se coloca sobre la ropa o pijama, aunque podrá disimularse con alguna chaqueta o bata.</p>	
<p>CINTURÓN ABDOMINAL EN SILLA O SILLÓN GERIÁTRICO CON CINCHAS DE SUJECIÓN TORÁCICA. Para sujeción a silla o sillón geriátrico. Impide levantarse de la silla y el desplazamiento de tronco hacia delante, proporcionando estabilidad al residente. No impide deslizamientos del residente. Debe permitir los cambios posturales en la silla. Se coloca sobre la ropa o pijama, aunque podrá disimularse con alguna chaqueta o bata.</p>	
<p>CINTURÓN ABDOMINAL EN CAMA. Dispositivo que sujeta al residente a la cama impidiendo que se levante y permitiéndole movilidad en la cama. Puede ser aconsejable utilizarlo siempre con barandillas en la cama. No debe estar demasiado ajustado alrededor del tórax o abdomen del residente, ni demasiado suelto que permita el deslizamiento.</p>	
<p>CINTURÓN ABDOMINAL EN CAMA CON MUÑEQUERAS. Dispositivo que sujeta al residente a la cama e inmoviliza uno o ambos brazos, impidiendo que se levante y permitiéndole la movilidad en la cama. No debe estar demasiado ajustado alrededor del tórax, abdomen y muñecas del residente, ni demasiado suelto, que le permita el deslizamiento.</p>	
<p>CINTURÓN ABDOMINAL EN CAMA CON MUÑEQUERAS Y TOBILLERAS Y/O CINCHAS DE SUJECIÓN TORÁCICA. Dispositivo que sujeta al residente a la cama e inmoviliza una o ambas extremidades, impidiendo que se levante y permitiéndole la movilidad en la cama. No debe estar demasiado ajustado alrededor del tórax, abdomen, tobillos y muñecas del residente, ni demasiado suelto que le permita el deslizamiento.</p>	

Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

<p>SUJECIÓN DE MUÑECA O TOBILLO PARA EXTREMIDADES. Diseñada para sujetar tobillos o muñecas al bastidor de la cama o silla e inmovilizar una extremidad o todas. Proteger o acolchar las zonas de roce para evitar lesiones.</p>	
<p>MANOPLAS. Impiden al residente que agarre algo, pero permiten que mueva libremente las manos.</p>	
<p>BARANDILLAS DOBLES EN EL CAMA CON O SIN PROTECCIÓN. Impiden que se caiga de la cama y permiten la movilidad y ayuda en el cambio de postura. Siempre que se pueda, deben estar recubiertas con protectores de espuma de poliuretano y tela o plástico y fijadas a la barandilla. Debe asegurarse que están completamente abiertas y bloqueadas. En las barandillas de madera integrales, de cabecero a piecero, en la que la separación de las tablas lo permita, puede no ser necesario la protección.</p>	
<p>UNA BARANDILLA A UN LADO DE LA CAMA Y EN EL OTRO LA PARED. En habitaciones pequeñas en las que la cama esté pegada a la pared. Impide que se caiga de la cama y permiten la movilidad y ayuda en el cambio de postura. Siempre que se pueda, debe estar recubierta con protector de espuma de poliuretano y tela o plástico y fijada a la barandilla. Debe asegurarse que está completamente abierta y bloqueada. También debe asegurarse que la cama esta con las ruedas frenadas.</p>	
<p>MEDIA BARANDILLA. Bilateral o unilateral. Puede bajarse la parte de la barandilla del piecero manteniendo la parte del cabecero elevada con entrenamiento. Permite dar seguridad al residente y permite que este baje de la cama por la parte de los pies con entrenamiento adecuado.</p>	

Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

<p>SUJECCIÓN TIPO "PARACAIDISTA". Dispositivo que sujeta al residente a la silla impidiendo que se levante de la misma y que se deslice en el asiento, permitiendo la movilidad de tronco.</p>	
<p>SÁBANA DE SUJECCIÓN EN LA CAMA CON O SIN MANGAS. Impide al residente levantarse o caerse de la cama, así como manipular los empapadores, sondas, etc. Permite sentarse en la cama, girarse o mover libremente los brazos y piernas. Cremallera reforzada con cierre en los pies y tope superior protegido del contacto con la piel. Goma de ajuste de tensión fuerte que sujeta la sábana bajo el colchón aprovechando el propio peso del paciente.</p>	
<p>PIJAMA CORTO CON CREMALLERA EN LA ESPALDA. Indicado para usuarios con demencia; tiene las mangas y piernas cortas y cremallera en la espalda para usarlo como ropa interior. El usuario no puede quitárselo sin ayuda, por lo que no podrá desnudarse totalmente él solo, ni manipular los absorbentes si los usa.</p>	
<p>PIJAMA LARGO CON CREMALLERA EN LAS PIERNAS. Indicado especialmente para residentes con incontinencia y demencia; tiene las mangas y piernas largas para usarlo como pijama, con la cremallera en la parte interior de las piernas (de tobillo a tobillo) y el carro tapado por una solapa de tela, de manera que el usuario no puede abrirla y manipular los empapadores. Se puede cambiar fácilmente el empapador sin necesidad de quitar el pijama. También está indicado en usuarios con manipulaciones de excrementos, con tendencia a las lesiones y desgarros púbicos, y para proteger las lesiones de la piel por rascado.</p>	
<p>PIJAMA LARGO CON CREMALLERA EN LA ESPALDA Y EN LAS PIERNAS. Indicado especialmente para residentes con incontinencia y demencia; tiene las mangas y piernas largas para usarlo como pijama. Tiene una cremallera en la espalda para facilitar su colocación y una la cremallera en la parte interior de las piernas (de tobillo a tobillo) y el carro tapado por una solapa de tela, de manera que el usuario no puede abrirla y manipular los empapadores. Se puede cambiar fácilmente el empapador sin necesidad de quitar el pijama. También está indicado en usuarios con manipulaciones de excrementos, con tendencia a las lesiones y desgarros púbicos, y para proteger las lesiones de la piel por rascado.</p>	

Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

SOPORTE-MESA PARA SILLA DE RUEDAS O SILLÓN, QUE AYUDA A MANTENER EL TONO POSTURAL, E IMPIDE DESLIZARSE O LEVANTARSE.

Soporte en forma de mesa, que puede ser transparente u opaca (tabla), se apoya sobre los reposabrazos de la silla de ruedas, de la silla o del sillón geriátrico, y se sujeta con un sistema de anclajes a la misma, o mediante una cincha por detrás del respaldo, de forma que el cierre queda fuera del alcance del usuario.



SISTEMA DE SUJECIÓN DE LOS TOBILLOS A LAS SILLA DE RUEDAS, SILLA O SILLÓN GERIÁTRICO.

Dispositivo que sujeta los pies a los reposapiés de la silla de ruedas, sillas o sillón geriátrico.

Se pueden utilizar como parte del sistema de posicionamiento o para evitar lesiones en caso de movimientos involuntarios del residente o en casos de agitación psicomotriz.



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

CONSENTIMIENTO / NO CONSENTIMIENTO DE MEDIDAS DE SUJECIÓN

FOR-02

Centro:	
D./Dña.:	Con DNI:
En concepto de	De D./Dña.:

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

El uso de sujeciones puede asociarse a complicaciones de diferente severidad, que se ven minimizadas cuando se actúa de forma profesional y con el uso de protocolos adecuados. Entre las complicaciones cabe señalar: estrés severo, edemas, inmovilidad, úlceras cutáneas, lesiones nerviosas, deterioro de las actividades básicas de la vida diaria, agitación, alteraciones sensoriales, pérdida de memoria, mayor incidencia de infecciones y mayor proporción o gravedad de accidentes como caídas, lesiones, laceraciones, desgarros, isquemia, etc.; y de forma accidental estrangulamientos o asfixia.

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

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

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

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

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

TIPOS DE SUJECIÓN: para cada tipo de sujeción, se requiere un consentimiento

<input type="checkbox"/> Cinturón abdominal diurna en silla	<input type="checkbox"/> Cinturón abdominal nocturno con cinchas torácicas en cama
<input type="checkbox"/> Cinturón abdominal diurna en silla con sujeción perineal	<input type="checkbox"/> Chaleco torácico-abdominal nocturno en cama
<input type="checkbox"/> Chaleco torácico-abdominal diurna en silla	<input type="checkbox"/> Cinturón abdominal en silla o sillón con cinchas de sujeción torácica
<input type="checkbox"/> Chaleco torácico-abdominal diurna en silla con sujeción perineal	<input type="checkbox"/> Tobilleras
<input type="checkbox"/> Muñequeras	<input type="checkbox"/> Sabana de sujeción con o sin mangas en cama
<input type="checkbox"/> Barandillas de camas	<input type="checkbox"/> OTRAS
<input type="checkbox"/> La sujeción en este caso se revisará como máximo cada horas	



Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

Habiendo sido **Informado** previamente de las **Ventajas e Inconvenientes** de las medidas de sujeción mecánica, (transcritas en página anterior), con lenguaje claro e inteligible,

<input type="checkbox"/>	<p><u>Da el Consentimiento y Autoriza</u> la utilización de Medidas de Sujeción Mecánica, anteriormente señalada, hacia su familiar; a fin de evitar o disminuir accidentes, agresiones, así como para poder suministrar los tratamientos y cuidados adecuados que precisa. Conociendo que la medida de sujeción intenta evitar daños mayores del usuario a los que pudieran causar las medidas en sí mismas.</p>
<input type="checkbox"/>	<p><u>No da el Consentimiento ni Autoriza</u> la utilización de Medidas de Sujeción Mecánica, en su familiar.</p> <p>En este caso el Centro dará oportuno conocimiento al Ilmo. Sr. Juez / Ilmo. Sr. Fiscal y podrá realizar las interconsultas pertinentes.</p>

Tutor/Familiar/Usuario	Médico del Centro
Fdo.: _____	Fdo.: Dr. D. _____
En _____, a _____ de _____ de 202__	

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos, 15/99, se le informa que sus datos personales han sido incorporados al fichero HIRE, del que es responsable el Organismo Autónomo Agencia Madrileña de Atención Social (AMAS), de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, de la Comunidad de Madrid. Los datos únicamente serán utilizados con fines asociados a la atención y seguimiento asistencial. Para el ejercicio de los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición, puede usted presentar reclamación en el Registro de la AMAS, Calle Agustín de Foxá, 31, 28036 MADRID



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org/csv mediante el siguiente código seguro de verificación: 0981659243742449658947

Acto/Documento	INSTRUCCIÓN
Órgano:	Gerente
Número:	IC AMAS 4/2022
Entorno Funcional:	Gestión Operativa
Fecha:	A fecha de firma

COMUNICACIÓN AL JUZGADO / A FISCALÍA ANTE NO CONSENTIMIENTO

FOR-03

ILMO. SR. JUEZ/ ILMO. SR. FISCAL:

D./Dña. **Licenciado en Medicina y Cirugía,**
D./Dña. **Enfermera/o**
D./Dña. **Psicóloga/o**

con ejercicio profesional en el Centro para Personas con Discapacidad Intelectual
de la Agencia Madrileña de Atención Social de la
Comunidad de Madrid, con el debido respeto

EXPONE A V.I.:

Que en el día de la fecha se ha prescrito una sujeción mecánica al usuario/paciente D./Dña.: **D.N.I.:** de años de edad, según prevé la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, por las siguientes consideraciones:

- Padecer un Problema de Salud que le provoca un cuadro de agitación con tendencia a la Auto-Heteroagresividad y riesgo para la Integridad.**
- Presentar riesgo importante de lesiones o siniestros.**
- Negativa y/o Imposibilidad para la cumplimentación terapéutica prescrita.**
- No encontrar o haber fracasado otras soluciones alternativas.**

Dado el nivel volitivo y la capacidad decisoria de este usuario en estos momentos, se ha solicitado el correspondiente consentimiento informado a su representante. Ante la negativa de éste, procedemos a:

- Sujeción Provisional para evitar lesiones, accidentes y control terapéutico.**
- Retirar la Sujeción.**
- Comunicación oficial de los hechos ante este Juzgado y la Fiscalía.**

Lo que informamos a V.I. para su conocimiento, efectos oportunos y toma de decisiones futuras, que garanticen la máxima protección para éste usuario.

En _____, a _____ de _____ de 202

ILMO. SR. JUEZ DE GUARDIA/ILMO. SR. FISCAL

