

## **II CICLO DE CONFERENCIAS: “ACTUALIZACIÓN DE LA APLICACIÓN NORMATIVA EN MATERIA DE SUJECIONES A PERSONAS MAYORES”**



**Jueves, 2 de marzo de 2023.**

Con la colaboración de:

**Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía**

**Programa de formación**

Colabora



**Comunidad  
de Madrid**

**DRA. ANA URRUTIA BEASKOA**

. Presidenta Fundación Cuidados Dignos.

“La certificación como centro libre de  
sujeciones y las dificultades que nos podemos  
encontrar a la hora de conseguirlo”.

CONFERENCIAS:  
ACTUALIZACIÓN DE LA APLICACIÓN NORMATIVA EN MATERIA DE SUJECIONES  
A PERSONAS MAYORES

# Evaluación de la Gestión y Control de Sujeciones en Centros de Atención Sociosanitaria: ¿Cómo conseguir un Centro Libre de Sujeciones?



**Dra. Ana Urrutia Beaskoa**  
2 de Marzo de 2023

# Dra. Ana Urrutia Beaskoa



**Presidenta** de la Fundación Cuidados Dignos.

**Premio Emprendedora Social** de Ashoka 2016.

**Médico Geriatra.** Doctora en Geriatría Cum Laude y Premio Extraordinario.

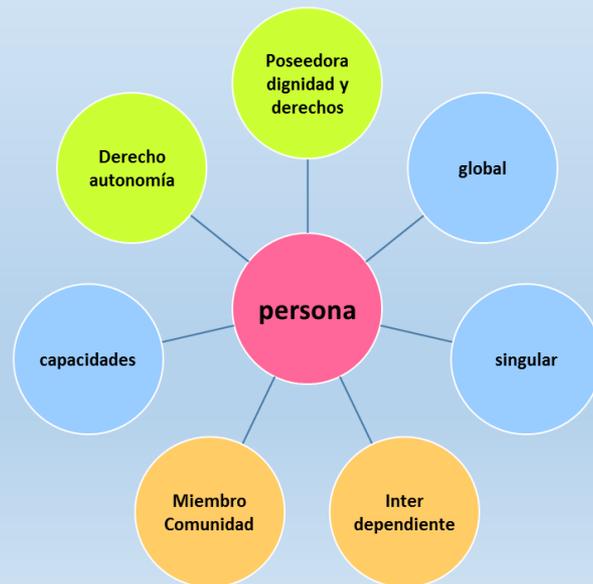
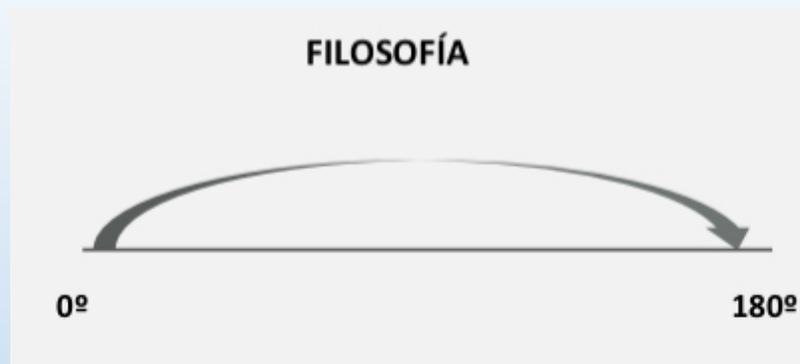
**Autora de la Norma Libera-Ger.** Especialista en Gestión y Eliminación de Sujeciones y Gestión de Cambio en Organizaciones Sanitarias y Sociosanitarias.

**Autora de la Norma de Buenas Prácticas** en Atención Centrada en la Persona DIGNOS.

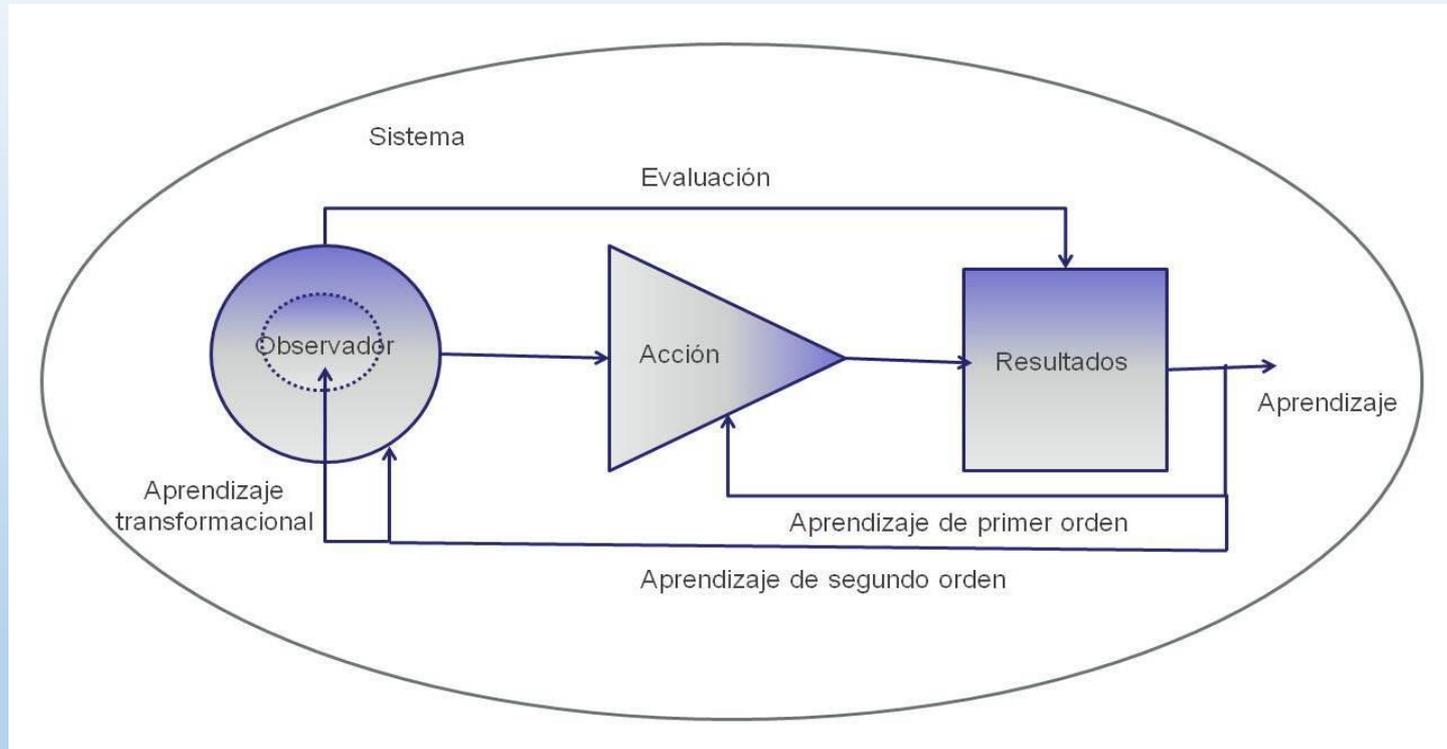
**Autora de la Norma Libera-Care** (Norma para la Gestión de la Calidad de Vida en el Cuidado / Modelo de Cuidado Centrado en la Persona Sin Sujeciones).

**Especialista en** Atención Centrada en la Persona y Sin Sujeciones / Especialista en la valoración, estudio y mejora de entornos de atención y cuidado desde la Atención Centrada en la Persona.

# ¿Cómo lograr un CLS?



# cambiar el observador ...



Fuente: <http://freddyortizmagallanes.blogspot.com/2009/08/el-modelo-del-observador-la-accion-y.html>

# Situación Legal - Cultural del Cuidado

**ESPAÑA**

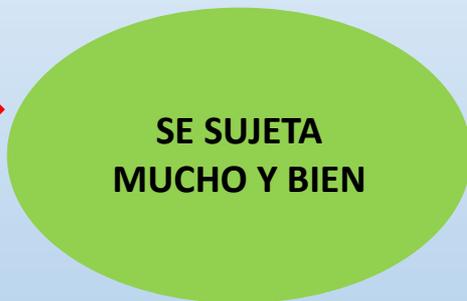
En ESPAÑA **No** está prohibido Sujetar  
La legislación española favorece más el sujetar que el no sujetar

Pero está reconocido el Derecho a que No te Sujeten.  
El problema es que nuestra cultura de cuidado no lo pone en práctica.

Porque se legisla de la Sujeción.  
Propongo legislar desde el Derecho a No ser Sujetado = ACP = No Sujeción

Paradigma de Sujetar

LEYES PARA SUJETAR BIEN



Paradigma de No Sujetar

Paradigma de CV

LEYES PARA NO SUJETAR

Paradigma de la Calidad de Gestión

Centrado en la Organización

Paradigma de los Derechos

Centrado en la Persona

En España actualmente no existe, en el plano estatal, legislación específica que regule el uso de sujeciones, aunque en el ámbito de los servicios sociales autonómicos se han desarrollado diferentes leyes y decretos que hacen referencia explícita a las sujeciones físicas, estableciendo **límites a su uso**:



- Art. 6 s), Ley 2/2007 de 27 de marzo - **Cantabria**:
- Art. 47.2.i) de la Orden de 4 febrero 2005 de la Conselleria Bienestar Social de la Generalitat Valenciana, 15 de febrero de 2005 - **Valencia**
- Decreto 284/1996 modificado por el Decreto 176/2000, art. 5.1 g) - **Cataluña**
- Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales - **Navarra**
- Ley de Servicios Sociales de **Illes Balears** 4/2009, de 11 junio
- Decreto 79/2002, de 13 junio, que aprueba el Reglamento de Centros de Atención de Servicios Sociales de **Asturias**
- Ley 12/2008, de 5 diciembre de Servicios Sociales del **País Vasco** de 2008, que en su artículo 91.1
- Ley 7/2009, de 22 diciembre, de Servicios Sociales de **La Rioja**, que en su artículo 85 b)

## LEGISLACIÓN AUTONÓMICA 2000-2010:

En las **primeras leyes reguladoras de los servicios sociales** se reconocía el **derecho a no ser sometido** a ningún tipo de sujeción física o farmacológica **SIN prescripción facultativa y supervisión**:

El legislador **no se planteó reconocer** el derecho de la persona a que no se le aplicaran sujeciones (por **vulnerar derechos** fundamentales, derecho a la libertad),

**NO regular las razones** que podían legitimar su aplicación.

Leyes admitían plenamente el **uso de sujeciones físicas y farmacológicas siempre que mediase prescripción facultativa y supervisión**. SE LEGITIMABAN LAS SUJECIONES.

Pretendían evitar el Maltrato (habitual).

Lo usual era que, por **conveniencia organizativa** del centro, se aplicaran sujeciones mecánicas **sin prescripción facultativa** alguna y **muy escasamente supervisadas**.

FUENTE: Juan Luis Beltrán Aguirre



## LEGISLACIÓN AUTONÓMICA 2018-2021

La sociedad y el legislador estaban ya más concienciados sobre los **derechos fundamentales que se vulneraban** -libertad, integridad física, etc.-

Ya no garantía dirigida al **buen uso de las sujeciones** -prescripción médica y supervisión-, sino de **reconocer abiertamente el derecho de la persona a NO ser objeto de sujeciones**; legitimándose estas solo en **supuestos excepcionales**. **La idea no es aplicar sujeciones con prescripción médica, sino NO aplicarlas.**



- **2018 en la Ley de Servicios Sociales de Cantabria** (art. 6, letra s, según redacción dada por la Ley 11/2018).
- Nueva **Ley de Servicios Sociales de Canarias de 2019** (artículo 11 y disposición adicional 1º de la Ley 16/2019, de 2 de mayo).
- **Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores del País Vasco** (art. 34.2).
- **Modificación del Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se aprobó la regulación del uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la Comunidad Foral de Navarra.**

## Orientada a **Sujetar Bien**





Empero, este cambio de perspectiva respecto del uso de sujeciones **no es unánime en todas las Comunidades Autónomas.**

Así, las **nuevas leyes de servicios sociales de Valencia de 2019** (Ley 3/2019, de 18 de febrero, art. 10.2) y **de Murcia de 2021** (Ley 3/2021, de 29 de julio, art. 108.1) **siguen ancladas** en los planteamientos tradicionales, es decir, consideran legítimo el uso de sujeciones siempre que medie prescripción médica y supervisión, que no se exige que sea médica.

**Queda, pues, bastante camino por recorrer** todavía para que el legislador asuma una correcta posición respecto de la aplicación de sujeciones y legisle en consecuencia.

... legalmente vamos avanzando hacia la **NO SUJECIÓN** (PNLs y otras iniciativas legales):



- **ANDALUCIA**
- **VALENCIA**
- **CASTILLA Y LEON**
- **CANTABRIA**
- **CATALUÑA**
- **EUSKADI**

# Legislación actual sobre el uso y no uso de sujeciones

Ley 41/2022, básica reguladora de la  
autonomía del paciente y de derechos y  
obligaciones en materia de información y  
documentación clínica.  
Principios básicos

# Autorización Judicial y Comunicación al Ministerio Fiscal

1. Las **leyes de servicios sociales**: Hablan de **comunicación al Ministerio Fiscal**. No necesidad de **autorización o ratificación judicial**.

2. **Legislación sanitaria**: No regula nada al respecto.

1. **NO SE AUTORIZA O RATIFICA LA RESTRICCIÓN DE UN DERECHO FUNDAMENTAL (Derecho a la libertad = Derecho a No ser Sujetado):**

2. **NO es precisa la autorización judicial** respecto de las sujeciones prescritas por un facultativo y aplicadas con consentimiento del afectado o, en su caso, de su representante o familiares. **Si no hay consentimiento** del afectado o de sus representantes **SÍ debe solicitarse autorización judicial**.

3. **SE GARANTIZA EL BUEN USO DE LA SUJECIÓN**

4. La **comunicación al Ministerio Fiscal** ha de realizarse **en todos los casos**, exista o no consentimiento informado. (Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad).

Usamos el CI orientándolo hacia **Sujetar Bien**



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

# Intervención del Ministerio Fiscal en el control del uso de las contenciones

. La función de inspección de centros de internamiento y asistenciales se enmarca en la atribución al Ministerio Fiscal de actuaciones como “patronus libertatis”, defensor de los derechos fundamentales de los ciudadanos

. En el marco de esa labor inspectora del Ministerio Fiscal a que hacen referencia los instrumentos reseñados debe incluirse la supervisión de la utilización de contenciones en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios con el objeto de garantizar el pleno respeto a la dignidad y a los derechos constitucionales básicos de los usuarios y residentes y evitar desviaciones en el uso de tales medios.

. Los/as Sres./as. Fiscales realicen a los centros residenciales y/o sociosanitarios deberá ser supervisado es el relativo a la aplicación de sujeciones y concretamente comprobarán:

Que existe una prescripción médica bien para su adopción inicial

Que el centro dispone de un protocolo para el uso de las sujeciones

Que se deje constancia documental de la indicación, el uso y el tipo de contención aplicada respecto de cada paciente, especificando la duración.

Que se respete la normativa sobre consentimiento informado.

. Resaltar tanto la coordinación y unificación de criterios de actuación de los fiscales destinados en la Comunidad Autónoma en el despacho de procedimientos civiles y en el tratamiento legal de la protección jurídica de las personas con discapacidad, como la participación en los mecanismos de coordinación con las autoridades administrativas con competencias en la materia.

## Orientado a **Sujetar Bien**



- **Prescripción Médica + Consentimiento Informado**
  
- **Protocolo de Uso de Sujeción:**
  - Considera sujeción física lo que impide o limita la libertad de movimiento y sujeción química a los psicofcos que sedan
  - Indicaciones.
  - Procedimiento de Instauración.
  - Supervisión: Protocolo de Vigilancia y Controles Periódicos.
  
- **Oportuna Documentación de cada Sujeción:**
  - Tipo.
  - Indicación.
  - Uso (cómo se utiliza).
  - Duración.

Sumamos:

## **PLAN DE CUIDADOS COMPLEMENTARIOS**

### (Criterios de Prevención y Uso de Sujeciones de la CAM)

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

# Sujetamos Bien



# Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

# Aseguramiento de la **dignidad de trato** y del **ejercicio de derechos** de las personas que reciben apoyos en centros residenciales.

- Plan de personal de atención y apoyos al **proyecto de vida**: Cada persona residente tendrá un plan personal de atención y de apoyos en el que se planificarán y se hará seguimiento de los apoyos que recibe para el desarrollo y disfrute de su proyecto y estilo de vida.
- **Relaciones con el ámbito familiar**: Siempre que la persona residente lo considere oportuno se promoverá la participación de las familias en el proceso inicial de adaptación y en los cuidados.
- **Profesionales de referencia**: Las personas responsables de promover un apoyo personalizado a cada persona usuaria en su día a día. Son quienes coordinan el plan de apoyos personales y se comunican y planifican con el resto de personal que apoya a la persona residente en el día a día, así como con su familia, cuando lo persona lo elige.
- **Órganos de participación**: En cada centro existirá un órgano de participación directa de las personas residentes y de sus familias y/o personas allegadas, elegido democráticamente, de carácter representativo y participativo, con funciones asesoras, consultivas y de propuesta en todos aquellos asuntos que conciernen directamente a la vida de las personas residentes.
- **Voluntades anticipadas, testamento vital o instrucciones previas**: 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, para contribuir a mejorar la atención cuando se acerca el final de la vida y a que se respeten la voluntad y preferencias de las personas residentes.

# Principios rectores del nuevo modelo de atención

Dignidad y respeto

Cada persona merece ser tratada siempre con **respeto y consideración**, garantizando que recibe un **buen trato**.

- Personalización y atención centrada en la persona:

La personalización significa que las personas pueden **elegir** y controlar la forma en que se planifica y prestan sus cuidados.

- Participación, control y elecciones:

El control y la participación no deben depender de las capacidades de la persona, ni de sus posibilidades de expresión de su voluntad y preferencias.

- **Derecho** a la salud y al **bienestar personal**:

Esta **dimensión** contempla el **bienestar físico, bienestar emocional** y bienestar material.

- Proximidad y conexiones comunitarias:

Los servicios y centros deben estar diseñados para contribuir y facilitar que las personas permanezcan y se mantengan conectadas con los lugares y las personas que son significativas para ellas.

# Atención libre de sujeciones

- Todas las personas atendidas en el ámbito del SAAD **tienen derecho** a recibir una **atención libre de sujeciones**, ya sean estas físicas, mecánicas, químicas o farmacológicas, y también libre de coerciones.
- Los centros de atención residencial y centros de día deben tener un compromiso formal respecto a la atención libre de sujeciones y coerciones que se acreditará mediante la existencia de un **Plan de atención libre de sujeciones** que contemplará la **supresión total** y **segura** de las sujeciones siendo únicamente posible su **utilización de manera excepcional** en la forma en que contempla el presente Acuerdo. Este Plan deberá ser aprobado por la Inspección teniendo la entidad prestadora del servicio que asegurar su completa y efectiva implantación **antes del 30 de junio de 2025**.
- No se implantará ninguna sujeción **salvo** en situaciones excepcionales y de urgente necesidad en las que exista un **peligro inminente que ponga en riesgo la seguridad física de la persona usuaria, de las personas cuidadoras o de terceras personas** y en las que previamente se haya **constatado claramente** el fracaso de otras medidas alternativas.
- Para **justificar el uso de sujeciones** en la atención a una persona usuaria concreta, se deberán documentar y **detallar los intentos alternativos realizados**, los motivos de su fracaso y las consecuencias que se hubieran producido en el registro que proceda.
- La utilización de sujeciones tendrá siempre **carácter temporal** y proporcional, aplicándose con la mínima intensidad posible y garantizándose la prohibición de exceso.

# SUJECIÓN:

Procedimiento documentado y **registrado en el historial** de la persona usuaria

Prescripción médica (SEGG propone según Indicación)

**Supervisión técnica** (Control de constantes, piel, necesidades fisiológicas...)

CI: CI en sistemas de comunicación accesibles + CI por representación por **juicio sustitutivo** no tanto por **mayor beneficio** y NO por **teoría subjetiva**

Determinación específica de la Temporalidad (SEGG propondrá No más de 24 horas) y Análisis de prevención de riesgos y consecuencias

Comunicación al Ministerio Fiscal

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

**Planes personales de Eliminación definitiva** de la sujeción

Empezamos a ver algo de luz...



**Entonces... ¿Con esta situación legal puedo disfrutar de mi Derecho a que me Cuiden sin Sujetar?**





**Pues va ser que no...**

**Porque no sabemos Cuidar Sin Sujetar...**

**Y porque no se están exigiendo CLS...**

# Propuesta de Cuidado Sin Sujeción

# Panorama Nacional

# SITUACIÓN ACTUAL













EN TODOS LOS NIVELES ASISTENCIALES

ES CULTURA DE PAÍS

VARIABLES

- **Nivel de Cuidado:**
  - o Centros de Corta Estancia (o Cuadro Agudo):
    - Hospital: Hospital de Agudos y Urgencias Hospitalarias.
    - Domicilio: Atención Primaria de Agudos y Urgencias de Atención Primaria.
    - Otros.
  - o Centros de Media Estancia (Convalecencia):
    - Centros Sociosanitarios.
    - Centros o Unidades de Convalecencia.
    - Centros Referenciales de Investigación.
    - Otros.
  - o Centros de Larga Estancia (Cronicidad):
    - Residencias y Centros de Día.
    - Domicilio: Atención Primaria de Crónicos.
    - Otros.
- **Edad del Paciente o Persona Usuaría:**
  - o Persona Mayor.
  - o Adulto.
  - o Niño.
- **Patología o Discapacidad:**
  - o Patología Mental:
    - Psiquiatría de Adultos.
    - Psiquiatría Infantil.
    - Psicogeriatría.
  - o Patología Médico-Quirúrgica:
    - Medicina Interna.
    - Cirugía General.
    - Todas las especialidades que no sean Psiquiatría o Psicogeriatría: Traumatología, Ginecología, Pediatría, etc.
  - o Discapacidad Mental.
  - o Discapacidad Física.

# CIFRAS - PREVALENCIA

# USO DE SUJECIONES FÍSICAS

La **prevalencia global** de utilización de dispositivos de sujeción en los centros asistenciales españoles ronda entre un **10% y un 20%**, cuando la mayoría de **países desarrollados NO las utilizan**.



Prevalencia de uso en 8 países - Porcentaje de residentes con sujeciones físicas usadas diariamente y no diariamente

Dinamarca	Francia	Islandia	Italia	Japón	España	Suecia	EE.UU
2.2	17.1	8.5	16.6	4.5	39.6	15.2	16.5

Fuente: Age and Ageing 1997, suplemento de verano (94)

# USO DE SUJECCIONES QUÍMICAS



➤ Según un estudio, dentro del proyecto “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”: El porcentaje de uso de psicotrópicos en los servicios (residencias y unidades psicogeríatricas) para demencias analizados oscilaba entre un 48%-67% , dato que resulta cuando menos “preocupante”.

➤ Entre un 50% y un 80% de las personas con enfermedad de Alzheimer consumen esos medicamentos a diario y por largos periodos de tiempo.

➤ Prácticamente la totalidad de las personas con demencia reciben psicofármacos en algún momento de la enfermedad.<sup>1</sup>

➤ Esto sucede pese a que los resultados obtenidos en los ensayos clínicos de mayor calidad tan sólo arrojan en el mejor de los casos beneficios modestos a costa de un riesgo considerable de efectos adversos graves.<sup>2</sup>

➤ Las benzodiacepinas y los neurolepticos son los psicofármacos más frecuentemente prescritos en el medio residencial (33% benzodiacepinas, 31% neurolepticos), según se desprende de un estudio de amplio tamaño muestral (n=2,437) realizado en 43 residencias del ámbito privado español.<sup>1</sup>

➤ Los antidepresivos, los inhibidores de la colinesterasa y los neurolepticos son los psicofármacos más frecuentemente prescritos en las personas con demencia no institucionalizadas.<sup>2</sup>

CONTRERAS M J., LÓPEZ E., VIDAL M. M.,  
Uso racional de las contenciones físicas -  
Estudio de la incidencia del asesoramiento de la inspección de servicios sociales en residencias de personas mayores, Generalitat de Catalunya Departamento de Bienestar Social y Familia, 2011

1. Calvó-Perxas L, Turró-Garriga O, Aguirregomezorta M, Bisbe J, Hernández E, López-Pousa S, et al. Psychotropic drugs in patients with Alzheimer's disease: a longitudinal study by the Registry of Dementias of Girona (ReDeGi) in Catalonia, Spain. J Am Med Dir Assoc. 2014 Jul;15(7):497-503.

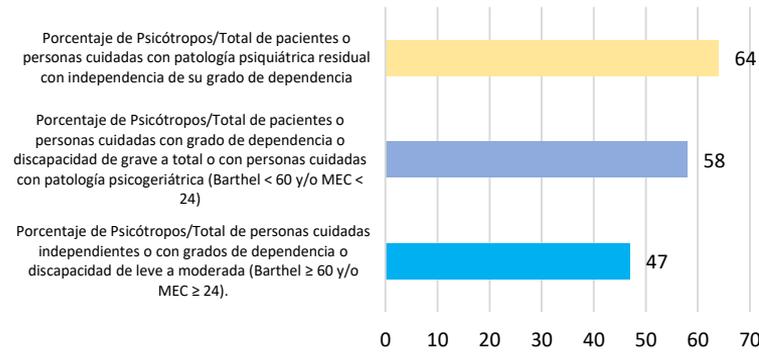
2. Madhusoodanan S, Ting MB. Pharmacological management of behavioral symptoms associated with dementia. World J Psychiatry. 2014 Dec 22;4(4):72-9.

1. Olazarán J, Valle D, Serra JA, Cano P, Muñoz R. Psychotropic medications and falls in nursing homes: a cross-sectional study. J Am Med Dir Assoc. 2013 Mar;14(3):213-7.

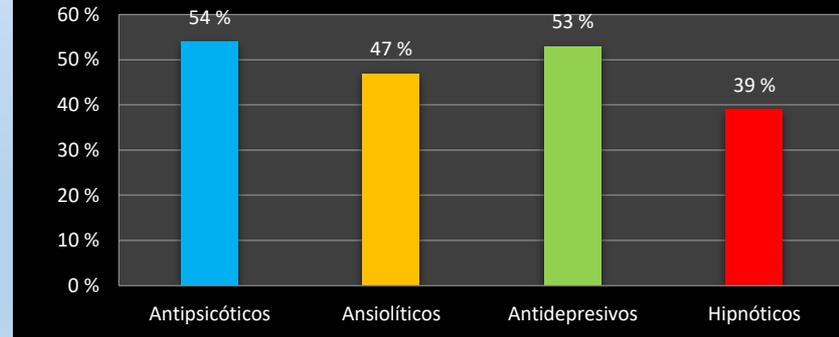
2. Olazarán J, Agüera-Ortiz L, Osorio RS, León-Salas B, Dobato JL, Cruz-Orduña I, et al. Promoting research in advanced dementia: early clinical results of the Alzheimer Center Reina Sofia Foundation. J Alzheimers Dis. 2012;28(1):211-22.

# PREVALENCIA DE USO DE PSICOFÁRMACOS

## % USO PSICOFÁRMACOS SEGÚN DEPENDENCIA DE PERSONAS USUARIAS



## % Uso Psicótropos



Datos extraídos del Diagnóstico Libera-Care de centros preimplantación de la Norma Libera-Care de los 2 últimos años.

# SITUACIÓN ÉTICA Y CULTURAL

## MODELO BENEFICENCIA PATERNALISTA

Médico/enfermera y El con posición de superioridad con respecto al paciente/persona usuaria

Persona cuidada como agente pasivo

Toma de decisiones unilateral por parte de la organización

## MODELO CUIDADO CON SUJECIÓN

Sujetar es TERAPIA

Beneficencia Paternalista / "El déficit está en el paciente" - Procesos centrados en la Organización y su Trabajadores

Predomina en España

## MODELO AUTONOMÍA BENEFICENTE

Médico/enfermera y El como acompañante/asesor

Persona cuidada como agente activo y responsable

Toma de decisiones conjunta organización-persona cuidada (fomento de la participación de la persona cuidada)

## MODELO CUIDADO SIN SUJECIÓN

Lo TERAPEÚTICO es No Sujetar

Autonomía Beneficente –Derechos / "Déficit está en los procesos y los equipos" - Procesos centrados en la Persona Cuidada

Predomina en resto de países - ¿Solo cuestión de recursos?

MODELO PROHIBICIÓN		MODELO TERAPÉUTICO
HETEROIMPUESTO	AUTOIMPUESTO	
Uso de Sujeciones = <b>Excepción</b>	Uso de Sujeciones = <b>Excepción</b>	Uso de Sujeciones = <b>Terapéutico</b>
Cuando <b>no hay otro modo</b> de evitar el mal a la propia persona o a terceros, no hay otras razones	Cuando <b>no hay otro modo</b> de evitar el mal a la propia persona o a terceros, no hay otras razones	Para evitar el mal a la propia persona o a terceros, por organización de recursos, normativa, bienestar de terceros (evitar molestias)
Ante el uso excepcional = <b>Protocolo de actuación</b>	Ante el uso excepcional = <b>Protocolo de actuación</b>	Uso de Sujeciones <b>Protocolizado</b>
¿?	Es el No uso de sujeción lo que está <b>protocolizado</b>	
¿?	Uso de Sujeción (No excepción) = No se entiende como Maltrato sino como <b>Trato a Mejorar hasta su erradicación</b> dentro de un <b>Proceso de Mejora Continua</b>	Uso de Sujeción = Se entiende como una <b>Indicación Terapéutica</b> dentro de un <b>Modelo de Cuidado que sujeta</b>
¿?	<b>Desuso de Sujeciones</b> (Cultura No Sujeciones dentro de un nuevo Modelo de Cuidado Centrado en la Persona y que por tanto entiende la <b>DIGNIDAD desde la ética de la persona cuidada</b> lo que hace que <b>de manera natural se produzca la completa eliminación de sujeciones</b> )	Buen Uso de Sujeciones (Buena Práctica en Uso de Sujeciones dentro del Modelo de Cuidado que sujeta)
<b>Cultura de No Sujeción más débil</b>	<b>Cultura de No Sujeción Fuerte</b>	<b>Cultura de Sujetar</b>

# CAUSAS

## ¿POR QUÉ SE UTILIZAN SUJECIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS?



	SUJECIÓN FÍSICA	SUJECIÓN QUÍMICA
Caídas, Riesgo de Caídas y Miedo a las Caídas.	X	
Trastornos del Comportamiento, Vagabundo diurno y nocturno	X	X
Agresividad		X
Agitación		X
Solicitud de sujeción por parte de la familia	X	X
Trastorno Postural	X	
Evitar la manipulación de los Dispositivos Instrumentales	X	

## INDICACIONES DE SUJECIÓN FÍSICA Y QUÍMICA

- 1) Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de la persona: Prevención de Autolesiones.
- 2) Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de terceras personas: Prevención de lesiones o peligro para la Vida de otras personas.
- 3) Protección de Programas Terapéuticos del propio paciente o persona usuaria o de otros.
- 4) Necesidad de Reposo.
- 5) Si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación: en pacientes con enfermedad mental.

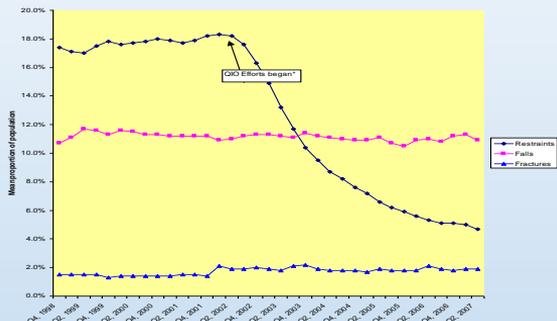
**Las CAÍDAS NO son una INDICACIÓN**



# Caídas

## Resultados de la Experiencia en Torrezuri (Estudio presentado en Congreso SEEG 2010):

Texas trends for restraints, fractures, and falls  
Quality Indicator Data, Oct. 1998 - March 2007



- 1) Disminución **nº total de caídas**.
- 2) Mejora **equilibrio** (Prueba de Tinetti Simplificada).
- 3) Disminución **nº de caídas con consecuencias graves**.
- 4) Disminución **Burn Out** de las personas de atención directa.
- 5) Altos índices de **Satisfacción** de Personas Cuidadas y Familiares.

### TESIS DOCTORAL

“Modelo de Cuidado Centrado en la Persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas: conceptualización e implantación”.

Dra. Ana Urrutia Beaskoa  
Octubre 2015

Tortosa M.A, Granell R, Fuenmayor A y Martínez M. Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51(1):5–10

Muñiz R, Gómez S, Curto D, Hernández R, Marco B, Gracia P, Tomás J.F, y Olazarán J. Reducing Physical Restraints in Nursing Homes: A Report From Maria Wolff and Sanitas. JAMDA 17 (2016) 633-639

HOSPITAL SJD ESPULGUES		
MEDIA ANUAL GENERAL (TODOS LOS PACIENTES)		
	% SUJECIONES	% CAÍDAS
2013	21%	26'3%
2018	2'7%	24%

HOSPITAL PERE VIRGLI		
MEDIA ANUAL GENERAL (TODOS LOS PACIENTES)		
	% SUJECIONES	Nº CAÍDAS
2016	7'5%	15
2018	2'5%	12
MEDIA ANUAL PACIENTES SUSCEPTIBLES DE SER SUJETADOS		
	% SUJECIONES	Nº CAÍDAS
2016	50%	
2018	16%	

Paciente susceptible de ser sujetado: Personas con trastorno mental con agitación, con cuadro de agresividad, con delirio o estado confusional agudo, con otros comportamientos disruptivos, personas de perfil psicogeriatrico y/o dependientes y/o con deterioro cognitivo (≤40 en el Índice de Barthel y/ó ≤20 en el MEC), personas con problemas posturales, personas con caídas de repetición, etc

# Agitación y Comportamiento Problemático

## Resultados de Experiencias en Residencias Sin Sujeciones:

Tras el Programa No Sujeciones constatan:

1) Mejor control de las situaciones de Agresividad (entre Personas Cuidadas y para con el Personal de Atención).

2) Menos cuadros de Agitación y Delirio.

3) Mejor control y evolución del Comportamiento Problemático.

Agitación

Trast. Sueño

Depresión

Vagabundeo

Apatía

Ansiedad

Hipersexualidad

Agresividad

Delirios

¿Son Trastornos de Conducta o son Expresión de una personalidad, de un carácter o de una historia de vida?

¿Son Patología? O ¿Es una Conducta Molesta?

¿Cuánto de MÍ COMO CUIDADOR, hay en ella?



Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraint. *The Gerontologist* 1992;32(6):76

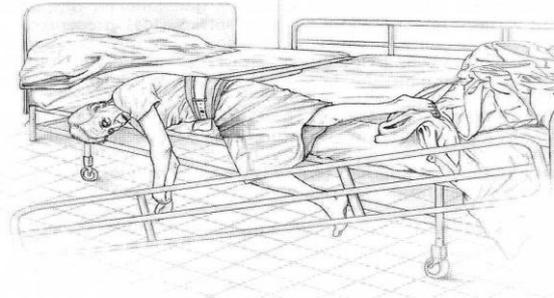


Figura 2.

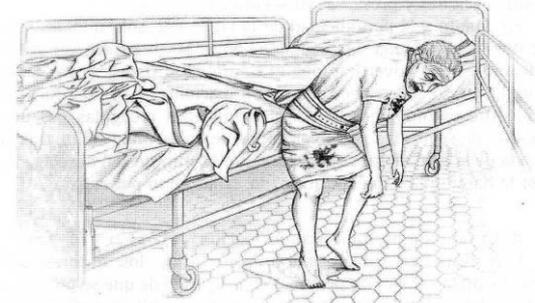


Figura 1.

Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos. Fariña-López E., Camacho Cáceres A. J., Estévez-Guerra G. J., Bros i Serra M. *Revista Española de Geriátria y Gerontología* Vol.44 Núm.5 (262-265).

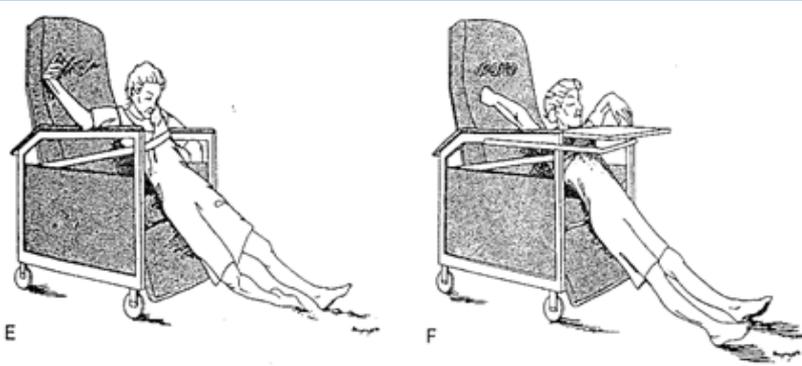


Figure 1. Postures in restraint-related deaths. Figures were done by Elizabeth Dempsey of Biomedical Graphic Communication at the University of Minnesota.



Person-directed care: the road to restraint-free care and quality of life.  
Joanne Rader

# Por Seguridad

Restraint Free and Fall Proof Environments. Holly L. Brown. Bell Hodgson Woodruff School of Nursing

# LAS FAMILIAS, ¿POR QUÉ SUJETAN?

Porque nosotros les hemos enseñado, por no saber hacer, por verse desbordados, por miedo, por egoísmo...

¿Cómo hemos llegado  
a esto?

# Innovación en Salud = Innovación Tecnológica

## ↑Salud

Deshumanización - Causas:

- Centrados en la enfermedad – Curar - Tecnología.
- Escasa formación ética Pre y Postgrado.
- Incremento de la demanda de trabajo sin aumento de ratios laborales.
- Incremento de la exigencia del paciente – Medicina defensiva – Falta de motivación – Burn Out de los profesionales.
- Modelo de Atención Paternalista – Paciente desempoderado - Responsabilidad del profesional – Paciente queja y derechos.

THE  
PERFECT  
STORM



# Corriente de DESHUMANIZACIÓN...



... en la que NO vemos el rostro de la enfermedad

# Y uno de cuyos máximos exponentes es el uso indiscriminado y abusivo de SUJECIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS



Tan utilizadas con las PPMM



NO NOS DUELE SUJETAR.

Utilizamos una práctica que **indignifica** al paciente sin que nos duela... Sin que nuestra humanidad se cuestione ¿por qué sujetamos a otros humanos? Sin que nuestra humanidad se esfuerce en evitarlo haciendo las cosas de otra forma...

Y pecamos, los profesionales...

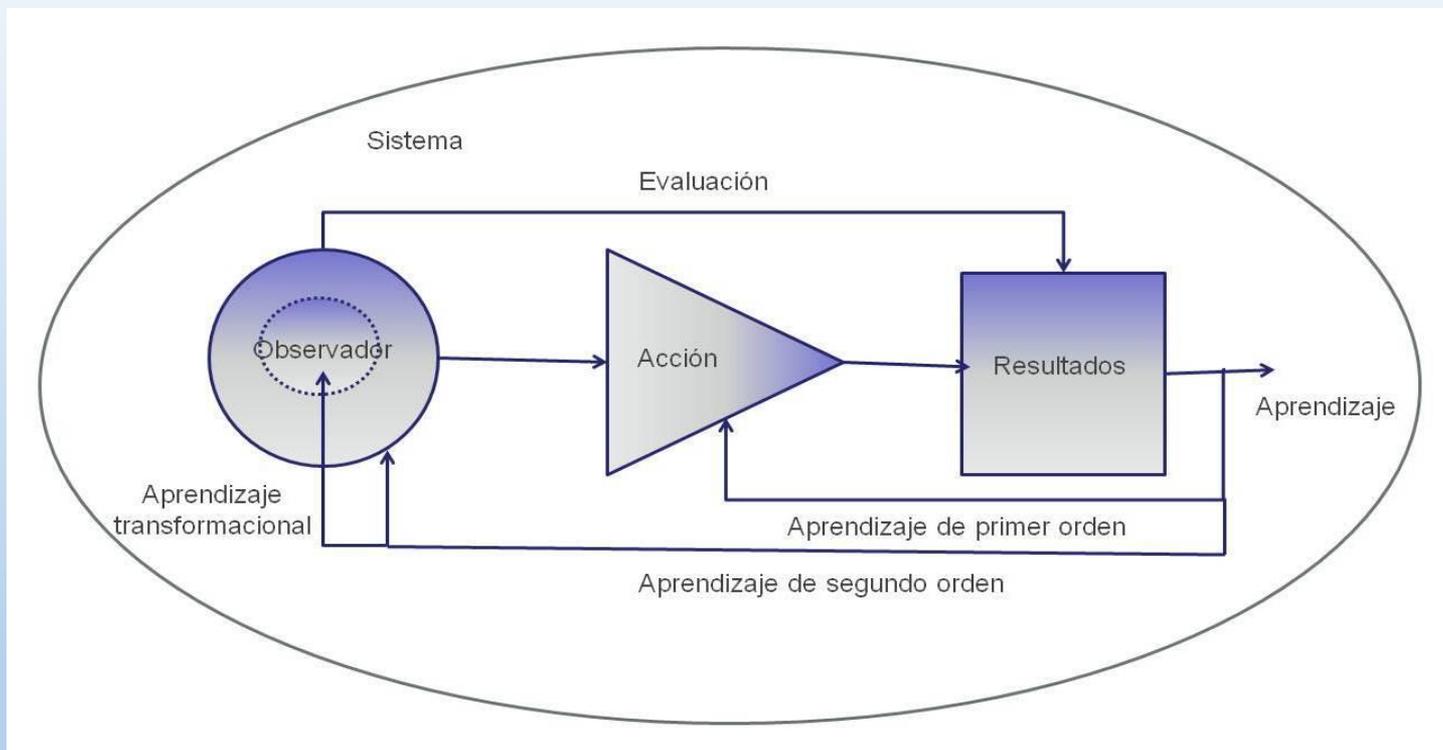
Y pecan los familiares y representantes de los pacientes...

Simplemente...

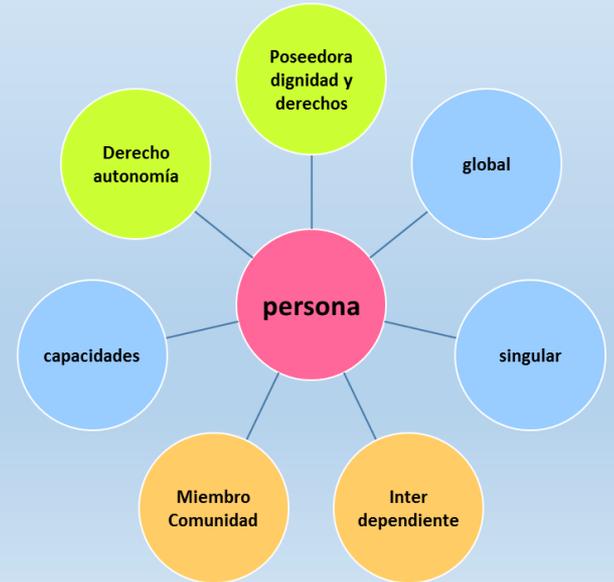
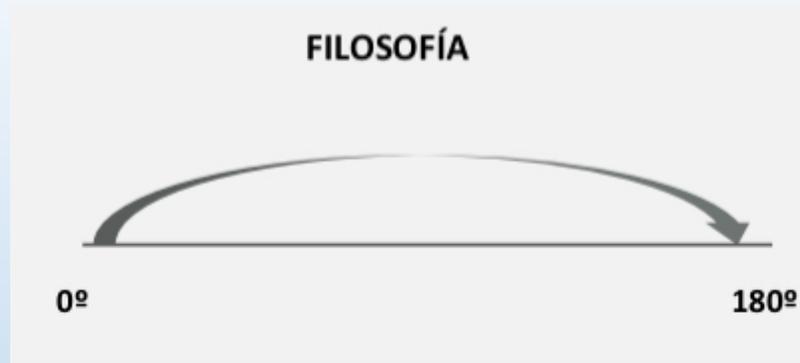
No es razonable que una **práctica tan dolorosa** y que hace sentirse **indignas** a las personas sea el “**sello del país**”: **Transgresión de derechos, desprotección del paciente, trato frío y cosificante...  
llamándolo TERAPIA.**

# ¡Cambiamos el Observador!

# Cambiemos el observador ...



Fuente: <http://freddyortizmagallanes.blogspot.com/2009/08/el-modelo-del-observador-la-accion-y.html>



¿Por qué hemos de  
dejar de sujetar?



# Porque es **INDIGNO**

Sujeta físicamente, sujeta (“dormida”) químicamente....

# Porque Transgrede los DERECHOS





# Porque No es APCP

Porque es **MALEFICIENTE**





Porque ¿ES CUIDAR?

Porque NO HACE FALTA



## Modelo de Calidad de Vida

DIMENSIONES	INDICADORES
Bienestar Físico	Salud, actividades de vida diaria, atención sanitaria, ocio
Bienestar Emocional	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés
Relaciones Interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos
Inclusión Social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales
Desarrollo Personal	Educación, competencia personal, desempeño
Bienestar Material	Estatus económico, empleo, vivienda
Autodeterminación	Autonomía/control personal, metas/valores personales, elecciones
Derechos	Derechos humanos, derechos legales

(Fuente: Schalock y Verdugo, 2013)

4

# Porque NO es CALIDAD DE VIDA

# Porque la EVIDENCIA CIENTÍFICA LO AVALA





Porque es FÚTIL

Porque el PROBLEMA NO está en  
ELLOS, está en NOSOTROS





# Porque NO podemos CUIDAR ASÍ a PERSONAS



# ¡ES POSIBLE!



# Hablemos de Dignidad

**“CON SUJECIONES”**  
**EL CUIDADO “NO ES DIGNO”...**

## Significado de **Dignidad**:

La palabra **Dignidad** significa Excelencia (eminencia, importancia, sublimidad), grandeza (grandiosidad, realce, importancia), decoro (honor, nobleza, respetabilidad, gloria, esplendor), gravedad (importancia, trascendencia); significa ser distinguido, egregio, eminente, eximio, ilustre, famoso, insigne, notable, preclaro, prestigioso, renombrado, reputado, etc

(Martínez N. La dignidad humana en las investigaciones biomédicas. En: Marcos del Cano AM. *Bioética y derechos humanos*. 1a ed. Cizur Menor: Aranzadi; 2011. 145-193)

CUIDADORES: Ha de ser la **dignidad** (VALOR INDIVIDUAL) de la persona cuidada el fundamento de nuestra toma de decisiones.

“Nadie quiere estar sujeto, los pacientes no entienden que se les sujete y viven la sujeción como indigna”.

¿Qué es:

¿Cuáles CLAVES  
debe sujetar?

# CAMBIO DE PARADIGMA

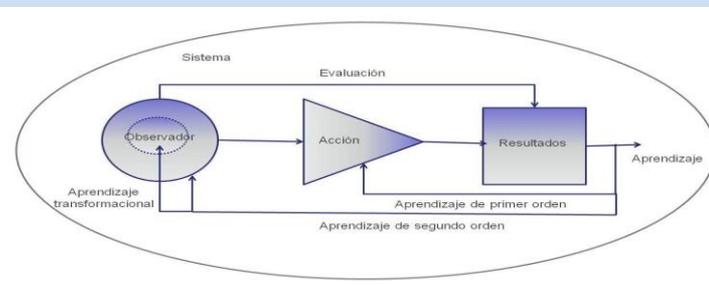
Tanto la SUJECCIÓN (física y química) como su  
ELIMINACIÓN debemos entenderla en el  
contexto global de un

MODELO DE CUIDADO COMPLETO

CENTRADO EN LA PERSONA



## NO SE TRATA SOLO DE ALTERNATIVAS



...cambiar el observador ...

EL USO DE SUJECCIÓN ESTÁ ASOCIADO A UN  
ABORDAJE NO CENTRADO EN LA PERSONA  
ES MÁS UN PROBLEMA DE GESTIÓN QUE UN  
PROBLEMA CLÍNICO



ES UN  
PROBLEMA DE  
GESTIÓN DE  
PROCESOS DE  
CUIDADO

# LA CADENA LIBERA-CARE



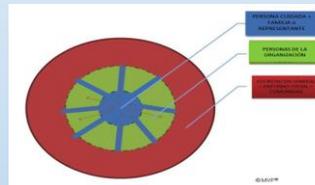
AUTONOMIA  
BENEFICENTE

Respetar el deseo de no ser sujeto



MODELO DE CUIDADO  
CENTRADO EN LA  
PERSONA  
APCP

Análisis de las causas del comportamiento problemático que nos conduce a sujetar



MODELO DE GESTIÓN VIDA  
Y PERSONA

Trabajo Interdisciplinar transversal sin jerarquías



METODOLOGÍA GESTIÓN,  
CONTROL Y ELIMINACIÓN DE  
SUJECCIONES

Gestion de Caso No Sujeción  
Método Vigilancia Alternativas

## MODELO BENEFICENCIA PATERNALISTA

Médico/enfermera y El con posición de superioridad con respecto al paciente/persona usuaria

Persona cuidada como agente pasivo

Toma de decisiones unilateral por parte de la organización

## MODELO CUIDADO CON SUJECIÓN

Sujetar es TERAPIA

Beneficencia Paternalista / "El déficit está en el paciente" - Procesos centrados en la Organización y su Trabajadores

Predomina en España

## MODELO AUTONOMÍA BENEFICENTE

Médico/enfermera y El como acompañante/asesor

Persona cuidada como agente activo y responsable

Toma de decisiones conjunta organización-persona cuidada (fomento de la participación de la persona cuidada)

## MODELO CUIDADO SIN SUJECIÓN

Lo TERAPEÚTICO es No Sujetar

Autonomía Beneficente –Derechos / "Déficit está en los procesos y los equipos" - Procesos centrados en la Persona Cuidada

Predomina en resto de países - ¿Solo cuestión de recursos?

MODELO PROHIBICIÓN		MODELO TERAPÉUTICO
HETEROIMPUESTO	AUTOIMPUESTO	
Uso de Sujeciones = <b>Excepción</b>	Uso de Sujeciones = <b>Excepción</b>	Uso de Sujeciones = <b>Terapéutico</b>
Cuando <b>no hay otro modo</b> de evitar el mal a la propia persona o a terceros, no hay otras razones	Cuando <b>no hay otro modo</b> de evitar el mal a la propia persona o a terceros, no hay otras razones	Para evitar el mal a la propia persona o a terceros, por organización de recursos, normativa, bienestar de terceros (evitar molestias)
Ante el uso excepcional = <b>Protocolo de actuación</b>	Ante el uso excepcional = <b>Protocolo de actuación</b>	Uso de Sujeciones <b>Protocolizado</b>
¿?	Es el No uso de sujeción lo que está <b>protocolizado</b>	
¿?	Uso de Sujeción (No excepción) = No se entiende como Maltrato sino como <b>Trato a Mejorar hasta su erradicación</b> dentro de un <b>Proceso de Mejora Continua</b>	Uso de Sujeción = Se entiende como una <b>Indicación Terapéutica</b> dentro de un <b>Modelo de Cuidado que sujeta</b>
¿?	<b>Desuso de Sujeciones</b> (Cultura No Sujeciones dentro de un nuevo Modelo de Cuidado Centrado en la Persona y que por tanto entiende la <b>DIGNIDAD desde la ética de la persona cuidada</b> lo que hace que <b>de manera natural se produzca la completa eliminación de sujeciones</b> )	Buen Uso de Sujeciones (Buena Práctica en Uso de Sujeciones dentro del Modelo de Cuidado que sujeta)
<b>Cultura de No Sujeción más débil</b>	<b>Cultura de No Sujeción Fuerte</b>	<b>Cultura de Sujetar</b>

# SUJECCIÓN FÍSICA

“Cualquier dispositivo, material o equipo aplicado a una persona, unido a ella o cerca de su cuerpo, que no puede ser controlado o retirado con facilidad por ella misma y que deliberadamente evita o intenta evitar su libertad de movimiento y/o el natural acceso a su cuerpo.”

(JBI, 2002 Physical Restraint - Pt 1: Use in Acute and Residential Care Facilities, *Best Practice* Vol 6 Iss 3, Blackwell Publishing Asia, Australia)



“El uso de fármacos, fundamentalmente aquellos que actúan a nivel del SNC, que reducen la movilidad de la persona, de manera que quedan inhibidas 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 no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado; dicho de otro modo, es el uso de fármacos (psicotrópicos o no) para manejar un problema para el cual existe un tratamiento mejor.”

(Adaptado NLC de Tideiksaar (2005) y Burgueño)

# SUJECCIÓN QUÍMICA

➤ 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.



**SUJETAR = CONTENER = IMPEDIR**

**RESTRINGIR = LIMITAR**

**INSTUCCION FISCALIA = TODO ES SUJECION  
SOLUCION: GESTION DE CASO NO SUJECION + 24  
HORAS INDIVIDUAL + LC QUIMICO + CI**

# SUJECIONES FÍSICAS

TIPOS DE SUJECIONES Y RESTRICCIONES				
SUJECIÓN	Voluntaria	Con Carácter Restrictivo	Minor	1
			Major	2
		Sin Carácter Restrictivo		
	Involuntaria	Con Carácter Restrictivo	Minor	4
			Major	5
		Sin Carácter Restrictivo		
RESTRICCIÓN (RESTRICCIÓN SIN SUJECIÓN = MAL MENOR)	Voluntaria	Minor		7 “MAL MENOR VOLUNTARIO”
		Major		
	Involuntaria	Minor		8 “MAL MENOR INVOLUNTARIO”
		Major		

# NO TODOS LOS PSICOFARMACOS SON SUJECCIÓN QUÍMICA

## LOS 8 CRITERIOS LCQ



Síndrome Neuropsiquiátrico  
(asociado a la demencia o no)



Medidas No  
Farmacológicas

¿Han mejorado las manifestaciones clínicas  
y el paciente responde adecuadamente?

NO

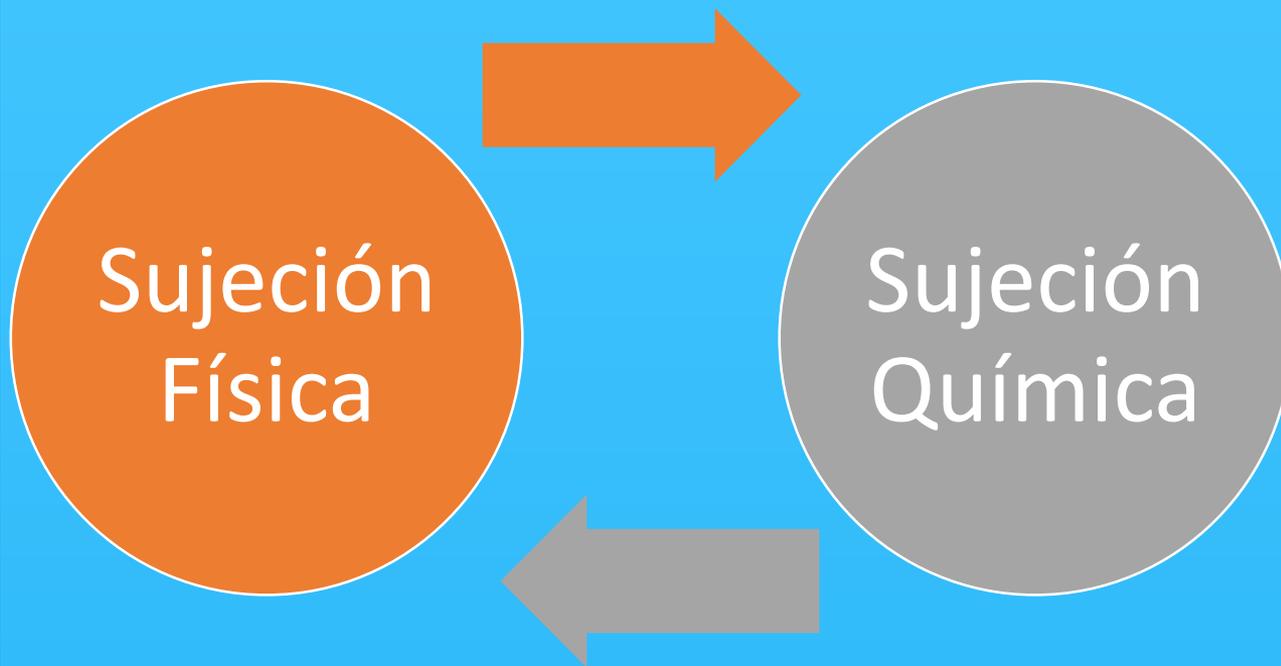
SÍ

FÁRMACO COMO  
TERAPIA

➤ Consideraremos que la administración de un **Fármaco es Terapia** cuando trata el síndrome neuropsiquiátrico tras un diagnóstico médico, se han intentado medidas no farmacológicas para tratar dicho síndrome y aún así las manifestaciones clínicas se mantienen y el paciente no responde adecuadamente.

➤ En esta situación se opta por un fármaco para el control de esta **sintomatología**.

➤ Se intentará retirarlo en el menor tiempo posible, valorando mientras tanto la eficacia del tratamiento y la aparición de posibles efectos adversos.



No podemos desligar el uso de la Sujeción Física al uso de la Sujeción Química ni viceversa.

**El uso de una conlleva el uso de la otra.**

## ¿POR QUÉ SE UTILIZAN SUJECIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS?



	SUJECIÓN FÍSICA	SUJECIÓN QUÍMICA
Caídas, Riesgo de Caídas y Miedo a las Caídas.	X	
Trastornos del Comportamiento, Vagabundo diurno y nocturno	X	X
Agresividad		X
Agitación		X
Solicitud de sujeción por parte de la familia	X	X
Trastorno Postural	X	
Evitar la manipulación de los Dispositivos Instrumentales	X	

## INDICACIONES DE SUJECIÓN FÍSICA Y QUÍMICA

- 1) Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de la persona: Prevención de Autolesiones.
- 2) Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de terceras personas: Prevención de lesiones o peligro para la Vida de otras personas.
- 3) Protección de Programas Terapéuticos del propio paciente o persona usuaria o de otros.
- 4) Necesidad de Reposo.
- 5) Si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación: en pacientes con enfermedad mental.

**Las CAÍDAS NO son una INDICACIÓN**



## Praxis Actual:

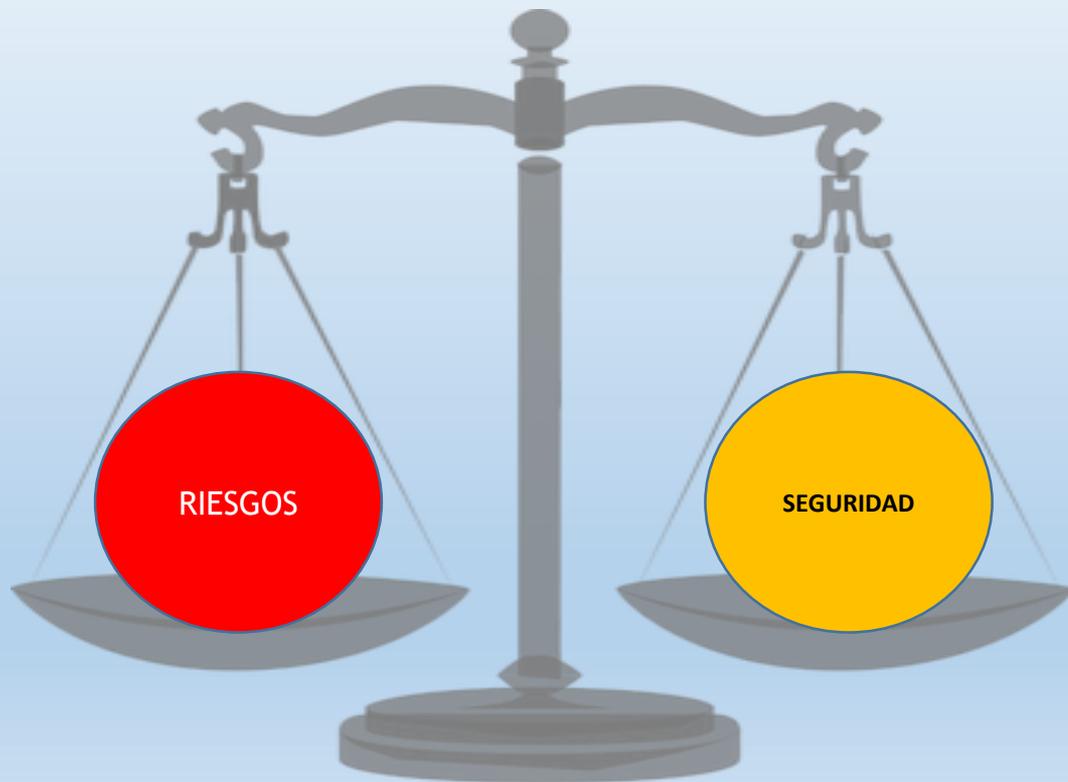
Se sujeta fuera de Indicaciones: Las Caídas no son indicación de sujeción.

Sujetar es un problema de procesos de gestión deficitarios – El problema (el déficit) no está en el paciente sino en los profesionales - Cuando sujetamos por caídas no lo hacemos por criterios de indicación clínica sino por criterios de gestión.

Falta de prevención de las situaciones que nos conducen a sujetar (entorno inadecuado, procesos deficientes).

Y lo sufre el paciente...

## CALIDAD DE VIDA



**Abordaje Etiológico**

**Análisis de la Causa del Comportamiento**



**¿AGITACIÓN o  
MALESTAR?  
Esa es la cuestión...**

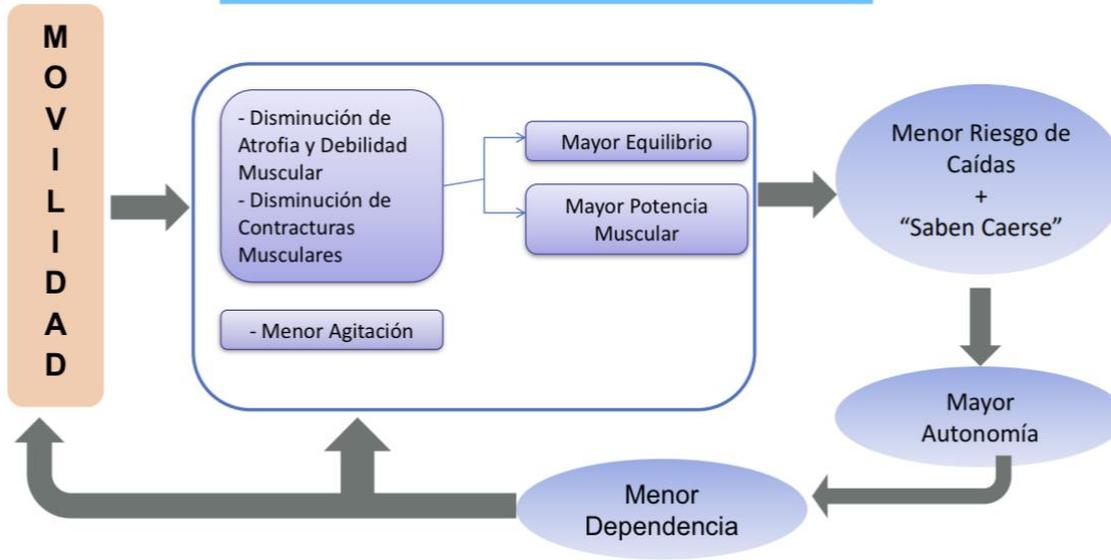
**No sujetemos  
porque se  
levanta...**

**Preguntarnos ¿por  
qué se levanta?**



# Cultura de la Movilidad

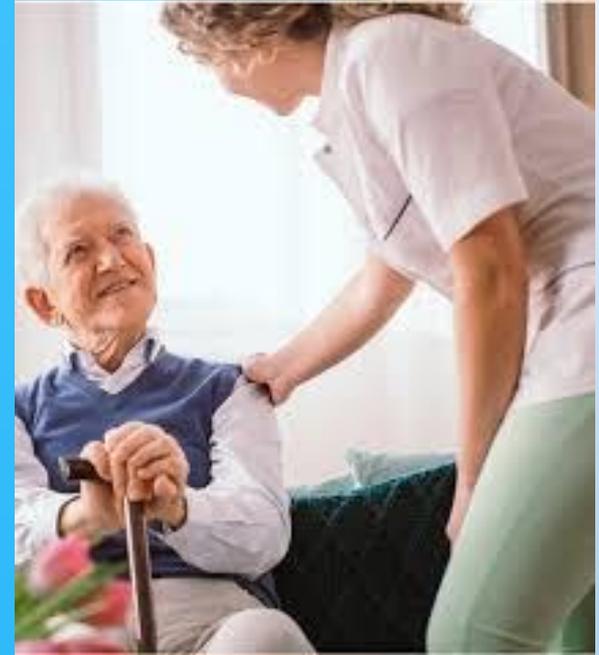
## BENEFICIOS DE LA MOVILIDAD



# Cultura del Buen Trato Individualizado

Adaptar el trato a la persona:

- Disminuye las situaciones de Agresividad y de Agitación.
- Previene Trastornos del Comportamiento.
- Evita situaciones de Riesgo de Caída.
- Disminuye la necesidad de Uso de Sujeción tanto Física como Química.



Fuente Foto:  
[congresobuentrato.es](http://congresobuentrato.es)

# Cultura de la Tolerancia a la Demencia

Y a sus Trastornos del Comportamiento...



Fuente Foto: [webconsultas.com](http://webconsultas.com)

# Terapias No Farmacológicas

*Intervención no química,  
teóricamente sustentada, focalizada  
y replicable, realizada sobre el  
paciente o el cuidador y  
potencialmente capaz de obtener un  
beneficio relevante*

## ¿Qué son la TNF?



# VENTAJAS TNF

- 1) Tratan de hallar la razón psicosocial o ambiental que subyace al comportamiento problemático.
- 2) No tienen efectos secundarios, como los fármacos ni problemas de dosis elevadas.
- 3) No enmascaran los síntomas que en ocasiones son la única vía de comunicación del paciente (Cohen-Mansfield, 2001)

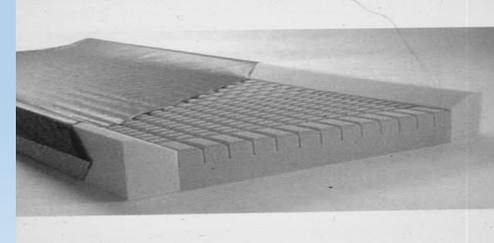
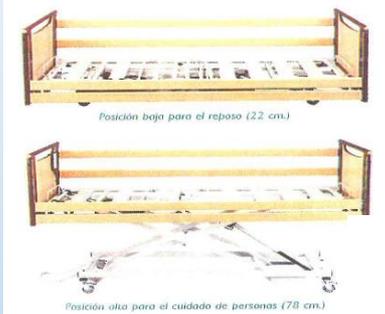
# TNF

- Programas de Intervención Ambiental
- Programas de Intervención Centrados en la Emoción  
Validación  
Reminiscencia
- Programas de Estimulación Cognitiva:  
Orientación a la Realidad  
Método Montessori
- Programas de Intervención Centrados en la Estimulación:  
Arteterapia  
Ejercicio Físico  
Musicoterapia  
Aromaterapia  
Terapia con Luz  
Terapia con Animales  
Terapias Multisensoriales  
Masaje y Tacto
- Otras Intervenciones:  
Carro Alado  
Jardines Terapéuticos  
Terapias Culinarias  
Road Worlds for Seniors

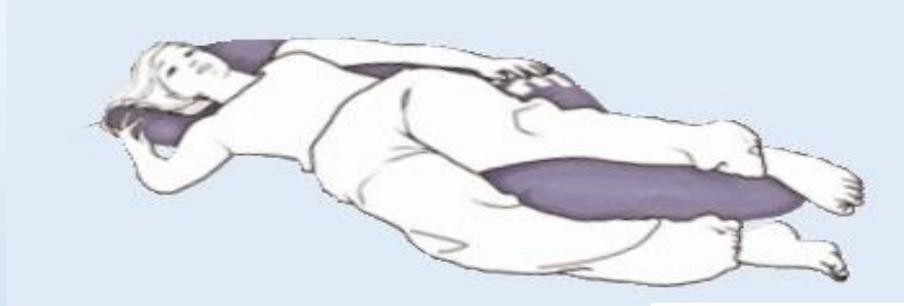
# Método de Vigilancia



# ALTERNATIVAS a la Sujeción Física que ayudan a evitar Sujeciones Químicas







# Crear espacios ACP



# SUJECCIONES QUÍMICAS



## CRITERIOS PARA USO CORRECTO DE MEDICAMENTOS

1. Menor número posible de fármacos.
2. Optar por los fármacos más adecuados para las características individuales de cada paciente. ¡¡¡EDAD!!!
3. Dosis mínima eficaz y aumentará progresivamente hasta llegar a la dosis óptima.
4. Utilizar medicamentos que permitan una única dosis diaria.
5. Revisar y monitorizar periódicamente la farmacoterapia.
7. Realizar una evaluación periódica de los objetivos terapéuticos de la indicación.
8. Evitar elevado número de fármacos.
9. Utilizar los fármacos que produzcan un menor número de interacciones y reacciones adversas.
10. Ofrecer información, tanto al paciente o persona.
11. Consentimiento Informado ante el uso de cualquier fármaco psicótropo, pero muy especialmente en la prescripción de psicofármacos fuera de ficha técnica.
12. En paciente psicogerítrico seguir los criterios de Beers y criterios STOPP-START. Prescripciones potencialmente inapropiadas.
13. Valorar su retirada.

## TOLERANCIA A LA DEMENCIA

Evitar el uso de benzodiazepinas en personas con demencia y desorientas para el tratamiento de las alteraciones del sueño. Suelen provocar un aumento de la confusión en la persona.

➤ En caso de alteración del sueño, debemos ser permeables a las necesidades de sueño y descanso de cada persona para evitar el uso excesivo de psicótopos. Así, se podría normalizar el ritmo circadiano (vigilia-sueño) de cada persona cuidada y con el tiempo alargar el periodo de sueño nocturno.

➤ Para el fomento de la Cultura No Sujeción, se aconseja no pautar “si precisa” (insomnio, ansiedad, agitación), para que la decisión no quede en manos del personal no médico y disminuir así la cultura de demandar medicación.



# Gestión de Caso No Sujeción



PRAXIS CORRECTA DESDE LA

**Gestión de Caso No Sujeción**

LO TERAPEÚTICO ES NO SUJETAR, LO NATURAL ES CUIDAR SIN NECESIDAD DE SUJETAR, LO NATURAL ES INTERVENIR SIN SUJETAR.

PREVENTIVO

VISIÓN DE CAPACIDADES EN LAS PERSONAS CUIDADAS

CULTURA DE LA MOVILIDAD Y BUEN TRATO INDIVIDUALIZADO

UTILIZACIÓN DE ALTERNATIVAS AL USO DE SUJECIÓN

VALORACIÓN DE RIESGOS (CAÍDAS – DELIRIO)

Riesgo de Caída: La **Prueba de Tinetti Simplificada**. Escala de Downton.

Riesgo de Agresividad y Violencia: La **Hare Psychopatry checklist Screening version (PCL:SV)**, el HCR-20.

Riesgo de Delirio (relacionado con caídas y conducta violenta): Escala CAM. Escala 4AT.

Riesgo de Comportamiento Problemático: El **Sumatorio del Comportamiento + Algoritmo Libera-Care + Método Observacional**.

INTERPRETACIÓN DEL COMPORTAMIENTO PROBLEMÁTICO: **Sumatorio del Comportamiento + Algoritmo Libera-Care + Método Observacional** que permitirán el Tratamiento Etiológico que evita el uso de sujeción.

EVALUACIÓN INTERDISCIPLINAR

La **GESTIÓN DE CASO NO SUJECIÓN** resulta útil para **RETIRAR** y para **EVITAR** sujeciones **FÍSICAS Y QUÍMICAS**

# FAMILIAS ACP:

**Confiar**

**Dejar hacer**

**Formar parte**

**Participar directamente en el cuidado**

**Aprender para cuidar**

**Y siempre Representar (Juicio Sustitutivo)**



# PLAN DE ELIMINACIÓN DE LAS INFECCIONES

## PLAN DE ELIMINACIÓN DEL RISGO DE CONTAMINACIÓN CROSSLINER DE INFECCIONES

# DIAGNÓSTICO – 4 PILARES LC – ÁREAS DE MEJORA – INDICADORES DE PROCESO PARA LA CV

## OBJETIVOS DE REDUCCIÓN – Temporalidad

### PROCEDIMIENTO DE ELIMINACIÓN DE SUJECIONES LC 3 PASOS:

1) NO SUJETAR AL INGRESO.

2) LISTAR LAS SUJECIONES: De más Fácil a más Difícil. Retirar cada sujeción de 1 en 1; no se pasa a otra sujeción hasta que la anterior ha quedado eliminada con Garantías de Seguridad.

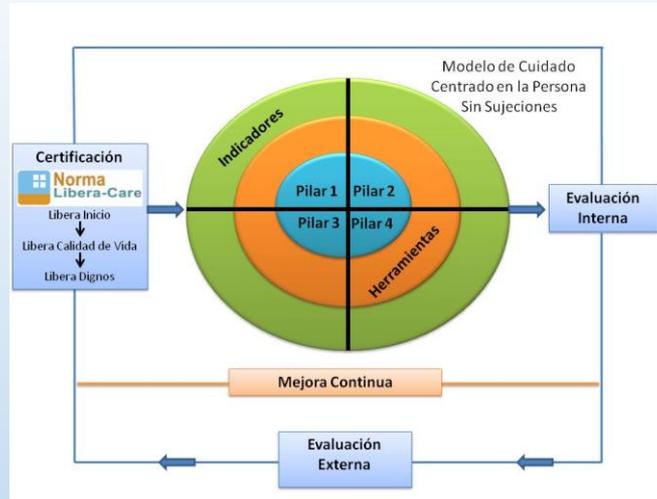
3) Eliminar cada Sujeción GESTIÓN DE CASO NO SUJECIÓN.

### REVISIÓN ANUAL de OBJETIVOS e INDICADORES

### FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN ANUAL a la ORGANIZACIÓN y a las FAMILIAS

# PREVENCIÓN

# DE LA FIEBRE DE TIFOIDES



# PROCESO DE EVALUACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN

PRIMER AÑO

Libera Inicio

- Indicadores 1, 2, 4, 5 y 6 del Pilar 4 Modelo de Cuidado que utiliza como indicador referente los indicadores relacionados con el uso de sujeción (física y/o química)



Libera Calidad de Vida

- Evidencias de avances en todos los indicadores de los 4 pilares y tener una prevalencia de sujeciones no superior al 5%

Libera Dignos

- Evidencias de que se cumplen los indicadores de los 4 pilares y presentar una prevalencia de uso de sujeciones físicas inferior al 5% y cercana al 0% y no superior al 85% en psicofocos

	FR-PG-04-02 ESQUEMA DE EVALUACIÓN	Rev. 12 Fecha Aprobación: 01/01/2023 Pág. 9 de 34
--	---	--

## INDICADORES EVALUACIÓN LIBERA-CARE

Nº IIE	INDICADORES HERRAMIENTAS PILAR 1 MODELO DE CUIDADO DE "AUTONOMÍA RESIDENTE"	RESPONSABLE	FASES/ NORMA	FASES/ EVALUA.
<b>Creación de procedimientos de Participación Activa de la PERSONA en la toma de decisiones respecto a los Objetivos y Planes de Atención/Intervención/Vida... y Actividades del día a día en la organización</b>				
IE 1	Evidencias de entrega de documentación informativa y de que dicha información también ha sido explicada verbalmente a la PERSONA y/o Familiar o Representante Legal.	Dirección	II, III	II, III
<i>Nota:</i> Informar y firmar a la PERSONA o su representante en el nuevo modelo de cuidado en el que la persona es Responsable en la toma de decisiones. Hasta ahora, la PERSONA que accede a un recurso asistencial o de intervención, le asumió un rol pasivo en los planes de atención o intervención y por lo tanto, será necesario que la organización genere mecanismos que garanticen que se informa y firma a las personas usuarias o pacientes para que asuman un rol más Activo, más Responsable, en su propia gestión de cuidado. Bien puede encontrarse en el Reglamento Interno, como en una Guía Informativa, o en un Documento de Aceptación que se le entrega a la persona y familiar o representante en el momento del ingreso.				
IE 2	Evidencias de que en el Plan de Comunicación se incluyen apartados específicos en los que se integra a la PERSONA y/o su Familiar/Representante Legal.	Equipo Líder	II, III	II, III
IE 3	Evidencias de que la PERSONA y/o Familiar/Representante ha participado en la generación de Objetivos de Intervención y su Plan de Atención/Cuidado/Intervención.	Equipo Líder y GDCV	II, III	II, III
<i>Nota:</i> Procedimiento de Acuerdo de Plan de Atención/Plan de intervención, establecer una reunión no solo informativa, sino también participativa por parte del paciente/persona usuaria y/o representante y los profesionales para crear un "Acuerdo" de Plan de Atención o Plan de Intervención, guiado por el criterio de los profesionales. El Equipo Líder o Equipo Interdisciplinario elaborará los mecanismos que faciliten el cumplimiento de los Objetivos antes y durante de la realización del P.A.I. (Plan de Atención Individual), de la V.G.G. (Evaluación Geriátrica Integral) en ámbitos sociales o sociosanitarios, y en el Plan (tratamiento o de Tratamiento en ámbitos sanitarios).				
IE 4	Evidencias de que la PERSONA y/o Familiar/Representante han sido informadas de todas las vías de participación existentes en la organización, objetivos... y de que se fomenta su uso.	Equipo Líder y GDCV	II, III	II, III
<i>Nota:</i> Este indicador está relacionado con el IE 1. La documentación que la organización o nivel asistencial facilite a la persona cuidada y familiar o representante, puede incluir este indicador. Así mismo, la organización o nivel asistencial puede trabajar con cartelería o vía correo electrónico o vía correo ordinario de todos los actividades, jornadas, asambleas, reuniones, etc., que la organización o nivel asistencial promueva o dirige del día.				
IE 5	Evidencias de que se ha desarrollado una "Carta de Derechos", que todo el personal y PERSONAS de la organización conocen.	Equipo Líder	II, III	II, III

# PROCESO DE EVALUACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN



Segundo y sucesivos años es más exigente hasta el CLS

CLS = Centro ACP Sin Sujeciones  $\neq$  Cero Sujeciones

- Año 1, primera evaluación.
- Año 2, segunda evaluación.
- Año 3, no hay evaluación.
- Año 4, tercera evaluación.
- Cada 5 años.

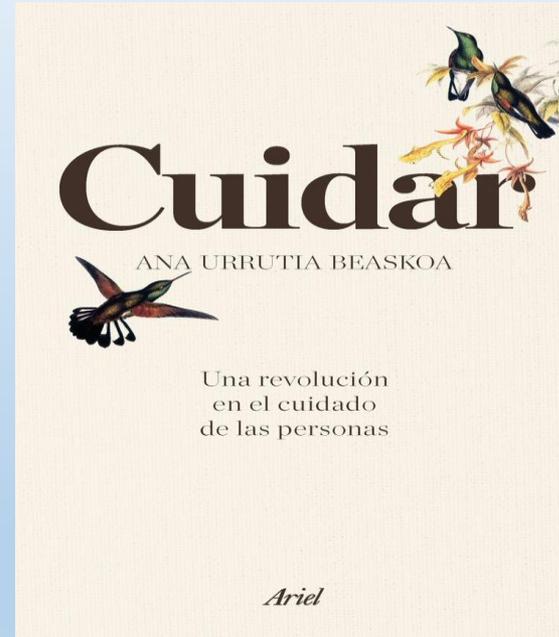


¡Es posible!





# Muchas Gracias





[www.cuidadosdignos.org](http://www.cuidadosdignos.org)

[www.centroslibera-care.com](http://www.centroslibera-care.com)

Fundación Cuidados Dignos en [Twitter \(@Cuidados Dignos\)](#), [Linkedin](#) y [Facebook](#)

Ana Urrutia en [Twitter \(@AnaUrrutiab\)](#), [LinkedIn](#), [Google+](#) y [Facebook](#)