



ARTÍCULO ESPECIAL

Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos[☆]



Primitivo Ramos Cordero^{a,*}, José Antonio López Trigo^b, Herminio Maíllo Pedraz^c
y José María Paz Rubio^d, en nombre del Comité Interdisciplinar de Sujeciones de la SEGG

^a Comité Interdisciplinar de Sujeciones, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Madrid, España

^b Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Málaga, España

^c Juzgado de Primera Instancia, Málaga, España

^d Fiscalía para la Defensa y Protección de los Derechos de las Personas Mayores, Fiscalía General del Estado, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de septiembre de 2014

Aceptado el 5 de septiembre de 2014

On-line el 16 de octubre de 2014

Palabras clave:

Sujeciones mecánicas y farmacológicas
Ausencia de legislación específica y común
Están en «entredicho»
Pueden ser causa de lesiones
Derecho a la libertad

R E S U M E N

Las sujeciones mecánicas y las farmacológicas constituyen un tema controvertido en la asistencia geriátrica por sus repercusiones morales, éticas, sociales y jurídicas y, pese a ello, no existe legislación específica a nivel estatal.

El uso de las sujeciones se cuestiona cada vez más, ya que existen estudios que demuestran que no disminuyen las caídas ni sus consecuencias, sino que pueden aumentarlas, producir complicaciones, lesiones y accidentes potencialmente mortales.

No siempre se utilizan racionalmente pese a comprometer un derecho fundamental de las personas, como la libertad, constitucionalmente protegido, además de afectar a valores y principios como la dignidad y la autoestima personal: hay centros en los se utilizan en más del 50% de sus usuarios, y para las que en algunos casos, no cuentan con el consentimiento de sus representantes. En ocasiones, se utilizan para conseguir objetivos organizativos o ambientales, como el cumplimiento de horarios ajustados, y para disminuir o evitar la supervisión de personas que deambulan erráticamente; y a veces se usan indefinidamente.

Mayor confusión aún existe con respecto al emergente concepto de las sujeciones químicas o farmacológicas, ya que no existe un marco conceptual basado en evidencia científica, suficientemente consensuado para los profesionales.

En este contexto la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), consciente de la importancia y trascendencia del tema e intentando, por un lado, preservar y garantizar las máximas libertad, dignidad y autoestima y, por otro, velar por las máximas integridad, seguridad legal y jurídica de las personas atendidas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos, decidió crear un Comité Interdisciplinar de Sujeciones constituido por socios de diferentes disciplinas y miembros de algunos grupos de trabajo o comités de la SEGG, por profesionales externos de grupos, de entidades y asociaciones expertos en sujeciones e integrar en él a los principales movimientos «antisujeciones».

Fruto de ello es el *Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*, así como el *Consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*, publicado por la SEGG, que debe suponer un salto cualitativo en la atención de los mayores, y servir como guía de buena práctica para los profesionales.

© 2014 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

[☆] Más información sobre los miembros del grupo en el anexo A.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: primitivo.ramos@segg.es, primitivo.ramos@gmail.com (P. Ramos Cordero).

Physical and pharmacological restraints in geriatric and gerontology services and centers

A B S T R A C T

Keywords:

Physical and pharmacological restraints
Non-specific and common law
Questionable
Cause injury
Right freedom

Physical and pharmacological restraints are a controversial issue in the context of geriatric care due to their moral, ethical, social and legal repercussions and, despite this fact, no specific legislation exists at a national level.

The use of restraints is being questioned with growing frequency, as there are studies that demonstrate that restraints do not reduce the number of falls or their consequences, but rather can increase them, cause complications, injuries and potentially fatal accidents.

Restraints are not always used rationally, despite compromising a fundamental human right, that is, freedom, protected in the Constitution, as well as values and principles, such as dignity and personal self-esteem. There are centers where restraints are applied to more than 50% of patients, and in some cases without the consent of their legal representatives. On some occasions, restraints are used for attaining organizational or environmental objectives, such as complying with tight schedules, and for reducing or avoiding the supervision of patients who walk erratically and, at times, are used indefinitely.

Even greater confusion exists with respect to the emerging concept of chemical or pharmacological restraints, since no conceptual framework exists based on scientific evidence, and with sufficient consensus for guiding healthcare workers.

In this context, the *Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología* (SEGG - Spanish Geriatrics and Gerontology Society), aware of the significance and transcendence of the issue, and in an attempt to preserve and guarantee maximum freedom, dignity and self-esteem, on the one hand, and to ensure the maximum integrity and legal certainty of the persons cared for in geriatric and gerontology services and centers, on the other, decided to create an «Interdisciplinary Committee on Restraints» made up by members from different disciplines and members of SEGG Working Groups or Committees, external health care workers, groups, organizations, and associations, who are experts in restraints, as well as the main «anti-restraint» movements.

An outcome of this decision is the *Consensus document on physical and pharmacological restraints*, together with the *Consensus on physical and pharmacological restraints*, published by the SEGG, which should signify a qualitative leap forward in care for the elderly, and serving as a best practice guide for healthcare workers.

© 2014 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Las sujeciones mecánicas o físicas y las farmacológicas o químicas constituyen uno de los temas más controvertidos de la asistencia geriátrica por las repercusiones morales, éticas, sociales y jurídicas que conllevan. Pese a ello, no existe un marco normativo o legislativo específico y común a nivel estatal, aunque algunas comunidades autónomas en los últimos años han promulgado decretos, órdenes, circulares o instrucciones que tratan de homogenizar la diversidad de protocolos publicados por los profesionales, instituciones, entidades y asociaciones dedicadas a la atención de las personas mayores y al estudio y abordaje de las sujeciones (*Decreto Foral de Navarra 221/2011, de 28 septiembre, que regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en los servicios sociales residenciales*).

Cada vez se cuestiona más el uso de las sujeciones, ya que su fin primordial, que es garantizar la integridad y evitar las lesiones y caídas de las personas con problemas conductuales, así como las de las personas que las rodean, está en entredicho, pues existen estudios que demuestran que no disminuyen el número ni las consecuencias o gravedad de las caídas, sino que pueden aumentarlas¹. Otras publicaciones nos alertan de que su uso conlleva un riesgo considerable de complicaciones y accidentes directos, en forma de lesiones, erosiones, laceraciones, desgarros e isquemias; que en algunos casos produce lesiones potencialmente mortales por estrangulamientos y asfixia, o bien indirectos como deterioro funcional, síndrome de inmovilidad, incontinencia, úlceras cutáneas, infecciones y otros²⁻⁴.

Pese a las normas reguladoras promulgadas y a los protocolos o guías para el buen uso de sujeciones implantados, no siempre se utilizan con la racionalidad deseable, en un procedimiento que pone en riesgo un derecho fundamental de las personas como la libertad, constitucionalmente protegido (*arts. 1, 10, 15 y 17. Constitución Española 1978*), además de valores y principios como la dignidad y la autoestima personal. Hay centros que hacen un uso

indiscriminado y las utilizan en más del 50% de sus usuarios, práctica para la que, en algunos casos, no cuentan con el consentimiento de sus representantes, ya que aquellos, generalmente, carecen de capacidad decisoria o «autogobierno». En ocasiones, se utilizan con fines ajenos a la protección del paciente: para conseguir objetivos organizativos o ambientales, como el cumplimiento de horarios ajustados, y para disminuir o evitar la supervisión de personas que deambulan erráticamente, prestándoles escaso control o supervisión, y lo que es peor, a veces se usan de forma indefinida, «sine die»⁵.

Mayor confusión existe respecto a las sujeciones químicas o farmacológicas, ya que no existe un marco conceptual basado en evidencia científica, respaldado o consensuado por los profesionales. Todo esto, en colectivos en los que, en ocasiones, hasta un 60% pueden consumir psicofármacos^{6,7}.

Frente a este escenario, desde hace un decenio, se alzan las voces garantistas de movimientos y asociaciones que velan por la dignidad y seguridad de estos pacientes, y adoptan una postura diametralmente opuesta: apuestan por el abandono y la «no utilización» de las sujeciones, especialmente las mecánicas, utilizando impactantes eslóganes, altamente sugerentes y atrayentes, como: *Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer de CEOMA, Movimiento Libera Ger de la Fundación Cuidados Dignos, Sujeciones Cero de la Fundación María Wolff*, etc., que hoy constituyen verdaderos programas, referentes en cuanto a las técnicas y metodologías para eliminar o reducir racionalmente el uso de sujeciones y dignificar a las personas^{5,6}.

Ante estas posturas claramente contrapuestas e irreconciliables, existe una realidad ineludible, que es la de atender a personas mayores que, debido a la enfermedad que padecen, han perdido su capacidad de control y ponen en riesgo su integridad o la de terceros, y a los que es necesario proteger. En este contexto, la SEGG,

consciente de la importancia y trascendencia del tema e intentando, por un lado, preservar y garantizar las máximas libertad, dignidad y autoestima y, por otro, velar por la máxima integridad, seguridad legal y jurídica de las personas, atendidas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos, decidió crear un *Comité Interdisciplinar de Sujeciones* constituido por socios de diferentes disciplinas y miembros de algunos grupos de trabajo o comités de la SEGG (Demencias, Cuidados paliativos, Caídas, Atención residencial, Bioética y Buen trato), por profesionales externos de diferentes disciplinas, expertos en sujeciones, así como por grupos, entidades y asociaciones dedicados al estudio de las mismas. También se integró en el comité a los principales movimientos «antisujeciones».

La SEGG solicitó durante 2013 y 2014 a este comité que deliberara y definiera las líneas filosóficas de posicionamiento en esta materia tan sensible y que elaborara este *Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*, así como el *Consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas* que, a buen seguro, constituirán un salto cualitativo importante en la atención de los mayores en los próximos años, servirá como guía de buena práctica para los profesionales y sentará las bases para el desarrollo del *Grupo de trabajo de Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas*, que se creará e impulsará en la SEGG, para mantener permanentemente actualizado el conocimiento científico en esta materia.

En este documento se abordan y consensúan aspectos como el marco conceptual para el que encontramos diferentes denominaciones (*sujeción, contención y restricción física*), para un mismo concepto o acción, con las que se pretende eludir de forma artificiosa el reconocimiento de su uso. Igual ocurre con el uso de las barandillas elevables de las camas, o con el mobiliario ergonómico (sillas, sillones y mesas) con dispositivos de retención. Para el grupo de consenso de la SEGG, todos ellos constituyen mecanismos de sujeción, ya que limitan la libertad de movimientos y por lo tanto el derecho fundamental de la libertad⁷.

Se han definido las sujeciones farmacológicas como la utilización de medicamentos de forma deliberada e intencional, para controlar un problema de base no psiquiátrica ni médica, para el que existe mejor tratamiento, y que acaba limitando o restringiendo los movimientos o actividad física y las actividades de la vida diaria del paciente, así como su funcionamiento mental^{5,6,8}.

Para el grupo de consenso de la SEGG, el uso de las sujeciones mecánicas o farmacológicas debe ser excepcional y solo se justifica en la aplicación de terapias esenciales para su subsistencia (sueñoterapia, sondajes, oxigenoterapia, etc.), que sean rechazadas por el paciente, o ante estados de agitación, irritabilidad, agresividad, intento autolítico, inmovilización posfractura, etc., en los que se han agotado todos los recursos terapéuticos y ambientales al alcance y pese a ello, resulte imposible su control, siempre que entrañe un riesgo vital para sí mismo o terceros.

En las situaciones excepcionales en las que deban utilizarse sujeciones, es necesaria su prescripción. El tipo de dispositivo utilizado debe ser homologado. Se utilizarán durante el tiempo estrictamente necesario y siempre implementando un riguroso plan de cuidados y supervisión complementarios^{9,10}.

Dado que las sujeciones atentan contra derechos fundamentales, ya que privan de la libertad, y contra principios y valores como la dignidad y autoestima y además entrañan riesgos físicos y psíquicos¹¹, no cabe duda de que nos encontramos ante procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, por lo que se debe solicitar el consentimiento informado cuando vayan a ser utilizados más allá de un episodio agudo (*Ley 41/2002. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente*) y deben comunicarse a la autoridad judicial con carácter obligatorio ante discrepancias con el paciente o sus representantes legales, para que esta autorice o rechace esta medida, con constancia escrita de todo ello en la historia clínica^{6,10}.

El grupo de consenso considera esencial anticiparse y prevenir el uso de sujeciones mediante estrategias integradas o acciones multicomponentes, que incidan de forma coordinada y sinérgica en los distintos factores que influyen en su empleo⁵.

Todo esto se plasma de una forma deliberativa, en este *Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas de la SEGG*, que representa un documento de conciliación y de concordia entre todos los profesionales implicados en la atención de los mayores, que debe servir como «punto de partida», como «punto de encuentro», o bien como meta para los profesionales, organizaciones, entidades y asociaciones, dependiendo del grado de madurez o del camino recorrido por cada una de estas, en el campo de las sujeciones mecánicas y farmacológicas. Es decir, para algunos servirá para recorrer un camino aún no iniciado, otros continuarán la senda ya abierta y desbrozada y otros culminarán y consolidarán este proceso.

Por el contrario, no se trata de un documento «punitivo» ni hostil que constituye la «hoja de ruta» con la que perseguir a los profesionales y a los centros, sino de una herramienta para que estos, junto a los pacientes, familiares, asociaciones, juristas y la sociedad en general, de forma conjunta, recorran el camino anteriormente referido hacia la dignidad y libertad de los mayores, asumiendo con responsabilidad los riesgos que ello entraña.

Conviene señalar que este documento de consenso, además de la conciliación y la concordia, representa a la «generosidad» y la «valentía». Generosidad la que han mostrado todos los profesionales implicados, ya que han realizado un encomiable y generoso esfuerzo, para aproximar posturas y así poder consensuar estos principios que apuestan por la libertad, la dignidad, el buen trato y la calidad de vida de las personas mayores. Y valentía por haber aceptado un reto tan importante y comprometido como la elaboración de un documento de consenso en una materia tan sensible como las sujeciones.

Por último, cabe advertir que este documento no nace con la intención de ser «eterno», sino un puro «tránsito», ya que en materia de derechos, principios y valores, no podemos ser conformistas, sino ambiciosos y por ello, ojalá que en los próximos años, podamos asistir a su revisión, fruto de los avances en esta materia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los miembros del Comité Interdisciplinar de Sujeciones de la SEGG.

Desde la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, queremos mostrar nuestro agradecimiento a todos los que han participado en la elaboración del documento y a cuantos se adhieren a él; a Belén Royo y a Elena de León por su incansable colaboración y cómo no, a Nutricia Advanced Medical Nutrition por su desinteresado mecenazgo, que ha permitido que este documento de consenso pueda publicarse.

Anexo 1. Miembros del Comité Interdisciplinar de Sujeciones de la SEGG

Presidente

Dr. José Antonio López Trigo. Geriatra. Presidente de la SEGG. Excmo. Ayuntamiento de Málaga. Médico Geriatra Clínica Quirón. Málaga.

Secretario

Dr. Primitivo Ramos Cordero. Geriatra. Secretario General de la SEGG. Coordinador Médico-Asistencial del Servicio Regional de Bienestar Social. Comunidad de Madrid.

Vocales (Miembros de la SEGG)

Dr. José Gutiérrez Rodríguez. Geriatra. Tesorero de la SEGG. Hospital Monte Naranco. Asturias. Presidente de la Sociedad Asturiana de Geriatría y Gerontología. Grupo de trabajo de Atención Sanitaria en Residencias de la SEGG.

Dra. Lourdes Rexach Cano. Geriatra. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital General Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Grupo de trabajo de Cuidados Paliativos de la SEGG.

Dr. Iñaki Artaza Artabe. Geriatra. Vicesecretario de la SEGG. Director Asistencial de Iurco. Presidente de la Asociación Vasca de Geriatría y Gerontología. Grupo de trabajo de Demencias de la SEGG.

Dr. Norberto Moreno Villajos. Médico. Gerente de la SEGG.

Dra. Teresa González Alonso. Médico. Coordinadora de la Unidad Asistida. Residencia Militar de Guadarrama. Madrid. Grupo de trabajo de Caídas de la SEGG.

Dr. Antonio Martínez Maroto. Jurista. Grupo de Juristas y Ética de la SEGG.

Dr. Manuel Nevado Rey. Psicólogo. Vocal del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Grupo de Trabajo de Demencias de la SEGG.

Dra. Concepción García Alonso. Médico. Coordinadora Médico del Grupo Valdeluz Residencial. Coordinadora del Grupo de trabajo de Atención Sanitaria en Residencias.

Dña. María Isabel Álvarez Moreno. Enfermera Especialista en Geriatría. Jefe de Área Técnico Asistencial. Servicio Regional de Bienestar Social. Comunidad de Madrid.

Dña. Ana María Fernández Rodríguez. Trabajadora Social. Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela. Madrid. Grupo de Dependencia de la SEGG.

D. Javier Fernández Huete. Terapeuta Ocupacional. Hospital Ruber Internacional. Madrid.

Dra. Salomé Martín. Geriatra. Directora Técnico de EULEN. Grupo de trabajo de Calidad de la SEGG.

Vocales (Profesionales externos expertos):

Dr. Herminio Maíllo Pedraz. Magistrado Juez de Primera Instancia. Málaga.

D. José María Paz Rubio. Fiscal para la Defensa y Protección de los Derechos de las Personas Mayores. Fiscalía General del Estado. Madrid.

Vocales (Familias y Sociedad):

Dña. Blanca Clavijo Juaneda. Abogada. Presidenta de la Asociación Nacional de Alzheimer, AFALcontigo.

Dra. Mercè Mas Quintana. Miembro de la Junta Directiva de FATEC. Miembro de la Comisión Permanente del Consejo Estatal de Personas Mayores. Miembro del Patronat de Amics de la Gent Gran. Platform Europe y Promotora de la Asociación Europea WeDOO.

Vocales (Entidades, organizaciones y asociaciones):

Dr. Antonio Andrés Burgueño Torijano. Especialista en Medicina Preventiva Salud Pública. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA).

Dra. Ana Urrutia Beascoa. Geriatra. Fundación Cuidados Dignos. Libera Ger. Grupo Torrezuri. Servicios de Atención Integral Socio-sanitaria.

D. Rubén Muñoz Schwochert. Fundación María Wolff. Sujeciones Cero.

Bibliografía

1. Kron M, Loy S, Sturm E, Nikolaus Th, Becker C. Risk indicators for falls in institutionalized frail elderly. *Am J Epidemiol*. 2003;158:645-53.
2. Castle NG, Engberg J. The health consequences of using physical restraints in nursing homes. *Med Care*. 2009;47:1164-73.
3. Healey F, Oliver D, Milne A, Connelly J. The effect of bedrails on falls and injury: A systematic review of clinical studies. *Age Ageing*. 2008;37:368-78.
4. Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria. Alerta N.º 5: Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de pacientes. Fundación Avedis Donavedian y Fundación Mapfre. 2011.
5. Burgueño AA, Iborra I. Prevalencia comunicada de sujeciones físicas. Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas. *Agathos*. 2008;4-11.
6. Urrutia Beaskoa A, Erdoiza Inunciaga I. Norma Libera-Ger. Sistema de gestión y control de sujeciones en centros de atención sociosanitaria. Fundación Cuidados Dignos; 2010.
7. Bleijlevens M, Wagner Capezuti E, Hamers J. A delphi consensus study to determine an internationally accepted definition on physical restraints. *Meeting abstract. Gerontologist*. 2012;52:136.
8. Alexopoulos GS, Streim JE, Carpenter D, Dochery JP. Expert consensus guidelines for using antipsychotic agents in older patients. *Using antipsychotic agents in older patients* *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 2:5-99.
9. Rodríguez Delgado J. Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013.
10. Gallego Riestra S, Gutiérrez Rodríguez J, Fernández Guzmán MF. Aspectos legales del uso de medios de contención mecánica en los diferentes ámbitos asistenciales y sanitarios. Especial referencia a los ingresos por patologías no psíquicas en instituciones sanitarias abiertas *Derecho y Salud*. 2013; 77-95.
11. Konetzka RT, Brauner DJ, Shega J, Werner RM. The effects of public reporting on physical restraints and antipsychotic use in nursing home residents with severe cognitive impairment. *JAGS*. 2014;62:454-61.