

*Valores y propuestas útiles para los
profesionales con el objetivo de alcanzar
los máximos estándares de calidad en la
atención a la dependencia.*

Guía de buenas prácticas

Comité de Ética Asistencial

*Una nueva monografía con el fin de prestar un
servicio a todos los profesionales de SARquavita.*



1. Presentación	5
2. Introducción	7
3. La toma de decisiones en el equipo interdisciplinar	9
4. Consideraciones éticas sobre la prevención de riesgos	19
5. Criterios éticos de la sujeción y de la contención	33
6. La gestión de las voluntades anticipadas	43
7. Bibliografía	53

1. Presentación

En el 2007, el Comité de Ética Asistencial publicó los Criterios Éticos de SARquavita, donde se exponían los principios que rigen la práctica asistencial en los distintos centros y organismos de la compañía. En él se especificaban los puntos de partida, las responsabilidades y los derechos de los distintos actores implicados. Los Criterios Éticos fueron definidos como un conjunto de referentes que garantizan la excelencia y la calidad en el cuidado de los usuarios.

Dos años después, el Comité de Ética Asistencial presenta una nueva monografía con el fin de prestar un servicio a todos los profesionales de la compañía. Después de una labor ininterrumpida de formación y de discusión de casos, el Comité, en su cometido de irradiar valores y propuestas útiles para alcanzar los máximos estándares de calidad, ofrece esta Guía de buenas prácticas.

Desde nuestra organización, valoramos el trabajo del Comité de Ética Asistencial como un elemento muy importante que nos ayuda en nuestro camino hacia la excelencia. Quisiera agradecer especialmente la colaboración de todos miembros del Comité que han participado en esta publicación por su disponibilidad, buen hacer e interés en todas las propuestas presentadas; ellos son parte, sin duda, de nuestra capacidad innovadora y de generación de conocimiento.

Esta iniciativa se enmarca dentro de una filosofía de trabajo centrada en el bienestar de los usuarios y de sus familias, ya que en SARquavita, los diferentes niveles de la organización están comprometidos con una atención competente técnicamente en la que el componente humano resulta esencial. Proporcionar instrumentos válidos que ayuden a los profesionales en esta tarea constituye una aportación en la que nuestra Fundación pone especial esmero.

A la hora de confeccionar esta guía, entre todos los temas posibles, el Comité ha seleccionado aquellos de mayor impacto, tanto por las consultas realizadas al respecto, como por las consecuencias de una praxis inadecuada. Con esta revisión se pretende unificar criterios y definir una postura común en áreas que resultan complejas o, en ocasiones, poco conocidas.

Confío en que este material resulte práctico y tenga una repercusión significativa en la asistencia a los mayores y personas con dependencia.

José Luis Roselló
Director General SARquavita

2. Introducción

Una Guía de buenas prácticas es, como deriva de su título, un instrumento que persigue alentar la buena praxis en todos los niveles de la organización. A lo largo de estos años de experiencia, el Comité ha identificado procesos y situaciones que suscitan ciertos dilemas éticos y que, además, se reiteran en distintos ámbitos de la organización. Con el fin de asesorar al profesional, de potenciar su formación y su autonomía responsable, ofrecemos esta Guía para que sirva de orientación en la toma de decisiones en el equipo interdisciplinar.

Una Guía de buenas prácticas no es un código deontológico, ni un texto jurídico. Tampoco es una prolongación de los Criterios Éticos; sino más bien, una aplicación práctica de los mismos. Incluye un conjunto de orientaciones concretas para hacer más fluida y responsable la actividad profesional.

En esta Guía se contienen cuatro ámbitos de reflexión. En el primer capítulo, se ofrece una orientación para la toma de decisiones en el equipo interdisciplinar y algunos criterios en la relación con el entorno afectivo. En el segundo, se exploran algunas consideraciones para prevenir riesgos. En el tercero, se ahonda en la ética de la contención y de la sujeción y en los criterios que deben regular esta práctica y, en la última parte, se ofrece un modelo común para gestionar éticamente las voluntades anticipadas de nuestros usuarios.

Con el deseo de ser útiles a los profesionales del SARquavitae y de mejorar, si cabe, los índices de calidad, presentamos esta Guía que, en plena sintonía con los Criterios Éticos, ofrece pautas y herramientas útiles para manejar situaciones complejas de la vida asistencial.

Francesc Torralba Roselló
Presidente del CEA

3. La toma de decisiones en el equipo interdisciplinar

En la práctica asistencial, una tarea ineludible que el profesional debe afrontar es la toma de decisiones.

Ser profesional implica tomar decisiones más o menos complejas, pero que siempre exigen los máximos niveles de responsabilidad.

La buena elección se relaciona siempre con lo probable. No tiene sentido elegir lo imposible, pues esto sólo puede ser fuente de frustración.

La calidad de una organización depende, directamente, de la calidad de los procesos de deliberación.

La calidad de vida de una persona depende de la calidad de las elecciones que efectúe. Toda elección tiene consecuencias, afecta a terceros y, en algunas ocasiones, tiene carácter irreversible, lo que significa que una vez tomada y ejecutada, no es posible regresar al instante de la encrucijada, al punto cero.

La decisión no es un apetito, ni un impulso, tampoco un mero deseo. Es una opinión sobre cosas prácticas que dependen de nosotros y que hace que pensemos cómo llevarlas a cabo. La elección no es una simple suposición. Requiere cierta capacidad de contención, pues cuando uno elige, no se mueve por el apetito o por el deseo, sino por el discernimiento intelectual.

La buena elección se relaciona siempre con lo probable. No tiene sentido elegir lo imposible, pues esto sólo puede ser fuente de frustración. La elección está relacionada con el deseo, pero hay deseos que trascienden lo racional. Uno no puede elegir ser otra persona o tener otros

padres. En el arte de elegir es, pues, determinante saber distinguir lo que depende de la voluntad de lo que es ajeno a ella.

La elección no mira tanto a los fines, sino a los medios para alcanzar determinados fines. Deseamos estar sanos, ser felices, pero las elecciones son esos actos puntuales que ejercemos que tienen como finalidad albergar tal fin. Requiere de un marco de libertad, de ausencia de coacciones externas e internas. Cuando uno está forzado o coaccionado a realizar determinadas decisiones, desaparece la elección. Uno puede, incluso, tener la sensación de que está eligiendo, pero si está bajo los efectos de la coacción, no decide. Se debe reconocer que ciertos pensamientos y ciertas pasiones no dependen de nosotros, ni los actos de acuerdo con estos pensamientos y razonamientos, sino que, ciertas razones son más fuertes que nosotros.



La elección versa sobre lo que puede ser y no ser. No tiene sentido elegir lo que no puede ser, tampoco lo que no puede dejar de ser. Hay determinados sentimientos, pasiones y emociones que no entran dentro del campo de decisión de la persona. Platón, por ejemplo, considera involuntario el amor, como un deseo poderoso por encima de la naturaleza. En este sentido, uno no puede elegir o no elegir amar a alguien. Puede elegir expresar o no tal amor, vincularse o no a la persona amada, pero el sentimiento que fluye del adentro de la persona trasciende el campo de la decisión.

Lo elegible es algo que depende de nosotros, que está en nuestro poder. No es, simplemente, una opinión, algo que uno piensa. Exige, necesariamente, el ejercicio del pensamiento, pero su punto de llegada no es el pensar; es la acción. La elección no es verdadera o falsa, no se puede medir de un modo binario, pero puede decirse que es mejor o peor en virtud de las

consecuencias que acarrea para uno mismo y para los otros.

La elección es algo voluntario que exige el trabajo de la razón y de la reflexión. Elegimos siempre entre dos o más alternativas. No hay ciencia exacta de ellas, puesto que si la hubiere, no tendría sentido elegir. Si una de las alternativas fuere científicamente verdadera, la elección desaparecería, porque no tendría sentido reflexionar. Las elecciones siempre se desarrollan dentro de un marco de probabilidades, de un ámbito de no saber, de ignorancia. Por ello, cabe la posibilidad del error. La reflexión tiene sentido cuando los distintos modos de resolver el campo de alternativas son variados y cada cual tiene su pros y contras.

En este sentido, la elección no se encuentra en el hombre en cualquier edad, ni en todas las condiciones, porque no se encuentra en él siempre ni el juicio, ni el fundamento de un acto. Determinados estados anímicos pueden alterar

gravemente el mecanismo de toma de decisiones. La puesta en marcha de la decisión exige pasión, entusiasmo, pero la toma de la decisión requiere contención emocional, pues ésta puede hacer alterar sustantivamente el proceso y hasta frustrarlo¹.

¹ *En la génesis de una decisión influyen muchos elementos. Así lo expresa K. MORRELL, Decision Making and Business Ethics: The Implications of Using Image Theory in Preference to Rational Choice, en Journal of Business Ethics 50 (2004) 243: "Muchas de nuestras decisiones no son decisiones únicas o aisladas, sino parte de la continúa narrativa de nuestras vidas. En este sentido no tomamos decisiones de un modo puramente racional, sino en el contexto de otras elecciones que ya hemos hecho o todavía están por hacer".*

Toda elección es de alguna cosa y por causa de alguna cosa. La calidad de las elecciones es la expresión de la calidad del sujeto ético que las elabora. Podemos diseccionar esta calidad a partir de las obras. El último eslabón del esquema aristotélico lo ocupa la obra o la producción que es consecuencia de la acción desarrollada.

La buena deliberación es una de las características fundamentales de la persona prudente. La deliberación da lugar a la decisión y, en consecuencia, a la acción racional.

Deliberamos sobre lo que está bajo nuestro poder y es realizable. Sobre los conocimientos exactos y suficientes no hay posible deliberación, pero sí deliberamos sobre lo que se hace por nuestra intervención, sobre lo que depende de nuestra libertad, aunque no siempre actuemos de la misma manera. Dirigir, colaborar, trabajar, siempre es dirigir, colaborar y trabajar de una determinada manera y

nunca es una cuestión mecánica, sino un proceso individual y colectivo que exige de la virtud para alcanzar plenitud de una organización.

La investigación incluye, lógicamente, la posibilidad del error. Cuando se está realizando una investigación, es válido equivocarse y rectificar el camino cuantas veces sea necesario, mientras se esté tratando de resolver el problema. Equivocarse varias veces al tratar de resolver un problema no indica que la respuesta final será acertada. En general, los patrones para evaluar una respuesta a un problema determinado son independientes de los errores cometidos previamente a encontrar la solución al problema.

La deliberación es un arte que exige el ejercicio de la racionalidad práctica. Se delibera acerca de lo que está en nuestro poder. Deliberamos sobre todas las cosas que pueden ser hechas y están en nuestro poder, sobre aquellas que dependen de nosotros. La deliberación tiene

que ver, necesariamente, con lo que es realizable. Solamente en la medida en que algo es realizable es objeto de deliberación.

No versa la deliberación sobre el fin, sino sobre los medios que tienden hacia él. A través de ella, se reflexiona sobre las herramientas que se van a usar para conseguir un determinado fin, pero no sólo sobre las herramientas, sino sobre el *modus operandi*, el proceso para conseguir el objetivo. Nadie elige correctamente sin estar preparado, y sin haber deliberado si la cosa es mala o buena. Los que no tienen un fin determinado, los que no se proponen ningún proyecto en concreto, tampoco tienen que deliberar.

La deliberación es un arte y no una ciencia. Tiene por objeto los medios que conducen al fin. Es, esencialmente, una práctica orientada a la utilidad. En la deliberación se analizan varias posibilidades para alcanzar el fin, se evalúan y se aceptan o se rechazan. No se delibera sobre el



azar, ni sobre la necesidad.

Una buena deliberación debe evitar, por la teoría de término medio, dos extremos: el exceso y el defecto. Exige tiempo. No es un proceso inmediato, ni veloz, especialmente cuando el campo de alternativas que se vislumbra es muy variado y los pros y los contras de cada alternativa están muy equilibrados. El punto no es solamente el tiempo que dura la deliberación, sino el buen número de factores o variables que es preciso analizar.

Llega un momento que se debe interrumpir la deliberación y tomar la decisión. En ocasiones, las circunstancias, la presión ambiental o la salud mental exigen tomar la decisión y superar el proceso de deliberación. Cada nueva situación plantea nuevas encrucijadas que exigirán, de nuevo, la práctica de la deliberación. Sin embargo, hay ocasiones en las cuales no se delibera. Es posible que el resultado de una deliberación sea adecuado no solamente en

una oportunidad, en un momento y un lugar determinado, sino que, dado que hay casos en que las circunstancias pueden ser parecidas, la misma decisión sirva de igual manera en varios casos. A veces, en cambio, la decisión, que es el fruto maduro de la deliberación, precisa ser revisada y ser acomodada a las nuevas condiciones y a los nuevos contextos en que se precisa actuar de un modo determinado.

La toma de decisiones, tanto en la vida personal como en el marco de las organizaciones, debe regirse por la virtud de la prudencia.

Muy frecuentemente, la estricta necesidad no ofrece márgenes de maniobra a las organizaciones. Toda persona, por el mero hecho de formar parte de un entorno social, económico o cultural, padece una serie de tensiones que son ajenas a su voluntad, pero que debe tener en cuenta para poder desarrollarse correctamente en tal entorno². Es altamente positivo saber

identificar tal sistema de vectores y dar respuesta a las necesidades que aparezcan, pero, simultáneamente, resulta también fundamental identificar las posibilidades internas de toda organización, el ámbito de lo que está bajo su poder, pues la toma de decisiones se efectúa en este ámbito.

² Así lo expresa también K. MORRELL, *Decision Making and Business Ethics: The Implications of Using Image Theory in Preference to Rational Choice*, en *Journal of Business Ethics* 50 (2004) 240: "A veces la elección puede explicarse también en términos de influencia de factores externos, como el entorno local o comunitario, o la influencia de otros: familia, líderes de opinión y boca a oreja. Todo esto puede afectar al juicio y a la acción eliminando las percepciones del que toma la decisión".

El proceso de deliberación y de toma de decisiones en el marco de una organización adquiere un grado de complejidad superior al que se desarrolla en el plano individual, pues tal proceso afecta, directa o indirectamente, a un conjunto de personas que colaboran en el desarrollo de la misma. Por ello, el esquema de Aristóteles, aplicado al plano de las organizaciones, tiene que introducir algunas novedades significativas.

Una correcta toma de decisiones en el marco de las organizaciones exige la delimitación de campos de responsabilidad y de poder. Es esencial que cada cual sepa qué se espera de él en la organización, cuál es su campo de actuación y que se expliciten los compromisos que adquiere. Frente a una situación de encrucijada donde se abran alternativas muy distintas, resulta esencial la práctica del diálogo. Los interlocutores de tal diálogo deben ser los sujetos implicados, directa o indirectamente, por las consecuencias de la decisión que se vaya a tomar.

Es fundamental, en la resolución de problemas que los hipotéticamente implicados por la decisión pueden contribuir activamente y puedan expresar su punto de vista, debidamente argumentado. La deliberación, pues, en el marco de una organización, debe ser un acto de diálogo, donde los interlocutores puedan expresar cuál de las ramas del árbol de decisiones es preciso tomar. Además de ello, se exige un análisis pormenorizado de las consecuencias que pueda acarrear la decisión, asumiendo el margen de riesgo y de desconocimiento que tiene toda anticipación, especialmente, en el ámbito económico.

En la toma de decisiones, el equipo o persona que deba, finalmente, optar por una de ellas, debe escuchar atentamente a los distintos interlocutores, advertir los posibles riesgos e imaginar posibles soluciones, pero, finalmente, la deliberación debe tener un punto de llegada, pues la demora en la decisión genera un clima de incertidumbre y de provisionalidad que afecta

negativamente a la dinámica de la misma organización.

El proceso de toma de decisiones tiene un valor incalculable en la vida de las organizaciones. Muy frecuentemente, cuando las decisiones se toman impulsivamente o por coacciones externas o internas, las consecuencias de las mismas son desastrosas. A pesar de los ritmos veloces que tienen que sufrir las organizaciones en nuestro mundo social, el tiempo dedicado a la deliberación no es, jamás, un tiempo perdido, pues establecer un diálogo transparente y de calidad evita naufragios y determina correctamente la senda del éxito.

Si uno delibera prudentemente, alcanza, con alta probabilidad, buenos resultados. Si, además, el proceso es transparente e integra a los implicados, se crea un clima de actividad positivo que cataliza el desarrollo y el dinamismo de la misma organización.

Toda toma de decisiones, tanto en la vida personal como



profesional exige un proceso racional de deliberación, a través del cual se sopesan los pros y los contras de cada alternativa que presenta una situación. Este proceso es determinante para tomar una decisión prudente. Deliberar es pensar cuál es la mejor manera de alcanzar un determinado fin. Este proceso exige una labor racional, pero, sobre todo, se nutre de la experiencia profesional. Consiste en la capacidad de anticipar posibles consecuencias de determinadas decisiones y en evaluar cuál de ellas es la que respeta más atentamente los derechos de los actores implicados.

En ocasiones, el temor a errar o bien la incapacidad para asumir responsabilidades, colapsan el proceso de toma de decisiones y esto afecta negativamente la dinámica de la vida asistencial y, en último término, la calidad de la atención al usuario. Por ello, la toma de decisiones, además de ser un proceso racional y dialogado, tiene que ser de ejecución ágil para ofrecer los

máximos niveles de excelencia en la gestión y en el cuidado. La calidad de una organización depende, directamente, de la calidad de los procesos de deliberación.

El profesional, a lo largo de su actividad asistencial, se halla en situaciones y contextos en los cuales tomar una opción no siempre resulta fácil, porque hay muchas variables en juego o porque el grado de incertidumbre de cada posible alternativa es muy elevado. Las actividades de curar y cuidar no forman parte del cuerpo de las ciencias exactas. Además de ello, puede haber factores que presionen en un sentido, como coacciones externas o internas, que limiten gravemente el campo de autonomía profesional.

La toma de decisiones en el equipo interdisciplinar

La toma de decisiones es una tarea compleja, especialmente cuando la decisión implica a terceros y máxime si afecta a grupos vulnerables.

De ahí la necesidad de ofrecer una serie de orientaciones prácticas en la toma de decisiones en el marco de un equipo interdisciplinar, pues este proceso forma parte de la vida de la organización y su buen desarrollo mejora los procesos de asistencia y hace mucho más fluidos los canales de comunicación.

1

SARquavita confía en la competencia técnica y ética de sus profesionales.

La confianza, base de toda la organización, se manifiesta en el escrupuloso respeto a la autonomía de sus profesionales en su quehacer.

2

Cada profesional está facultado para tomar decisiones y tiene la obligación de hacerlo en su campo competencial respectivo.

Para ello, tiene que, previamente, conocer cuáles son sus competencias y su ámbito de intervención. Podrá asesorarse o consultar, si cabe a terceros, pero no puede delegar su obligación a otros, ni derivarla, pues forma parte de su actividad profesional. La indefinición de competencias, en el caso de existir, es una debilidad del equipo que debe subsanarse para garantizar la calidad en la intervención.

3

En la toma de decisiones que afectan al conjunto del equipo, resulta esencial la práctica del diálogo.

Una toma de decisiones compartida exige la escucha y la argumentación de las distintas opciones que hay en juego. La suma de distintas perspectivas disciplinares garantiza una mejor deliberación y, consiguientemente, una toma de decisión de más calidad, pero se deben superar una serie de barreras. Para ello, es esencial que el equipo disponga de tiempo y, además, que se anticipen las consecuencias que pueden derivarse de las alternativas presentadas.

4

Se debe distinguir la toma de decisiones en el campo de lo estrictamente técnico-asistencial de la que plantea dilemas éticos.

En la primera, el equipo interdisciplinar, como sujeto autónomo que es, tomará la decisión que estime pertinente en el proceso de cuidar y de curar y la comunicará adecuadamente al destinatario de la asistencia para que tenga conocimiento de los pros y contras de tal intervención.

El destinatario, en virtud del principio de autonomía, podrá dar su consentimiento o negarse al mismo. Con todo, si es competente éticamente, deberá asumir las consecuencias que se deriven de su decisión.



5

En las decisiones del equipo interdisciplinar que planteen dilemas de naturaleza ética, el equipo, como sujeto autónomo, está capacitado para deliberar y tomar aquella decisión que estime más oportuna.

Puede, si lo considera oportuno, asesorarse en el Comité de Ética Asistencial, para deliberar con más elementos de juicio, pero la decisión le compete a él como equipo interdisciplinar.

6

El equipo profesional deberá informar al entorno afectivo de la decisión que legítimamente haya tomado.

Antes de ello, deberá considerar y escuchar los argumentos del entorno afectivo, pero no puede ver menoscabada su autonomía por presiones del entorno afectivo. Su interlocutor directo es el usuario y sólo él puede dar o rehusar el consentimiento. En el caso de ser una persona incompetente desde el punto de vista legal, el tutor tendrá la facultad de decidir, previo diálogo con el equipo interdisciplinar y con el entorno familiar.

7

El entorno afectivo juega un papel muy relevante en el proceso de cuidado y atención al usuario.

Compete a los profesionales facilitar tal relación, comprometerse activamente para que tenga el máximo grado de calidad y fluidez, pues ello mejora ostensiblemente la salud mental y emocional del usuario. Con todo, el entorno afectivo debe conocer y respetar escrupulosamente las normas de funcionamiento del centro y las decisiones técnicas del equipo asistencial.

8

Los profesionales velarán en todo momento para que la autonomía de los usuarios sea siempre respetada y educarán, si cabe, al entorno afectivo, para que ésta no se vea menoscabada por una mala comprensión del vínculo afectivo, por un exceso de celo paternalista.

4. Consideraciones éticas sobre la prevención de riesgos

Cuando hablamos de riesgos hacemos referencia a cualquier peligro potencial que pueda sufrir un usuario en nuestros centros. Desde el punto de vista ético, identificar situaciones de riesgo supone contemplar el principio de no maleficencia, haciendo especial hincapié en el entorno y en los recursos humanos. Como profesionales de la salud, estamos obligados a conocer a fondo a nuestros usuarios y, de ese modo, detectar de forma precoz las situaciones o procesos que pueden alterar su máximo grado de bienestar.

El aspecto más importante a potenciar es la prevención, que se convierte así en un instrumento para identificar usuarios en riesgo y establecer factores de protección con el objetivo de efectuar las intervenciones necesarias.

Al tratarse de un concepto muy amplio, este apartado se dirige a los dos riesgos más comunes que sufren las personas en situación de dependencia que viven centros residenciales:

Caídas
Fuga del usuario

Estos riesgos tienen una especial relevancia ética ya que afectan directamente a la autonomía de los usuarios y atañen a todo el equipo que debe trabajar de forma coordinada para minimizar las consecuencias de la situación generada.

El tratamiento de una caída o de una fuga requiere un abordaje integral por lo que es necesario conocer los factores a considerar y la estrategia de actuación conjunta que se expone en este apartado.

Caídas

Las caídas suponen un elevado coste tanto a nivel físico, psicológico como social y tienen repercusiones muy importantes en la persona mayor, ya que, incluso evitando las lesiones serias, pueden provocar ansiedad y reducir la actividad física y social como consecuencia del denominado síndrome post-caída. Las caídas son un problema para los ancianos que causan daño en el 30% de las personas que las sufren.

Se define una caída como la llegada no intencional al suelo, sin ser resultado de un evento intrínseco (síncope o enfermedad vascular cerebral) o un riesgo agregado. Durante décadas las caídas se han considerado como un evento impredecible y, como consecuencia, no prevenible, pero actualmente la evaluación es más amplia y se considera que determinados tipos de caídas sí son evitables con los mecanismos adecuados.

Entre los ancianos institucionalizados más de la mitad de los residentes sufren una caída al año. Cada año, el 10% de los ancianos que sufren una caída tienen un daño serio que se traduce en secuelas de distinto tipo que exigen atención específica.

Se han identificado una serie de factores, clasificados en intrínsecos y extrínsecos, que pueden influir en el fenómeno de las caídas y que es necesario conocer para aplicar las medidas necesarias.

Entre los principales factores intrínsecos, cabe señalar:

Edad

Estado general de salud:
Reducción de movilidad, actividad física, antecedentes de caídas

Afecciones médicas:
Parkinson, demencia, artritis, incontinencia

Músculo esqueléticas/ neuromusculares:

Disminución de la fuerza en las extremidades, problemas en los pies (callosidades y deformidades), articulaciones dolorosas

Sensoriales: Baja visión, baja percepción

Marcha/ equilibrio: Anomalías de la marcha, balanceo postural, disminución del equilibrio dinámico, dificultad al levantarse de la silla.

Psicológicas/ cognitivas:
Desorientación, demencia, confusión, alteración de la memoria.

Tratamientos farmacológicos que producen disminución del estado de alerta, fatiga, mareo, hipotensión postural:
Psicotropos, sedantes, analgésicos, narcóticos, hipotensores, diuréticos...



Por lo que respecta a los factores extrínsecos, se pueden señalar los siguientes:

Estancias mal iluminadas, desordenadas y con obstáculos.

Falta de barandillas en escaleras y pasillos.

Alfombras y felpudos mal fijados

Cables y alargaderas sin fijar

Mobiliario en malas condiciones o inadecuado

Falta de pilotos nocturnos.

Ascensores con escalones.

Baños y WC sin asideros.

Timbre de llamada averiado o lejos del alcance del residente.

Vestido y calzado inadecuado.

Gafas sucias y falta de revisiones periódicas de la agudeza visual.

Falta de dispositivos de seguridad o en malas condiciones (barandillas, cinturones...).

Falta de medios de apoyo para andar o que no se ajustan a las necesidades del residente.

Sillas de ruedas sin frenar en las traslaciones.

Personal poco diestro en movilizaciones.

Ante una caída, es importante disponer de instrucciones concretas que permitan unificar los criterios de actuación. La capacidad de los equipos para responder ante situaciones complejas depende de su grado de organización y comunicación.

El conflicto ético puede surgir por la ausencia de acuerdo de los profesionales ante la actuación más beneficiante para el usuario o por las limitaciones estructurales de la acción. En cualquier caso, es preciso tomar decisiones en base a procedimientos claros que definan tanto los responsables como las acciones a llevar a cabo.

Medidas preventivas en caídas

Realizar una valoración clínica, social y psicológica del usuario.

Revisiones periódicas de los cambios en la deambulaci3n y el equilibrio de los residentes.

Promover un entorno seguro y facilitar las tareas de la vida diaria.

Enseñar al residente a identificar riesgos y a adoptar prácticas seguras.



La prevención de caídas requiere tomar medidas en dos niveles: a nivel primario realizando una valoración integral completa y a nivel secundario con actuaciones específicas y terapias personalizadas.

En un primer momento, el equipo asistencial debe valorar al usuario recogiendo su situación clínica, funcional, social y psicológica. Además, se debe establecer un plan de cuidados que tenga en cuenta los hábitos del paciente, los antecedentes de caídas, los déficits de visión y audición y el grado de ayuda y dispositivos que necesita.

A nivel secundario, los profesionales deben observar las actividades que realiza el residente y valorar periódicamente los cambios en la deambulaci3n, en el equilibrio y en los tratamientos farmacol3gicos prescritos, especialmente en aquellos que favorezcan la inestabilidad. Tambi3n se deben considerar las agudizaciones de su condici3n cl3nica y la evoluci3n de las enfermedades cr3nicas.

Es importante que todo el equipo siga las indicaciones m3dicas respecto a las medidas de apoyo (andadores, muletas, sillas de ruedas y bastones) y a las medidas de contenci3n o dispositivos de seguridad. Se debe trabajar coordinadamente para promover un entorno seguro y facilitar la realizaci3n de las tareas de la vida diaria, controlando el vestido y el calzado, dejando al alcance del residente todo lo que pueda necesitar.

La intervenci3n preventiva pasa por ense1ar al residente a identificar riesgos y a adoptar pr3cticas seguras, fomentando que no ande a oscuras y que utilice los timbres de llamada entre otros dispositivos tecnol3gicos.

Actuación ante una caída

El personal de enfermería debe valorar el estado del residente y las consecuencias.

Avisar al médico para realizar el diagnóstico de la lesión y establecer el tratamiento precoz de la misma.

Enfermería toma las constantes y recoge toda la información relevante sobre el episodio.

Se debe informar a la familia de lo sucedido y de las medidas adoptadas.

En caso necesario, se debe planificar la rehabilitación y en cualquier caso se reforzarán conductas adaptativas a nivel psicológico.



En el momento que se produce una caída, el personal de enfermería debe valorar el estado del residente y las consecuencias. Es importante que no se incorpore al residente si se sospecha fractura, pero si no hay peligro, se le puede acomodar. Tras la valoración inicial, se debe avisar al médico y estabilizar a la persona.

El médico realiza el diagnóstico de la lesión y establece el tratamiento precoz de la misma. En casos que lo requieran puede derivar al residente a urgencias si lo considera necesario.

Por su parte, enfermería toma las constantes y recoge toda la información relevante sobre el episodio, junto a la persona que ha detectado la caída, en el registro de caídas. Además, debe realizar una anotación en el curso clínico para que todos los profesionales tengan conocimiento de la situación y se puedan analizar posteriormente las causas y poner los medios necesarios para que no se repita.

Una vez coordinada la intervención, se debe informar a la familia, explicando lo sucedido y las medidas adoptadas. Además, resulta necesario proporcionarles toda la información y soporte que puedan necesitar posteriormente, ya que el entorno afectivo constituye un factor esencial en el proceso de recuperación de la persona mayor.

Posteriormente, en el caso de que se haya producido una lesión, se debe planificar la rehabilitación con el objetivo de que el usuario recupere, en la medida de lo posible, la situación funcional previa a la caída. La intervención a nivel psicológico para reforzar conductas adaptativas se debe realizar en cualquier caso, tanto si se han producido consecuencias físicas como sino.

Como reflexión, es importante señalar que existen diversos estudios y publicaciones que abordan las múltiples facetas del fenómeno de las caídas, pero la complejidad en la atención diaria radica en considerar

el componente personal y su influencia en la prevención y tratamiento. Este es un reto importante para todo el equipo asistencial ya que resulta complejo poder controlar todos los factores que intervienen en una caída.

Fuga de un usuario

El concepto de fuga hace referencia a la ausencia injustificada de un usuario del centro. Se entiende, por tanto, como un abandono inesperado del entorno habitual por parte de residentes con deterioro cognitivo o trastornos de conducta, cuya fuga podría suponer un peligro para ellos.

En caso de personas que puedan de autogobernarse, consideramos que no se puede hablar de fuga, ya que son personas autónomas que tienen libertad de movimiento.

Estas situaciones suelen generar una gran preocupación en el personal sanitario y no sanitario de los centros y, además, en casos concretos, desde el punto de vista legal, se podrían exigir responsabilidades al personal del centro por no haber cumplido su función de guarda y tutela.

Desde una perspectiva ética, existe cierto debate sobre derechos y deberes, tanto de residentes como de profesionales. En aquellos

casos en los que la integridad de las personas se pueda ver comprometida al estar fuera del centro sin acompañamiento, se debe aplicar el principio de no maleficencia, que tendría más relevancia que el de autonomía. Por tanto, para evitar un mal, se debería restringir la libertad del usuario, limitando su capacidad de acción. El profesional entonces tiene, no sólo el derecho, sino también el deber de proteger al usuario y prevenir cualquier situación potencialmente dañina, poniendo las medidas adecuadas y facilitando salidas supervisadas.

Como en el caso del riesgo de caídas, la prevención y la colaboración interna se convierten en estrategias útiles y necesarias.



Medidas preventivas en caso de fuga

Identificar los posibles puntos de fuga así como los residentes en riesgo.

Prestar máxima atención al cierre de puertas bajo llave, sobretodo en cocina y recepción.

Informar al personal, residentes autónomos sin trastorno psíquico y a los familiares y visitantes de las características del sistema automático de apertura y cierre de las puertas.



La prevención pasa por extremar las precauciones identificando los posibles puntos de fuga, así como los residentes en riesgo. Tanto los residentes como los puntos deben ser conocidos y controlados por el personal. La transmisión y actualización de esta información se debe producir de manera periódica, fluida y confidencial, bien sea en las reuniones interdisciplinarias o a través del sistema de información asistencial, para que los profesionales la tengan en cuenta y se mantenga la seguridad.

Es de gran importancia que los encargados de las llaves de las puertas de acceso y de salida de personas (sobre todo personal de cocina y recepción) sean conscientes del riesgo que conlleva una conducta poco responsable en cuanto al cierre de puertas bajo llave. Se debe formar e informar acerca de los motivos que llevan a estas personas a fugarse, las precauciones a tomar y las tareas de cada profesional en función de las características funcionales y estructurales del centro.

Así mismo, es fundamental la supervisión por parte de los auxiliares de enfermería de los residentes a su cargo en los diferentes sectores. Cualquier miembro del personal debe comunicar de manera inmediata al personal de enfermería la detección de las intenciones de fuga. Los residentes del área de demencias, los que estén pasando etapas propensas a la inestabilidad o los que hayan mostrado intenciones de huida nunca deben encontrarse sin supervisión.

Además, se debe informar al personal, a los residentes autónomos sin trastorno psíquico y a los familiares y visitantes de las características del sistema automático de apertura y cierre de puertas. El éxito de las medidas preventivas depende de la colaboración de todas las personas que se encuentran en el centro, sean o no trabajadores y de la vigilancia constante de los responsables.

Actuación en caso de fuga

Inspeccionar exhaustivamente el centro y las inmediaciones del mismo.

En caso de no localizarse al usuario, comunicárselo a las Fuerzas de Seguridad del Estado.

Informar a la familia del usuario, transmitiendo tranquilidad ante la situación.

Si la ausencia injustificada se prolonga durante más de 24 horas, se procederá a cursar la correspondiente denuncia formal ante las Fuerzas de Seguridad del Estado.



Al detectarse la ausencia de un residente, se debe organizar y coordinar su búsqueda inspeccionando exhaustivamente el interior del centro, así como las inmediaciones del mismo. El director del centro designará a los responsables de la búsqueda interior y exterior, definiendo la dirección que debe tomar cada uno.

En caso de no localizarse al usuario, el director del centro debe comunicárselo a las Fuerzas de Seguridad del Estado, facilitándoles los datos identificativos y descripción completa del usuario y, en su caso, información acerca de las patologías graves que padezca.

Tras poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente y a la mayor brevedad posible, se debe informar a la familia del usuario, explicándole las acciones llevadas a cabo y transmitiendo tranquilidad ante la situación.

Es fundamental que el trabajador social o el personal de enfermería

registren la fuga y las medidas tomadas en el curso clínico del usuario durante las primeras 24 horas.

Si la ausencia injustificada del usuario se prolonga durante más de un día, se procederá a cursar la correspondiente denuncia formal ante las Fuerzas de Seguridad del Estado o el Juzgado o los organismos competentes (Servicios Sociales o la Consejería) si se trata de una plaza pública.

Tal como se ha señalado, la fuga suelen protagonizarla personas con deterioro cognitivo declaradas incapaces o en proceso de incapacitación por motivos de enfermedad. En todas las situaciones se debe realizar un análisis de las causas y trabajar para minimizar las consecuencias personales cuando el usuario vuelva al centro.

5. Criterios éticos de la sujeción y de la contención

En las últimas décadas ha existido una considerable preocupación por lograr que en los centros de personas mayores disminuya la utilización de sujeciones físicas y químicas. Aunque sea una práctica común, las inmovilizaciones deben ser utilizadas tan infrecuentemente como sea posible y con las técnicas menos restrictivas disponibles. En el caso de que se usen, deben ser aplicadas de forma personalizada, involucrando tanto al usuario como a su familia.

La autonomía del residente es, sin duda, un valor a preservar por todos los medios, pero su primacía descansa sobre dos premisas básicas: que el usuario esté capacitado para conducir su propia vida y que su conducta no sea dañina para sí mismo o terceros.

En caso de que existan hechos claros que demuestren el no cumplimiento de estas premisas, la no maleficencia se priorizaría sobre la autonomía. Este sería el sustrato ético que permitiría considerar la sujeción como un instrumento terapéutico aceptable, siempre que la prescripción se realice para evitar consecuencias más negativas para la persona.

Definiciones

Es interesante definir en primer lugar qué entendemos por sujeción o contención, puesto que existe una gran variabilidad terminológica y conceptual según el tipo de documento oficial o protocolo consultado. En la presente guía se entienden del siguiente modo:

Contención

Freno o limitación de un movimiento o impulso:

Institucional: impedir salidas, normas, horarios.

Ambiental: unidades especiales (sectorización), verjas, barandillas, etc....

Psicológica: órdenes, situaciones de superioridad, medidas de persuasión.

Sujeción mecánica

Método manual o aparato, equipos o materiales físicos o mecánicos que se ajustan al cuerpo de la persona, y de los que no puede deshacerse con facilidad, limitando la libertad de movimientos o el acceso normal a su cuerpo.

Sujeción química

El uso de medicamentos psicoactivos, ya sean sedantes o tranquilizantes, para mejorar o controlar una conducta supuestamente molesta o de riesgo, que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado.

En general, se refiere a la administración de esos medicamentos para afrontar un problema para el que, en muchas ocasiones, no existe un tratamiento mejor. Es muy probable que las personas a las que se les aplican sujeciones químicas acaben sometidas a sujeciones físicas.



Efectos adversos

En cuanto a los efectos adversos que pueden derivarse de la aplicación de restricciones físicas, debemos señalar las lesiones directas, causadas por la presión externa del sistema de sujeción: laceraciones, hematomas, lesiones en plexos nerviosos, lesiones isquémicas y estrangulamiento (que en ocasiones puede conducir a la asfixia y a la muerte).

El uso de sujeciones físicas y químicas en centros de personas mayores se ha asociado al declive del comportamiento social, cognición y movilidad, con aislamiento, disminución de la autoestima, depresión, aumento de la desorientación y deterioro cognitivo, desarrollo de úlceras por presión, atrofia muscular, incontinencia urinaria y fecal e infecciones, entre otros.

Como conclusión y considerando las implicaciones éticas y legales que acompañan a la aplicación de este tipo de medidas (pérdida de autonomía, de libertad) entendemos que hay que plantearse un uso restringido, humanizado y

acorde a los conocimientos actuales, exigiendo el esfuerzo y compromiso de todos los agentes implicados: gestores de los centros, profesionales de atención directa, familiares y usuarios.

Es, por todo ello, que la introducción de programas formativos para los profesionales, la información sobre las consecuencias negativas derivadas de su uso y el conocimiento de medidas alternativas son puntos clave para aumentar las garantías sanitarias de la intervención, disminuir su prevalencia y asegurar el respeto a los derechos de las personas mayores.

Indicaciones

El principal grupo susceptible de tener prescrito este tipo de sujeciones lo constituyen las personas mayores con demencia o elevado grado de dependencia.

Las razones esgrimidas para la utilización de estas medidas suelen ser, entre otras: prevención de caídas, control de la agitación y otras alteraciones conductuales que puedan causar daño a terceros, mantenimiento de una terapia, protección de instrumentos, prevención de conductas de riesgo por vagabundeo y ayudar a mantener la correcta posición anatómica del cuerpo.

Las sujeciones físicas y químicas deberían ser aplicadas si:

No existe otra medida alternativa que pueda solucionar el problema.

Sólo en caso de conductas o situaciones que representen una amenaza para la integridad física del propio usuario o de otros.

Para prevenir autolesiones o lesiones a otras personas.

Protección de programas terapéuticos propios o ajenos (arranque de vías, sondas, catéteres...).

Cuadros de agitación psicomotora no controlable por otros procedimientos terapéuticos.

Contraindicaciones

En ningún caso se utilizará como castigo ante una trasgresión o conducta molesta, por conveniencia del personal o de otros usuarios, ni como sustitutivo de vigilancia.

Además está contraindicada, con carácter general, si no existe indicación explícita, si existen abordajes alternativos de eficacia similar, en caso de orden expresa del facultativo de no aplicación de esta medida y siempre que se desconozca el estado general de salud del usuario.



Medidas alternativas y aspectos relevantes previos

Una adecuada valoración geriátrica, que posibilite el correcto tratamiento de la patología que presente el paciente, puede disminuir la necesidad de uso de sujeciones o acortar, al menos, el periodo en el que se va a mantener la medida.

para esa persona dentro del centro, revisión y modificación (si es preciso) de su medicación, optimización de recursos humanos e implicación de las familias.

Por ello, es necesario realizar una evaluación exhaustiva con el objetivo de conocer sus antecedentes médicos, tratamiento habitual, existencia de patología aguda, realizar los ajustes de tratamientos que fuesen necesarios e intervenir sobre aquellos aspectos modificables que pudieran estar relacionados, solicitando la implicación de todo el equipo interdisciplinar.

Se deben intentar medidas alternativas, como el abordaje o contención verbal para desactivar situaciones de agitación, reducción de estímulos provocadores de respuestas violentas, cambios en el entorno, en el mobiliario, búsqueda de la ubicación más adecuada y segura

Procedimiento

Residente	Profesional del área (auxiliar, enfermería y médico)	Equipo interdisciplinar Decisión conjunta
Riesgo	Medidas alternativas	Tipo sujeción (sistema adecuado y homologado)
Conducta	Cuidados especiales derivados	Situación
Tratamientos		Cuidados especiales derivados
		Información usuario/ familia: consentimiento informado
		Registro sistema de información asistencial GCR (curso clínico, plan de cuidados, reg. inmovilizaciones)
		Revisar causas
		Continuidad o retirada sujeción



Detección de situaciones de riesgo o factores predisponentes:

Déficits sensoriales.

Fármacos (ansiolíticos, antidepresivos, neurolépticos).

Situación psíquica (demencia, delirium, depresión).

Alteraciones de la marcha, riesgo de caídas.

Problema de conducta.

Necesidades psicosociales no satisfechas.

Tratamientos (sondas, cuidados de heridas, medicación i.v., oxigenoterapia).

Si existen factores de riesgo susceptibles de corrección, instaurar las acciones y/o programas preventivos específicos.

Si no han funcionado las medidas preventivas implantadas anteriormente, existe indicación específica de sujeción y la prescripción médica por escrito (salvo situaciones urgentes por ausencia del facultativo), se pondrá en marcha la medida más oportuna según el caso, teniendo en cuenta diversos aspectos:

Selección de la medida de sujeción normalizada más adecuada por parte del médico con el apoyo del equipo interdisciplinar del centro, aplicándola según instrucciones y recomendaciones establecidas de forma individualizada (horarios, cuidados especiales derivados).

Información inmediata al usuario, tutores, familiares o personas de referencia autorizadas para solicitar consentimiento informado por escrito. Éstos recibirán una copia del documento implementado desde el sistema de información asistencial GCR. Explicar siempre al paciente (si su nivel cognitivo lo permite) de forma empática la medida que se va a adoptar y el por qué de la misma.

En el caso de carecer del consentimiento escrito por parte del usuario, tutores, familiares o personas de referencia autorizadas, si el personal asistencial estima imprescindible el uso de la sujeción por los riesgos previstos, se procederá a poner en conocimiento del Juez la

intervención realizada o a derivar el caso a los Servicios de Salud Mental correspondientes si fuese necesario.

Toda esta información debe quedar reflejada lo antes posible en el curso clínico del paciente, en su plan de cuidados y en el registro específico habilitado en el sistema de información asistencial GCR para este tipo de medidas.

Mantener la sujeción el menor tiempo posible, siendo reevaluada por el médico (con el apoyo del equipo interdisciplinar) convenientemente a la semana de su aplicación y obligatoriamente coincidiendo con la valoración periódica del usuario. Así mismo, en el necesario control y seguimiento de la medida se debe registrar en el curso clínico la siguiente información: la evolución, incidencias, tolerancia, eficacia y sucesivas revisiones, con la decisión de continuidad o retirada de la sujeción.

Cuidados derivados

Se deberá respetar la dignidad de la persona mayor en todo momento, preservando su intimidad. Para disminuir el riesgo de lesiones, el personal deberá estar formado y entrenado en el uso correcto de los mecanismos de sujeción, el material utilizado debe estar homologado por la legislación vigente y nos aseguraremos de su uso correcto, de acuerdo con las instrucciones del fabricante.

En el caso de las sujeciones químicas, prestaremos especial atención a sus posibles efectos adversos (sería interesante que los auxiliares estuviesen adiestrados ante posibles signos de sospecha) y en el momento en que sea posible serán retiradas. Como regla general, los tratamientos farmacológicos deben ser revisados al menos una vez al mes por el médico.

Además se adoptarán los cuidados necesarios para evitar posibles consecuencias negativas derivadas de la aplicación de medidas de restricción física:

El auxiliar responsable en cada turno debe encargarse de almohadillar y revisar las sujeciones, comprobando el estado de la piel y/o posibles lesiones, que en el caso de producirse comunicará a la enfermera.

Realizar igualmente los cambios posturales programados por enfermería (plan de cuidados).

Facilitar también periodos de movilidad y/o ejercicio siempre que se estime necesario.

Ayudar al usuario en su higiene personal.

Acompañarle al cuarto de baño, proporcionarle cuña u orinal, o cambiar pañales de incontinencia con la frecuencia necesaria.

Regular y controlar la temperatura de la habitación en la medida de lo posible.

Ofrecer alimentos y líquidos.

Retirar todos los objetos peligrosos de su entorno.

Supervisión frecuente por parte de enfermería: durante los primeros días de aplicación de la medida, esta supervisión será más estrecha, atendiendo al estado físico y psíquico de la persona.

Intervención psicológica en el caso de que se considere necesario (síntomas depresivos, ansiedad, disminución de la autoestima).

En todos los casos deberá constar registro escrito (curso clínico) de la realización y resultado de estos controles y revisiones.

Revisión en primera consulta y convenientemente en la primera semana de la indicación por parte del médico, quedando constancia escrita de la misma en el registro habilitado a tal efecto (sistema de información asistencial GCR).

Si es posible, implicar al usuario y/o a la familia en su plan de cuidados con el objeto de minimizar y/o retirar la restricción física.



Entorno afectivo

Es importante que la decisión de aplicar la sujeción sea consensuada por el equipo interdisciplinar, una vez comprobado que está indicada y que no se disponen de otras medidas alternativas. Esta información se ha de comunicar al entorno afectivo. En concreto, se debe informar de los motivos por los que se decide adoptar la medida, el plazo previsto para su uso, las medidas alternativas adoptadas, los posibles efectos negativos que se puedan dar en su familiar y el seguimiento a realizar por parte del equipo interdisciplinar.

Establecer una buena relación de comunicación entre el equipo profesional del centro y el entorno familiar y/o afectivo del mayor facilita la aplicación de este tipo de medidas cuando se consideran necesarias. La aceptación del entorno afectivo muchas veces depende de la información de que dispongan al respecto.

Resulta relevante señalar que la decisión del equipo es la que prevalece en este tipo de situaciones, cuando la evidencia clínica aconseja la prescripción.

Conclusiones

Según los expertos, en muchos centros donde se cuida a personas mayores en España se produce un elevado uso de sujeciones, tanto físicas como químicas. Existen contundentes evidencias de que la utilización con personas mayores de determinadas sujeciones es poco recomendable por los efectos negativos que comportan.

Por todo ello es preciso dirigir nuestros esfuerzos hacia el uso estrictamente necesario y responsable de las sujeciones, para lo cual se requiere información, formación y recursos. Hacia ello apuntan los últimos estudios sobre este tema en el ámbito residencial, que subrayan el beneficio de programas formativos (tipos de sujeciones, los riesgos asociados y la forma de evitarlos), junto al conocimiento de alternativas a la sujeción y un cambio de actitud por parte de los profesionales dirigido hacia un uso racional, que permita reducir con seguridad la utilización de estas medidas en nuestros centros.

Pueden existir situaciones de gran complejidad que no estén contempladas en este protocolo de actuación. En tales casos, los profesionales disponen del Comité de Ética Asistencial para formular sus consultas y obtendrán confidencialmente el pertinente asesoramiento.

6. La gestión de las Voluntades Anticipadas

El escrupuloso respeto a la autonomía ética del usuario es uno de los criterios básicos que regulan la actividad en el seno de nuestros centros. Para hacer efectivo tal derecho, no basta con escuchar adecuadamente al usuario, informarle oportunamente y presentarle las distintas alternativas que tiene en el caso de existir varias, sino que además se deben gestionar correctamente las voluntades anticipadas del mismo a partir de lo que se conoce como Documento de Voluntades Anticipadas (DVA). Para ello es esencial hacer pedagogía del mismo y darlo a conocer a todos los usuarios y a sus entornos afectivos.

Constatamos que, en términos generales, dicho documento es escasamente conocido en el mundo socio sanitario y, sin

embargo, cuando está bien empleado, es una expresión de la autonomía del usuario y garantiza su derecho a tomar decisiones especialmente en aquellas circunstancias donde no es posible por alguna razón.

Para poder dar una visión integrada de los requisitos que se solicitan en las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA) sobre el DVA, se ha realizado una revisión de la normativa desarrollada en cada una de ellas tomando como base la Ley General de Sanidad que de forma explícita presenta la necesidad de abordarlo.

En esta revisión se ha podido comprobar que las CCAA están en diferentes momentos del proceso de implantación del DVA. Hallamos desde una legislación muy completa,

hasta una breve descripción en la Ley de sanidad de la propia comunidad. En la actualidad, no todas las CCAA tienen Registro de Voluntades Anticipadas. Por lo que, a pesar de no quedar registradas legalmente, pueden quedar formalizadas e inscritas provisionalmente en el Registro nacional de instrucciones previas.

El objetivo de este apartado es facilitar a los profesionales que colaboran en nuestros centros la información básica que deben conocer para poder informar bien a sus usuarios cuando les recomienden hacer un Documento de Voluntades Anticipadas.

¿Qué es un Documento de Voluntades Anticipadas (DVA)?

Es una manifestación escrita mediante la cual quedan registradas las instrucciones deseadas y a respetar en lo referente a cuidados, medios terapéuticos y personas autorizadas a decidir sobre ellos, para cuando la persona que lo firma y autoriza (otorgante) se encuentre en una situación vulnerable en la que no pueda expresar personalmente su voluntad o esté incapacitado para la toma de decisiones. En alguna Comunidad Autónoma se denomina Documento de Instrucciones Previas.

La base de un DVA, también se encuentra en el respeto y promoción de la autonomía del paciente. Se trata de una fórmula delegada para continuar ejerciendo el derecho a ser considerado con los propios valores, asegurando que este respeto se mantendrá cuando se presente una situación de vulnerabilidad.

El objetivo de registrarlo es doble: recopilar y custodiar los documentos de voluntades, y posibilitar su acceso a los

profesionales de la salud.

El DVA prevalecerá sobre la opinión y las indicaciones de los familiares o allegados o, en su caso, el representante designado por el autor de la declaración y por los profesionales que participen en su atención sanitaria. Es conveniente releer el documento cada cierto tiempo para ver si se está de acuerdo con lo escrito. En caso contrario se deberá modificar según los nuevos deseos del otorgante.



Contenido del DVA

Valores y las expectativas personales del usuario	Situaciones de salud concretas	Instrucciones y límites de la actuación médica
La expresión de sus objetivos vitales y la calidad de vida esperada. Podrá recoger igualmente las indicaciones éticas, morales o religiosas que expresen estos objetivos y valores personales para que orienten a los profesionales en la toma de decisiones clínicas.	Las situaciones en las que el otorgante quiere que se tengan en cuenta las instrucciones otorgadas. Las instrucciones pueden referirse tanto a una enfermedad o lesión que la persona otorgante ya padezca como a las que eventualmente pueda sufrir en un futuro.	Ante decisiones previstas, especialmente cuando se tiene información de probabilidades evolutivas: Los tratamientos a los que desea o no someterse, siempre que no sean desproporcionados en su aplicación o en relación a su previsible resultado. La voluntad contraria a recibir soporte vital. La voluntad contraria a que se prolongue temporal y artificialmente la vida cuando no se espere ningún resultado aceptable para los objetivos del otorgante. El deseo sobre la utilización de procedimientos de sedación y analgesia necesarios para paliar el dolor y el sufrimiento.
Instrucciones sobre el destino de su cuerpo	La designación de uno o varios representantes	
Las instrucciones específicas sobre el destino de su cuerpo y otras consideraciones como la donación de órganos etc., de acuerdo con la legislación general.	Interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario. Conviene que no sea ninguno de los testigos, ni el médico o personal sanitario responsables o con alguna vinculación. Este representante será quién otorgue el consentimiento informado cuando proceda.	

Validación del DVA

La validación del DVA garantiza la identidad del otorgante, su capacidad, el conocimiento de su contenido y que éste se corresponde con su voluntad.

Para ello, la persona ha de ser mayor de edad, actuar libremente sin coacción ni influencia externa. Así mismo, el representante ha de estar plenamente identificado y ha de haber expresado su aceptación de serlo. Ha de ser mayor de edad y en plena capacidad de obrar.

No se tendrán en cuenta las decisiones que vulneren el ordenamiento jurídico o no se correspondan con el supuesto de hecho que se hubiera previsto al otorgarlas.

La modificación de un documento de voluntades anticipadas consiste en alterar parcialmente el contenido de éste sin privarle de efectos.

La sustitución de un Documento de Voluntades Anticipadas consiste en privar a éste de efectos otorgando uno nuevo en su lugar. La revocación del mismo consiste en privar a éste de efectos sin otorgar uno nuevo en su lugar.



Procedimiento de validación

El DVA se formalizará por escrito mediante uno de los siguientes procedimientos:

DVA ante notario

El notario garantiza con su fe pública y bajo su responsabilidad, la capacidad del otorgante, que ha estado debidamente informado del contenido del documento, que se corresponde con su voluntad, que el contenido no ha sido alterado y que será objeto de custodia.

En documento privado ante tres testigos

Los testigos firmarán el documento en presencia del otorgante, serán aportados por éste y tienen que asegurarse bajo su responsabilidad de la identidad del otorgante, de que ha estado debidamente informado del contenido del documento, de que se corresponde con su voluntad y que el contenido no ha sido alterado.

Los testigos serán mayores de edad y deben tener plena capacidad de obrar y, como mínimo, dos de ellos no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado, ni estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante.

Si la CCAA cuenta con registro de DVA se podrá formalizar ante un funcionario del registro

Deberá acreditarse la identidad del otorgante y aportar el formulario de DVA que corresponda.

El DVA debe dirigirse a:

(En este apartado hay diferencias entre las CCAA):

La persona que hace el DVA o, en caso de incapacidad, un familiar o representante, es quien tiene que llevarlo al médico responsable. También se puede solicitar al centro sanitario donde se atiende al paciente para que el DVA incluya en su historia clínica.

En algunas CCAA los centros sanitarios y socio sanitario o las residencias para mayores públicas

o concertadas deben informar a los ingresados y residentes sobre su derecho a la emisión del DVA y sobre la forma de ejercerlo.

Es obligación del personal del centro asistencial comprobar en el Registro la existencia y vigencia de las manifestaciones otorgadas.



Registro del DVA

El DVA deberá ser entregado a una de las siguientes dependencias administrativas:

- a. En el Registro de Voluntades Anticipadas cuando lo haya.
- b. En el centro Sanitario donde está siendo atendido. En este supuesto se dará traslado del DVA cuando así lo solicite el otorgante y, en su caso, este documento deberá incorporarse a su historia clínica.

Cuando el DVA se haya autorizado notarialmente se tiene que presentar en el Registro una copia autenticada con la solicitud de inscripción correspondiente. Cuando haya sido otorgado sólo ante testigos, junto al DVA y la solicitud de inscripción, se adjuntarán los DNI correspondientes de otorgante y testigos.

La declaración de voluntad vital anticipada una vez inscrita en el Registro, será eficaz, de acuerdo con lo establecido en el ordenamiento jurídico, cuando sobrevengan las situaciones previstas en ellas y en tanto se mantengan las mismas.

Las funciones del registro:

Inscribir el otorgamiento, la modificación, la sustitución y la revocación de los documentos de voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.

Custodiar los documentos inscritos.

Facilitar el conocimiento de la existencia de los documentos de voluntades anticipadas al personal de los centros sanitarios que atiendan a las personas otorgantes de los mismos.

Transmitir al personal médico que atienda a la persona otorgante de un documento de voluntades anticipadas el contenido de éste.

Al DVA tendrán acceso la persona otorgante, el representante que conste en el documento registrado o el representante legal y los profesionales sanitarios que presten asistencia al otorgante.

Recomendaciones finales

Los profesionales sanitarios deben ver los Documentos de Voluntades Anticipadas (DVA) como una expresión de la autonomía del usuario y considerarlo como una ayuda en el proceso de planificación de cuidados. Conviene recordar que una buena práctica clínica implica también el respeto a la voluntad del enfermo y que es el propio enfermo el mejor interlocutor, tenga o no formalizado un DVA, excepto cuando la situación de su estado de salud le incapacite para tomar decisiones. Hay que tener en cuenta que, en general, para los pacientes lo más relevante es conocer:

Su estado de salud, el previsible curso de su enfermedad y las posibles complicaciones en el futuro.

Las opciones terapéuticas, incluyendo los tratamientos de soporte vital, y las posibilidades de supervivencia y recuperación con cada uno de ellos.

Las consecuencias de las decisiones en su entorno.

En relación con los DVA, los profesionales están obligados a:

Aceptar estos documentos.

Tenerlos en cuenta en el momento de tomar las decisiones terapéuticas.

Razonar por escrito en la historia clínica la decisión final y, en el caso de no actuar conforme a lo indicado en el DVA, los motivos que llevaron a tal decisión.

Los puntos clave a recordar son:

Un DVA implica un proceso de deliberación entre paciente y profesional.

El DVA será más útil si se incluye en la cotidianidad de la relación clínica.

El DVA está regulado por ley.

El DVA se aplica sólo cuando la persona no es capaz.

Los límites que la ley señala respecto a la aplicación de los DVA son los siguientes: que la voluntad expresada por el paciente implique una acción contra el ordenamiento jurídico vigente; que las intervenciones médicas que el paciente desea recibir estén contraindicadas para su enfermedad, que la situación clínica no sea la prevista y no se corresponda con los supuestos previstos por la persona otorgante al firmar el documento, es decir, cuando la situación que se anticipa en el documento sea distinta de la que se presenta en la realidad.

Los problemas éticos que se susciten a la hora de gestionar el DVA pueden derivarse, si el profesional o el equipo asistencial lo consideran oportuno, al Comité de Ética Asistencial, para que dicte su pertinente asesoramiento que no tendrá carácter vinculante, pero les orientará en su toma de decisiones.



7. Bibliografía

Bibliografía

Alarcón, T. (2001) *"Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI ¿Necesidad o falta de formación?"*, Rev. Esp. Geriatr. Gerontol, 36: 46-50.

Amador, M. y cols. (2003) *Protocolo de contención mecánica de movimientos. Grupo de trabajo de Contención Mecánica. Hospital universitario 12 de Octubre.*

Andrés, A. (2008) *"La buena aplicación de medidas de restricción física en residencias de personas mayores"*, SEMER, 7(5): 54-55.

Andrés, A., González, S., Niño, M., Santamaría, J.L., Villalonga, J.M. (2006) *Manual para la aplicación y buen uso de medidas de restricción física en Residencias de Personas mayores.* Ed. ICOMBI.

Bhuyan, N. (2007) *"The Role of Character in Ethical Decision-Making"*, The Journal of Value Inquiry, 41: 45-57.

Burgueño, A.A. y cols. (2005) *Guía para personas mayores y familiares - Uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer.* Ed. Fundación Iberdrola y CEOMA.

Cano, A. (2005) *"Sujeciones mecánicas -1ª Parte: Uso en Unidades de Agudos y Residencias"*, Enfermería Clínica 15(3): 187-8.

Cano, A. (2005) *"Sujeciones mecánicas -2ª Parte: Disminución del Uso en Unidades de Agudos y Residencias"*. Enfermería Clínica 15(4): 242-243

Carpenito, L.J. (2000) *Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería.* Ed. Interamericana McGraw-Hill.

Carrasco García, M.R. *La problemática del anciano. Actualidad en Geriatria.* Serie información temática (1)

Chamorro, L. (2004) *Guía de manejo de trastornos mentales y del comportamiento en Asistencia Primaria.* Barcelona: Ars Medica. Psiquiatría Editores.

Coughlan, R. (2005) *"Codes, Values and Justificacions in the Ethical Decision-Making Process"*, Journal of Business Ethics, 59: 45-53.

Decreto 100/2003, de 6 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y el funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas. Boletín Oficial de Aragón número 64, pág. 6.438

Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial Comunidad de Madrid número 283, pág. 37

Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente Registro. Boletín Oficial de Canarias número 43, pág. 4.296

Decreto 139/2004, de 5 de diciembre, por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria. Boletín Oficial de Cantabria número 248, pág. 12.419

Decreto 15/2006, de 21 de febrero, de Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla la Mancha. Diario Oficial de Castilla Mancha número 42, pág. 4.429

Decreto 168/2004, de 10 de septiembre, del Consell de la Generalitat, por el que se regula el Documento de Voluntades Anticipadas y se crea el Registro Centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana. Diario Oficial de la Generalitat Valenciana número 4.846, pág. 23.375

Decreto 175/2002, de 25 de junio, por el que se regula el Registro de Voluntades Anticipadas. Diario Oficial de la Generalitat de Cataluña número 3665, pág. 11.616

Decreto 238/2004, de 18 de mayo, por el que se regula el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. Boletín Oficial Junta de Andalucía número 104, pág. 12.259

Decreto 270/2003, de 4 de noviembre, por el que se crea y regula el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas. Boletín Oficial del País Vasco número 233, pág. 23.021



Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro. Boletín Oficial de la Región de Murcia número 164, pág. 17253

Espinosa, A., Romero, J. (1990) "Temas de Geronto-Geriatria", Revista Finlay 3(1):15-26

Farieta, A.(2008) "Investigar y deliberar en la filosofía aristotélica", Ideas y Valores, 37: 75-92.

Felsón, D.T. "Prevención de las fracturas de cadera", Hospital Practice 4 (2):25-39.

Flórez Tascón, F.J., López Ibor, J.M. (1996) *Saber envejecer*. Ed. Planeta de Agostini.

Hink, S. (1993) "Sujeciones físicas, opciones menos agresivas", Nursing 2: 60.

Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Boletín Oficial del Estado (Comunidad Autónoma de Galicia) número 158, pág. 23.537

Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio a formular Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente. Boletín Oficial del Estado (Comunidad de Madrid) número 269, pág. 36.755

Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente. Boletín Oficial del Estado (Comunidad Autónoma de Extremadura) número 186, pág. 27.513

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. Boletín Oficial de Estado 274, pág. 40.126

Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. Boletín Oficial Junta de Andalucía número 210, pág. 22.728

Ley 9/2005, de 30 de septiembre, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad. Boletín Oficial del Estado (Comunidad de la Rioja) número 252, pág. 34.392

Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. Boletín Oficial de Navarra 58, pág. 4.224

López, J.A., *Sujeciones en Residencias. Residencia de Personas Mayores de Alcorcón.* www.semer.es/docs/SEC-MON-sujeciones.pdf. Descargado en mayo 2009

Nursing Photobook (1985) *Cuidados Geriátricos en enfermería.* Barcelona: Doyma.

Pedersen, M. (1990) "Porque no utilizar sujeciones puede significar una buena práctica", Nursing 5: 40-45.

Ramos, J.A. (1999) *Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento.* Ed. MASSON.

Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. Boletín Oficial del Estado, número 40, pág. 6.591

Residencia de Personas Mayores Reina Sofía (2005) "Protocolo de prevención y uso de sujeciones".

Ribera Casado, J.M. Verga, G. (1991) *Enfermería Geriátrica.* Madrid: Idepsa

Ribera Casado, J.M., Cruz, A.J. (1991) *Geriatria. Formación Continuada en Atención Primaria.* Madrid: Idepsa

Salgado, A. Guillen, F. Díaz, L. (Eds.) (1986) *Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica.* Ed. Salvat

Schultz, J.M. y Dark S.L. (1984) *Enfermería psiquiátrica. Planes de cuidados.* México: Ed. Nueva Interamericana S.A.D.F

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2001) *Cuidados paliativos en las personas mayores.*

Urrutia, A. (2008) "Programa en Torrezuri sin ataduras". *Residencia y Centro de Día Torrezuri (Gernika-Vizcaya)* Descargado en abril 2009 de www.torrezuri.com.



Aribau, 185 entlo. 08021 Barcelona. Tel. 93 306 53 60.
Paseo de la Castellana, 52 2ª planta. 28046 Madrid. Tel. 91 330 63 00
www.sarquavitae.es