

PROTOCOLO

RESTRICCIONES FÍSICAS DE LA SOCIEDAD CASTELLANO MANCHEGA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

-Fecha de elaboración del protocolo:
Abril 2023

-Autores:

Sergio Salmerón Ríos, Geriatra Resistencia Asistida San Vicente de Paúl (Albacete)
Inmaculada García Noguerras, Geriatra Resistencia Asistida San Vicente de Paúl (Albacete)
Francisco Cebrián Picazo. Enfermería Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Hellín (Albacete)

Con el aval científico de la



-Introducción:

Diversos estudios han puesto de manifiesto las consecuencias negativas de las restricciones físicas o sujeciones, como la pérdida de masa ósea y de capacidad funcional, pero en determinados casos de alteración conductual grave se deben de aplicar como medida de protección de la vida, la salud, la integridad física, la prevención de caídas y lesiones del propio residente o de terceros. Pero el recurso de la contención no debe ser la única vía para lograr el objetivo del control, protección y seguridad de la persona, si no que debemos buscar alternativas más respetuosas con la dignidad humana y la singularidad de cada individuo y con la salud, incorporando conceptos como el de “trato” (pacto de cuidados que no solo considera la salud o el riesgo de la persona, sino también la autonomía y las preferencias individuales como un bien a proteger) y el del “buen cuidado” (no solo eliminar el riesgo y peligrosidad, sino cuidar con el mayor respeto, conllevando el cierto grado de riesgo y necesitando de apoyarse en protocolos que apoyen a la contención) a nuestra práctica clínica habitual. Es por ello necesario la creación y difusión de este protocolo de restricciones físicas, incluyendo la Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad.

Este protocolo ha sido revisado por el Comité de Ética Asistencial de Albacete y por la Sociedad Castellano-Manchega de Geriatria y Gerontología.

-Definición:

Conjunto de actuaciones que tienen como finalidad aplicar aquellas medidas terapéuticas necesarias y de carácter excepcional, mediante el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de una persona usuaria.

-Objetivos:

Las sujeciones tienen el objetivo no maleficiente de prevenir situaciones que representen una amenaza contra la integridad de la propia persona usuaria, terceras personas y/o del entorno, aunque siempre evitando caer en el excesivo proteccionismo. Garantizar el cumplimiento de medidas terapéuticas externas establecidas, como sondas, vías, catéteres, oxigenoterapia, etc.

-Ámbito de aplicación:

El protocolo está dirigido a todas las personas usuarias de centros sociosanitarios, que de manera excepcional precisan de sujeción terapéutica o restricción de movimientos, a sus familias, así como a todo el personal que interviene en las actuaciones.

-Población diana:

Los residentes con riesgo alto de autolesiones o lesiones a terceros. Se registrarán el programa informático de gestión que se utiliza en la residencia o, en su defecto, en el historial clínico físico.

-Personal que interviene:

Médico, enfermería y auxiliares de enfermería.

-Legislación:

Para la elaboración del presente protocolo se ha cumplido con la legislación vigente, tanto estatal como autonómica:

- Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad.
- 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.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha.
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

-Material:

Entre las medidas de sujeción están: cinturones de sujeción con velcro a la silla, cinturones pélvicos, cinturones de doble fijación (con imanes), cinturones de cama, sábanas fantasmas, nana, muñequeras, tobilleras, barras laterales en las camas (barandillas). Los catálogos de dispositivos, así como sus instrucciones, se encuentran en el Anexo 3.

-Procedimiento:

Cuando el riesgo de lesiones al propio residente o a terceros es detectado por cuidadores del Centro, familiares, profesionales o cualquier otra persona, lo pondrá en conocimiento del personal médico o de enfermería, bien de forma inmediata (en el momento en que se desencadene la agitación psicomotriz), o bien, si no es urgente, en la consulta diaria.

El médico o enfermera siempre informará a la familia de la práctica de la sujeción, de su finalidad, de sus implicaciones, de su temporalidad y de cualquier otro aspecto relevante, quienes deberán firmar el Consentimiento Informado de Prescripción de Sujeciones (Anexo 1) tras la lectura de la Hoja de información del Consentimiento Informado (Anexo 2) la cual se les será entregada para que la conserven. Si la persona usuaria cuenta con modificación de su capacidad de obrar, será su tutor legal quien debe firmarla. Su pauta siempre se realizará con respeto a la legalidad vigente y siguiendo los deseos que el residente haya expresado en su Documento de voluntades Anticipadas. En el Consentimiento Informado también se rellenarán las medidas previas a las sujeciones físicas o farmacológicas, cumplimentando dicha información en el seguimiento de enfermería y médicos de su historia clínica, incluyendo: medidas aplicadas y durante cuánto tiempo, reacción del residente a dichas medidas, tiempo transcurrido desde que se dejaron de aplicar y, en caso

de no aplicarse, motivo por el que no se aplicaron.

Escenarios posibles:

1. Caso de detección de riesgo no urgente:

En el caso de que se detecte un riesgo potencial para el residente no urgente, pues no supone una amenaza para él o para terceros inmediata, pero si potencial, se comunicará a enfermería o al equipo médico. Ejemplos de este escenario no urgente serían trastornos conductuales no severos, caída única desde la silla o cama, manipulación de contenido fecal en la cama o retirada ocasional de oxigenoterapia a bajo flujo.

- a. El equipo médico y/o de enfermería estudiarán el caso, determinarán su gravedad o importancia, y prescribirán sujeciones físicas, mecánicas o farmacológicas regularmente pautadas (prescripción médica, administración diaria, en horario regular) o de rescate (en caso de que surja un episodio irruptivo).
- b. Las sujeciones se prescriben de forma puntual, no continua, con una finalidad y forma de aplicación muy concreta y adaptada a cada caso. Antes se intentarán modificaciones ambientales (dotación de personal acorde a las necesidades, actuaciones sobre ruido e iluminación, etc.) y estructurales que se registrarán en su historia clínica, con el objetivo de evitar en lo posible el inicio de las sujeciones.
- c. Únicamente los médicos adscritos al Centro están autorizados para firmar la prescripción de sujeciones físicas o de contención farmacológica (en pacientes con diagnósticos psiquiátricos o con demencia, en caso de no presentar dichas patologías se especificará el motivo médico por el que se pautan). En el caso de que el Centro no disponga de médico propio o no este disponible, será su médico de familia el que pueda autorizarlo.
- d. Enfermería aplicará las medicaciones de rescate pautadas en el tratamiento individualizado, si a su criterio, y en horarios en los que no se encuentre el médico en el Centro, hiciera su aparición un episodio irruptivo de agitación. En caso de delirium se seguirá el protocolo de delirium del centro. Asimismo, si a su criterio, los enfermeros de turno estimaran, ateniéndose a los criterios del principio de beneficencia antes citado, que es necesario aplicar un método de sujeción mecánica, lo podrán hacer, poniéndolo en conocimiento de los médicos en su primer horario laborable. Esta información queda registrada en su historia clínica.

2. Caso de grave agitación psicomotriz urgente (Fig.1):

- a. Avisar al personal sanitario, para sujeción física: prima tanto la seguridad del residente como la de otros residentes y el personal del Centro, que debe protegerse adecuadamente, antes de intervenir.
- b. Aplicación de la medicación sedante prescrita en el tratamiento individual, si así estuviere pautado, si no tienen pautada se seguirá el Protocolo de Delirium del Centro.
- c. Una vez controlado el cuadro de agitación, se le acostará en su cama, con almohadas, acolchantes y otros protectores, y sólo si fueran precisas para su seguridad, contenciones mecánicas.
- e. En último extremo, si no pudiera ser controlado de ninguna de las formas expuestas, se avisará al 112 para que active el protocolo de "Enfermedad Mental Grave".

Figura 1: Algoritmo actuación urgente.

Valora contención farmacológica o física

Sí

-Evaluación:

Asumimos que las sujeciones merman la autonomía personal, por lo que debemos intentar no menoscabar la dignidad de la persona, controlando su indicación periódicamente. Se vigilará activamente, por el personal cualificado de la residencia, la tolerancia de las sujeciones y su indicación, siguiendo el “Plan de cuidados complementarios” (Anexo 5) y el “Plan de mejora de utilización de contenciones mecánicas y su eliminación” (Anexo 6). Estos planes incluyen, entre otras, las siguientes pautas de control diarias: valorar si debe continuar o si el motivo por el que se prescribieron ya se ha resuelto, y vigilar la correcta colocación de las mismas. El objetivo es que las sujeciones se mantengan el menor tiempo posible.

Tanto la medicación prescrita con las instrucciones para su administración, como la sujeción mecánica, tipo, horario de aplicación, lugar y cualquier otra indicación, quedará registrada por escrito y firmada por el médico en su historia clínica. Además, en caso de accidente o fallecimiento producido por el uso de sujeciones, se deberá registrar en su historia clínica y analizar cada caso de forma individualizada.

En el caso de contención de larga duración por grave agitación psicomotriz o en el caso de no incapacitados (intento de escapada por ingreso involuntario) el médico tiene que comunicarlo al Juez, se usaría el modelo Comunicación al juez de restricción temporal de movimientos (Anexo 4).

Se respetará las decisiones del residente en su Documento de Voluntades Anticipadas (DVA), en caso de que no disponga de él, se fomentará su realización acompañándole al Centro de Registro de Voluntades Anticipadas de la Delegación Provincial de Sanidad de la provincia o, en caso de que no pueda o no desee desplazarse, rellenando los formulario ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar (dos de ellos no estarán vinculados con el otorgante por parentesco de hasta tercer grado de consanguinidad o

afinidad, por matrimonio o por relación profesional o patrimonial alguna). Estos formularios estarán disponibles en el despacho médico, los médicos podrán ayudar al residente en las dudas que tengan para cumplimentarlos:

-Modelo de Solicitud de Inscripción DVA.

-Modelo de Declaración de Voluntades Anticipadas ante testigos.

En el caso de discrepancia en la aceptación de la sujeción entre personal facultativo y el usuario o representante se comunicará al Juzgado o Ministerio Fiscal a través del "Documento de comunicación al juzgado" del Anexo 4.

-Conflicto de intereses:

Ninguno.

-Bibliografía:

- Documento de consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG). 2014. Disponible en:

https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf

- Protocolos de actuación, residencias de personas mayores. Servicio foral residencial. Diputación foral de Bizkaia. 2011.

- Protocolo de contenciones. Ministerio de Sanidad, Subdirección General de Gestión. 2015.

- Alarcón T. Uso de restricciones físicas en el anciano en el siglo XXI. ¿necesidad o falta de información, Rev. Es Geriatria Gerentillo 2001; 36(1):46-50

-Resolución 106/17 del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud.

-Protocolo de contención de movimientos de pacientes Hospital La Fuenfria. Hospital Clínico San Carlos. Mayo 2010

-Edward R. Marcantonio, MD "Delirium in Hospitalized Older Adults "N. England J. Med 2017; 377 1456-66.

-Juan Manuel Téllez Alejandro Villena Ferrer, Susana Morena Rayo, Marta Ballesteros Merino, Marta Martínez Ruiz. "El Paciente Agitado", Fisterra Elsevier 2014 (última actualización (06.05.2018)

-I. López Fernández, J. Alonso Fernández, M. Del Valle García et al; Protocolo de contención de pacientes" Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Anexo 1. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PRESCRIPCIÓN DE SUJECIONES

Nombre: _____ **HAB:** _____

Persona que solicita la sujeción: _____

TIPO Y LOCALIZACIÓN SUJECIÓN		MOTIVO SUJECIÓN	
Muñequeras		Agresividad	
Cinturón abdominal		Riesgo de caídas	
Cinturón pélvico		Riesgo de fuga	
Nana		Arrancamiento de vías	
Barandilla		Manipulación pañal	
Otra:		Otra:	

ZONA SUJECIÓN			
Silla / Sillón		Cama	

OBSERVACIONES A LA SUJECIÓN	
Tiempo del día que se utiliza:	En situaciones que representen una amenaza contra la integridad
Condicionada a:	
Periodo de descanso diario:	Siempre que se asegure vigilancia.
Medidas alternativas previas a la utilización de sujeciones	Se ha realizado previamente sin resultados clínicos óptimos durante días.

CONTROL DE LA SUJECIÓN	
Fecha de inicio/...../20.....
Fecha de la primera revisión	

ACEPTO NO ACEPTO

Fdo.: Médico del Centro (Firma, sello y fecha).

D./ D^a.

que asiste y acompaña al residente arriba indicado, ingresado en este Centro, ha sido informado del uso de medidas de sujeción aplicadas bajo prescripción médica sobre su familiar como método de prevención de lesiones graves o caídas (respetando los deseos, valores y creencias de la persona), por lo que firma el presente en Albacete, a __ de _____ de 20__.

Fdo.: Familiar del Residente/representante legal/usuario

REVOCACIÓN CONSENTIMIENTO INFORMADO PRESCRIPCIÓN DE SUJECIONES

Con fecha/...../20..... D.
con DNI, en calidad de del
residenteDESEA la
revocación del presente consentimiento de prescripción de sujeciones.

Fdo.:
(Nombre del Residente/Familiar/tutor legal)

Nota 1: SE REALIZARÁ UNA PRESCRIPCIÓN POR CADA TIPO DE SUJECIÓN.
Nota 2: En caso de discrepancia en la aceptación de la sujeción entre el personal facultativo y el usuario o representante se comunicará al Juzgado y/o Ministerio Fiscal.

Anexo 2. Consentimiento informado para sujeciones: hoja de información.

1. Procedimiento

Las sujeciones son unas contenciones mecánicas que consiste en una intervención terapéutica mediante la aplicación de dispositivos restrictivos inmovilizadores para limitar la movilidad del residente, en beneficio de su mayor seguridad y la de terceros. Las medidas restrictivas únicamente se pautarán en casos de protección de la vida, la salud, la integridad física, la prevención de caídas y lesiones de la propia persona usuaria o infringidas a otro o al personal del Centro.

Así mismo conlleva la intención terapéutica de mantener el funcionamiento eficaz de los dispositivos asistenciales como vías periféricas, sondas o mascarillas. Cada pauta de una sujeción se ajusta a la patología y las características de cada residente.

La duración de la sujeción será del menor tiempo posible y en todo momento el personal realizará una valoración y vigilancia constante para evitar los riesgos, aplicar los cuidados y atención necesarios en esta situación.

Existen sujeciones de contención total y parcial. La parcial limita la movilidad del tronco o de una extremidad, se suele utilizar fundamentalmente para evitar caídas, arrancamiento de vías u obstrucciones posturales que dificulten el paso de medicación. Las totales son aquellas en las que se emplean sistemas de inmovilización globales que impiden la mayoría de movimientos del residente.

2. Descripción de los riesgos típicos

La utilización de sujeciones puede dar lugar a lesiones por presión, por inmovilización, riesgo de tromboembolismo, broncoaspiración y lesiones isquémicas. Además de complicaciones derivadas de la propia inmovilidad como pérdida de fuerza, incontinencia, estreñimiento, reducción del apetito, deshidratación, hipotensión, infecciones nosocomiales o muerte súbita. Pero cuando el médico las pauta es porque hay un mayor beneficio que riesgo.

3. Riesgos personalizados

.....
.....
.....

4. Alternativas posibles

Se han realizado previamente desescalado verbal y contención farmacológica y tras no obtener resultados clínicos óptimos, por lo cual no existe otra alternativa.

5. Tipo de dispositivos

Dispositivo	Instrucciones
Barandillas	Continuas abatibles controladas desde la parte inferior. Impiden levantarse de la cama, evitando caídas. Se les puede poner chichoneras para evitar lesiones en las extremidades.
Nana	Impiden la manipulación genital y de contenido fecaloideo por parte del residente. Con cremallera de cierre de arriba a bajo.
Cinturón de cama	Indicado para sujetar por el abdomen a la cama, permitiendo cierta libertad de movimientos, mover brazos, piernas, sentarse e incluso girarse. Puede colocarse antes o después que el paciente esté acostado. Sistema de hebilla o clip.
Cinturón en silla (abdominal)	Sujeción abdominal. Para residentes que deban permanecer sentados largos periodos de tiempo. Deben proporcionar estabilidad y confort al residente. Debe permitir pequeños cambios de posición.
Sujeciones de extremidades (muñequeras/tobilleras)	Indicada para sujetar la muñeca o el tobillo al bastidor de la cama, permitiendo según su colocación más o menos movimiento. Puede ser de aplicación bilateral, en cama, en sillón geriátrico o sujetar extremidades inferiores.
Cinturón pélvico	Sujeción del tronco y fijación perineal. Impide que el residente se resbale de la silla. Debe lograr una buena estabilidad y confort al residente.

6. Evaluaciones

Las sujeciones temporales se revisaran a diario por el médico, con la ayuda de enfermería y auxiliares de enfermería, para poder realizar periodos de descanso o indicar su retirada lo antes posible una vez el episodio que dio origen al uso de las mismas ha pasado, y que el residente puede estar estable sin su uso.

7. Ejemplo de indicación de sujeción física

El
una
puede



residente puede empeorar su conducta debido a su patología de base (demencia, equizofrenia, etc) o por patología nueva (por ej. una infección que precise de tratamiento intravenoso), esta alteración conductual provocar que se caiga de la cama y tenga una fractura.

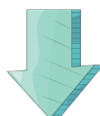


Cuando
médico

ruidos,
si
físicas.



se detecta este riesgo de caída, se le comunica al del centro el cual evaluá el caso y realiza medidas conductuales (tranquilizarle, explicarle la situación, etc), ambientales (por ej. habitación individual, reducción de etc), instrumentales (por ej. ponerle las gafas) y valora precisa ajustes del tratamiento para evitar sujeciones



Si estas
un alto
sujeciones
residente
retirarlas



medidas fracasan y el residente sigue presentando riesgo de autolesionarse, entonces el médico pauta físicas como las barandillas, para evitar que se el se caiga. Estas serán revisadas frecuentemente para lo antes posible.

Anexo 3. Catálogo de dispositivos.

Los dispositivos a aplicar para las sujeciones físicas están homologados, autorizados y verificados con marcado CE, y cumplimiento de las normas UNE-EN 12182:2000 (Ayudas técnicas para personas con discapacidad).

Los trabajadores han recibido formación sobre su uso y los riesgos de los dispositivos, y disponen de instrucciones específicas para su aplicación. Deben de estar en perfecto estado de uso, sometidos a revisiones periódicas y con disponibilidad de las instrucciones de uso del fabricante que se resumen a continuación:

Dispositivo	Instrucciones
Barandillas	Continuas abatibles controladas desde la parte inferior. Impiden levantarse de la cama, evitando caídas. Se les puede poner chichoneras para evitar lesiones en las extremidades.
Nana	Impiden la manipulación genital y de contenido fecaloideo por parte del residente. Con cremallera de cierre de arriba a bajo.
Cinturón de cama	Indicado para sujetar por el abdomen a la cama, permitiendo cierta libertad de movimientos, mover brazos, piernas, sentarse e incluso girarse. Puede colocarse antes o después que el paciente esté acostado. Sistema de hebilla o clip.
Cinturón en silla (abdominal)	Sujeción abdominal. Para residentes que deban permanecer sentados largos periodos de tiempo. Deben proporcionar estabilidad y confort al residente. Debe permitir pequeños cambios de posición.
Sujeciones de extremidades (muñequeras/tobilleras)	Indicada para sujetar la muñeca o el tobillo al bastidor de la cama, permitiendo según su colocación más o menos movimiento. Puede ser de aplicación bilateral, en cama, en sillón geriátrico o sujetar extremidades inferiores.
Cinturón pélvico	Sujeción del tronco y fijación perineal. Impide que el residente se resbale de la silla. Debe lograr una buena estabilidad y confort al residente.

Anexo 4. Documento de comunicación al juzgado.

D/Dña. _____
médico de la Residencia Asistida _____,

COMUNICA a V.I.,

Que en el día de la fecha se ha procedido a la restricción temporal de movimientos de

D./Dña. _____ con
DNI _____

en contra de su voluntad y con carácter de urgencia, por estar facultativamente indicado al encontrarse incluido en uno de los supuestos contemplados en el Protocolo de Restricciones Físicas de este Centro.

La finalización de dicha restricción involuntaria de movimientos se realizará cuando la situación del usuario lo permita.

Lo que informo a V.I. para su conocimiento y efectos oportunos.

En _____, a _____ de
_____ de _____.

Fdo. Dr./Dra. _____

N.º Colegiado/a _____

ILMO/A. SR/A. FISCAL/JUEZ DE 1ª INSTANCIA DE _____

Anexo 5. Plan de cuidados complementarios en residentes con sujeciones

Este plan de cuidados y medidas complementarias tienen como finalidad prevenir consecuencias negativas y sufrimiento, tanto físico como emocional, garantizando la seguridad del residente:

- 1.- Recordar la necesidad de contención a la persona usuaria, familia o tutor/a legal, ofreciendo apoyo emocional y afectivo.
- 2.- Asegurar adecuada ingesta y aporte hídrico, incluyendo uso de cremas hidratantes, previniendo deshidratación que puedan ocasionar lesiones dermatológicas.
3. Valoración por parte de enfermería de los residentes con nueva sujeción para comprobar que no desarrollan úlceras de decúbito.
- 4.- Seguir las indicaciones de paseos, movilizaciones, cambios posturales y uso de cojín o colchón antiescaras si están prescritos.
- 5.- Seguimiento periódico del estado conductual y anímico de la persona usuaria (agitada, violenta, confusa...) para valorar la continuación o retirada de la sujeción, así como su posible sustitución por medidas farmacológicas.
- 6.- Valorar interconsulta con las fisioterapeutas para movilizaciones pasivas y mantenimiento postural adecuado, así como deambulación asistida en el caso de que el residente todavía conserve la capacidad para deambular. Interconsulta a terapia ocupacional para estimulación sensitiva y verbal.
- 7.- Registro diario cognitivo y psicológico.
- 8.- Evitar el aislamiento: asegurar un entorno tranquilo, pero frecuentada por otras personas, y la intimidad del residente a la hora de aplicar y revisar las sujeciones.
- 9.- Mantener medidas de higiene y aseo, así como ropa adecuada y limpia.
- 10.- Revisar, en caso de que lo lleve, las vías venosas o subcutáneas y las sondas. Mantenimiento de la vía aérea.
- 11.- Desplazamientos periódicos para micción y defecación, o cambio de pañales.
- 12.- Asegurar periodos de descanso en cama para evitar pasar mucho tiempo sentados.
- 13.- Seguridad del residente siguiendo el resto de protocolos del Centro: protocolo tabaco (retirada mecheros), prohibición de ingesta de comida de fuera del Centro (riesgo broncoaspiración), etc.

Anexo 6. Plan de mejora de utilización de contenciones mecánicas y su eliminación.

INTRODUCCIÓN

El presente plan sobre la mejora de utilización de contenciones y su eliminación es producto de un doble impulso necesario dentro de nuestra residencia. Por una parte, en el ámbito de la autoridad sanitaria, se promociona esta iniciativa en un contexto de mejora de la calidad y humanización de la asistencia como recomienda la Fiscalía General del Estado, en su "Instrucción núm. 1/2022, de 19 de enero, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad". Por otra parte, sumada a esta necesidad de mejora asistencial, aparece una creciente inquietud profesional hacia algunos procedimientos habituales, escasamente estandarizados, como es este que se trata.

El uso de contenciones físicas, aunque sea habitual en la práctica clínica, no está exento de controversias e indefiniciones por falta de normalización lo que conlleva riesgos principalmente para los pacientes y también por inseguridad, para el propio personal sanitario. Conciliar el máximo respeto hacia la dignidad e individualidad del paciente durante esta práctica asistencial y dar la mejor atención posible, dentro de la excelencia, en un marco de seguridad profesional, deberían ser los objetivos de cualquier esfuerzo en este sentido. Las sujeciones nunca pueden cubrir una deficiencia, falta de capacidad profesional o defectos organizativos.

OBJETIVO

El objetivo del plan es el de disminuir el uso de sujeciones en nuestro centro residencial de atención sociosanitaria de personas mayores en situación de dependencia.

RECOMENDACIONES Y MEDIDAS A IMPLEMENTAR PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE CONTENCIONES FÍSICAS.

-Adecuación estructural física:

- Ubicación de los pacientes con mayor riesgo y mayor necesidad de vigilancia o cuidado en las habitaciones próximas al control de enfermería.
- Ubicación de pacientes con mayor riesgo con compañeros sin deterioro cognitivo o con alta frecuencia de visitas.
- Es mejor los espacios abiertos para facilitar la deambulación, sin obstáculos (retirando las alfombras y cables).
- En cuanto a la noche, valorar mantener luces encendidas de muy baja intensidad.
- Altura de la cama apropiada, es decir siempre abajo cuando duerma. Con la cama articulada, cuando se vaya a levantar a la persona levantar la altura de la cama.
- Tener una mesita de noche con todo lo que necesita la persona (especialmente las gafas y audifono), colocando la ayuda técnica de uso habitual al alcance del residente y en un correcto posicionamiento (especialmente la silla de ruidos y los sillones reclinables).
- Acceso, desde la cama, al timbre de llamada y la luz.
- Mejorar el control ambiental: disminuir ruidos, etc.
- Revisar el mobiliario de forma periódica para reparar o sustituirlo en aquellos casos

- en los que no se consideren seguros.
- Valorar la adquisición de sujeciones menos restrictivas para la persona en aquellos casos en los que no sea factible una eliminación definitiva:
 - Sillones pupitre (considerado como elemento atravesado) como sustitución de cinturones abdominales y abdominopélvicos.
 - Sillones basculantes para eliminar chalecos de sujeción de tronco y chalecos con sujeción troncopélvica.
 - Manoplas como sustitución de muñequeras.
 - Desarrollo a largo plazo de una zona específica en la residencia para la atención de pacientes con demencia que mantengan todavía su capacidad de deambulación, creando un entorno seguro con puertas de apertura controlada y acceso restringido a ascensores/escaleras, para que puedan ejercer libremente su derecho a la autonomía y se mantengan activos funcionalmente sin riesgo de caídas o fuga (actualmente a causa de la pandemia hemos dedicado un sector de la residencia a camas COVID-19 y no disponemos de un espacio asegurado para tal necesidad)

-Adecuación estructural organizativa:

- Promocionar que los residentes acudan a las actividades de la residencia: cuanta más actividades realicen, los residentes estarán más controlados, entretenidos, y ejercitándose físicamente y cognitivamente, con lo que se disminuye de forma impresionante las alteraciones de conducta.
- Promocionar programas de micción programada (llevar al baño cada dos horas): se trabaja el andar y la continencia, con lo que se disminuye el riesgo de caídas entre otros beneficios.
- Evitar que los pacientes estén en silla de ruedas durante periodos de tiempo superiores a 3 horas y fomentar los cambios posturales.

-Adecuación personal:

- Formación a trabajadores del centro: La formación será presencial y, preferentemente, impartida por centros con experiencia en la eliminación de sujeciones. Dar formación a los profesionales de nueva incorporación sobre la tendencia, protocolos y líneas de actuación con respecto a las sujeciones que sigue el centro, garantiza la continuidad y el éxito en la consecución de los objetivos planteados.
- Colaborar con terapia ocupacional, fisioterapia, enfermería y auxiliares de enfermería para mejorar la psicomotricidad y autonomía de los residentes.

-Adecuación usuario:

- Asignación adecuada del material ortopédico y revisión periódica del mismo en función de las características y necesidades del paciente.
- Informarle del tipo de calzado que debe de llevar.
- Recordarle la importancia del uso de sus gafas y audífonos.
- Rehabilitarlos funcional y cognitivamente lo más rápidamente posible tras detectar déficits.
- Proporcionar la ropa más adecuada para los pacientes en caso de necesidad de vías periféricas, sondas vesicales, sondas nasogástricas o gastrostomías endoscópica percutáneas (PEG) Tapar con esparadrapo las vías periféricas,

cuando no se estén utilizando, para evitar que se las arrancan y tengamos que iniciar sujeciones.

- Al ingreso se informará a los pacientes, familiares y tutores legales, sobre el protocolo de restricciones físicas y del de caídas.

REVISIÓN PERIÓDICA DE SUJECIONES

Las sujeciones temporales se revisaran a diario, y las ya implantadas de forma crónica se revisarán cada 3 meses por el equipo médico, con la ayuda de enfermería y auxiliares de enfermería, teniendo en cuenta las recomendaciones de este plan además de:

- Si existen otras alternativas.
- Cuestionarse si el episodio que dio origen al uso de las mismas ha pasado, y que el residente puede estar estable sin su uso
- Que no se hayan pautado por imposibilidad de prestar supervisión continuada, conveniencia o comodidad.
- Que no se hayan pautado por presiones familiares, del residente o de trabajadores.
- Repetir una valoración geriátrica integral que permita reevaluar el origen de las alteraciones conductuales y corregirlos con otra metodología más adecuada, más digna y menos cruenta.
- No es ético que un paciente en situación de últimos días lleve sujeciones mecánicas.
- Se revisaran las sujeciones de una barandilla, ya que muchas están registradas como sujeciones y, según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, la utilización de una sola barandilla de la cama a petición (voluntaria) de la propia persona, como asidero, apoyo o como medida de seguridad; siempre que deje libre una salida de la cama, y se entrene al usuario para su retirada, puede considerarse que no constituye una restricción-sujeción mecánica. Por lo que, en estos casos, se retirará su indicación como sujeción o, en caso de que el residente no este entrenado para su retirada, se le entrenará.

Además, las auxiliares de enfermería y el servicio de mantenimiento revisaran el estado de los materiales de la sujeción, así como que estén homologados. Si detectan algún déficit se le comunicará a la directora de enfermería para su reemplazo o arreglo.

Al finalizar estas revisiones trimestrales, se llevarán los resultados a las reuniones interdisciplinarias semanales en las que participa un equipo interdisciplinar: médico, enfermería, trabajador social, fisioterapia, terapia ocupacional y auxiliar de enfermería. En la reunión se expondrán los cambios y eliminación de sujeciones, valorando multidisciplinariamente si son necesarias mantenerlas, si se plantea un cambio de sujeción o ésta se elimina definitivamente. En el orden del día de estas reuniones se incluirá:

1. Revisión de los casos valorados en la reunión anterior y comprobación de que se habían llevado a cabo los acuerdos a los que se llegaron en dicha reunión.
2. Verificar la concordancia entre las sujeciones pautadas y las que se colocaban.
3. Presentar a estudio nuevos casos susceptibles de intervención desde el programa de eliminación de sujeciones.
4. Acordar los pasos a seguir con cada caso aceptado.

5. Se realizará un pequeño informe con los resultados de deprescripción realizados.
6. Los médicos contactarán con las familias/tutores para que firmen las actividades de revisión de las contenciones.

RETIRADA DE SUJECIONES

Para la retirada de sujeciones se haga de la forma menos traumática posible, se seguirá seguir el siguiente orden:

1. Comunicar al usuario y/o familia/tutor la necesidad de su inclusión en programa eliminación, explicando las dificultades que pueden surgir en el proceso y su posible solución, beneficios de su retirada, duración del procedimiento y fases, etc.
2. Avisar al personal del centro de la introducción del caso en el programa de retirada de sujeciones, explicando de forma clara y detallada los pasos a dar, seguimiento, aspectos a tener en cuenta, etc.
3. Seguir protocolo y registro del programa de eliminación de sujeciones.
4. Hacer seguimiento de la retirada (control de retirada, incidencias, etc.). Transmitir la conclusión derivada del estudio de los seguimientos en las reuniones semanales.
5. Comunicar resultados obtenidos de las reuniones, incidencias, etc. al usuario y/o familiar/tutor.
6. Indicación de la eliminación concluyente, cambio o mantenimiento de la sujeción y comunicar al usuario y/o familiar/tutor. Tras la conformidad de la persona afectada, se prescribe su retirada definitiva.
7. Eliminar sujeción y dar de baja al usuario en los registros de control de sujeción y de eliminación de sujeción.

Con respecto al registro y control del Programa de Eliminación de Sujeciones se recopilará la siguiente información en su historia clínica:

- Hora de retirada del dispositivo.
- Dispositivo que se retiraba.
- Sí mantenía una postura correcta.
- Sí aparecían cambios conductuales durante el tiempo de retirada y en el momento de aplicar de nuevo la sujeción (las sujeciones se irán retirando progresivamente).