

Curso académico 2014/ 2015

Fecha de defensa (24/06/2015)

IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLOS Y GUÍAS DE SUJECIONES EN UNIDADES PSICOGERIÁTRICAS

Nuria Martínez González

Directora: M^a Pilar Tazón Ansola

RESUMEN

Introducción: Las sujeciones físicas son aquellos dispositivos unidos al cuerpo, que se utilizan para restringir la movilidad de las personas. El debate sobre la utilización de estos dispositivos ha sido controvertido desde hace unos años a ahora, y se estima que en los diferentes países, entre los que se incluye España, el ratio de utilización es muy superior al que debería. Las complicaciones asociadas a su uso son extensamente documentadas, y la legislación vigente sobre ellas está en proceso de normalización. **Objetivos:** identificar la necesidad de implantación de protocolos de sujeciones en centros psicogeriátricos, así como analizar el porqué del inicio de sujeciones, sus consecuencias, los principales puntos a contener de un protocolo de sujeciones, y los cambios que dicho protocolo generará en las unidades. **Metodología:** el trabajo realizado es una revisión narrativa, basada en diferentes búsquedas en bases de datos y paginas web. Se utilizan descriptores y booleanos en conjunción para organizar la búsqueda, y se aplican criterios de inclusión y exclusión. **Conclusiones:** Existe la necesidad de crear e implantar protocolos que guíen en la práctica de sujeciones a los profesionales de enfermería, ya que cada vez somos más conscientes de los eventos adversos que acarrea su utilización. Por otro lado, la utilización de sujeciones todavía se llega a instaurar como facilitador del trabajo de enfermería, y existe unanimidad en qué deberían contener dichos protocolos de sujeciones: existencia de una atención centrada en el paciente y difusión de una cultura alternativa a las sujeciones.

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	1
2.- MARCO TEÓRICO.....	3
2.1.- DEFINICIÓN	3
2.2.- CLASIFICACIÓN DE SUJECIONES	3
3.- JUSTIFICACIÓN.....	4
4.- OBJETIVOS	5
4.1.- OBJETIVO GENERAL	5
4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
5.- METODOLOGÍA.....	5
6.- RESULTADOS	7
7.-DISCUSIÓN.....	20
8.- CONCLUSIONES.....	23
9.- REFLEXIÓN PERSONAL	24
10.- BIBLIOGRAFÍA.....	26
11.- ANEXOS	29

ÍNDICE DE TABLAS

1.- Tabla 1: Relación de búsquedas en bases de datos. Elaboración propia.....	7
2.- Tabla 2: Relación de búsquedas en páginas web. Elaboración propia.....	8
3.- Tabla 3: Relación de artículos tras búsqueda bibliográfica. Elaboración propia.....	9
4.- Tabla 4: Análisis del inicio de dispositivos de sujeción. Elaboración propia.....	13
5.- Tabla 5: Alteraciones físicas y psicológicas tras el uso de sujeciones. Elaboración propia.....	16

1.- INTRODUCCIÓN

Las sujeciones físicas vienen definidas como “*cualquier dispositivo físico o mecánico, material o equipo unido adyacente al cuerpo del residente, que éste no sea capaz de retirar con facilidad y que limite su libertad de movimientos o el acceso normal a su cuerpo*” (1).

El empleo de dichas medidas de sujeción, ha generado un controvertido debate que ha llegado hasta hoy en día (2). Uno de los principales factores, es su ratio de utilización, estimándose mediante estudios internacionales un ratio de prevalencia de sujeciones entre el 2% y el 70% (3).

En el 2012, y según la Fundación Cuidados Dignos, se estimó que un 23% de los usuarios españoles en residencias geriátricas llevaba algún tipo de sujeción (4). De la misma forma, la duración media de instauración se estima que es de 86,5 días, considerándose elevada. (5)

De todas formas, no existen estudios que demuestren que el empleo de sujeciones por parte de profesionales sanitarios como enfermería, en personas institucionalizadas en residencias, lleguen a mejorar su nivel de atención, sino que al contrario, se asocian a numerosas complicaciones (2).

Dichas complicaciones comienzan a ser mencionadas en escritos médicos del siglo XIX, donde se comienzan a describir casos de asfixia (6). Durante mucho tiempo, enfermería justificó el manejo de sujeciones basandose en prevenir daños y lesiones, pero se ha llegado a comprobar que por ejemplo, el uso de barandillas en cama no solo no reduce las caídas, sino que las lesiones que se derivan de ellas llegan a ser más graves (2).

Cabe destacar que, un gran número de estos incidentes que se describen en la bibliografía, ocurren en residencias de mayores (5). Así mismo, Miles comprueba que de 122 casos que desembocaron en muerte, un 85% sucedió en centros geriátricos (6).

Numerosas instituciones relacionadas con el ámbito de la seguridad clínica, tienen como finalidad prevenir las complicaciones derivadas de estos dispositivos y establecer una serie de causas que los provocan. Como ejemplos, tenemos la *National Patient Safety Agency*, la *Medicines and Healthcare products Regulatory Agency* del servicio de salud británico, o la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare*

Organizations. En España, nos encontramos con la fundación Avedis Donabedian, que se encarga de alertar eventualmente sobre los riesgos que suponen las sujeciones (6).

A raíz de los datos que empiezan a florecer sobre las complicaciones que pueden acarrear las sujeciones, Flaherty comenta en su artículo del 2004 (7), el comienzo de la reivindicación de modelos de cuidados libres de sujeciones. De esta forma, la reducción de dichos dispositivos se comenzó a introducir en los Estados Unidos de America hacia los años 80 (7).

En España, la inclusión de la regulación de sujeciones en el proceso asistencial de enfermería no llegó hasta la década de los 90, por lo que su uso se determinaba por la buena praxis y sensibilidad que tuviera el enfermero/a (8). Los utensilios que se utilizaban para la sujeción de los usuarios no estaban homologados, llegándose a utilizar objetos como sábanas, cinturones o mantas, y su uso se encubría a los familiares de los pacientes (8).

La importancia de saber utilizar las sujeciones y distinguir cuando su aplicación es correcta, viene determinada según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) *“porque afectan a algunos derechos fundamentales de la persona, como la libertad, y a algunos de los principios y valores básicos como la dignidad, la autonomía, la autoestima y el bienestar personal”* (8)

En la actualidad, no existe casi acuerdo sobre como deberían utilizarse los dispositivos de sujeción y no hay evidencia clara de un protocolo estándar en la práctica clínica (5).

Tampoco existe un marco normativo específico a nivel estatal, pero son varias las comunidades autónomas u organizaciones que han comenzado desde hace unos años a promulgar decretos sobre las sujeciones (9), complementándose con leyes de mayor peso ya vigentes, como por ejemplo, los existentes en los escritos de la ONU o la Constitución Española, que a continuación reflejamos:

- Organización de Naciones Unidas (ONU) - *Principio a favor de las personas de edad: derecho a ser tratado lo menos restrictivamente posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador que le corresponde a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros. No someter a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros* (8).

- Constitución española 1978: Art. 1.1 - *Derecho a la libertad*; Art. 10 - *Derecho a los principios de dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad*; Art. 15 - *Derecho a la integridad física y moral y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes*; Art. 17 - *Derecho a la libertad física* (8).
- Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la comunidad foral de Navarra (10).
- Ley del País Vasco 12/2008 de 5 de diciembre, de Servicios Sociales (8).

En definitiva, aún hoy en día se sigue luchando por un marco teórico de buenas prácticas basadas en la evidencia que respalde el trabajo de enfermería en lo referente a las sujeciones (8).

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.- DEFINICIÓN

Según la *Guía para la Eliminación de Sujeciones* de la Fundación Cuidados Dignos (4), en primer lugar se debe hacer una aclaración respecto a los conceptos de sujeción-restricción para darles un correcto uso en el contexto a tratar. Por ello:

- **Sujeción:** se trata de cualquier método manual o físico, instrumento mecánico, material o equipamiento adjunto al cuerpo del paciente, que impide su movilidad y/o el acceso a parte de su cuerpo
- **Restricción:** Se trata de cualquier acción (médica, química, física, psicológica, social o de cualquier otro tipo), palabra u obra que se utiliza con el propósito o la intención de limitar o constreñir la libre circulación o capacidad de toma de decisiones de uno/a mismo/a o de una tercera persona (4).

2.2.- CLASIFICACIÓN DE SUJECIONES

Atendiendo a la voluntariedad del usuario del uso de las sujeciones, se pueden clasificar en dos tipos: **voluntarias e involuntarias** (4, 8).

Independientemente de su voluntariedad, se realiza otra subdivisión donde se especifica la intencionalidad del dispositivo, clasificándose de la siguiente forma:

- **Sujeciones restrictivas:** utilización de las sujeciones de forma que restrinja la libertad de los movimientos y el normal acceso a partes del cuerpo de la persona, y que ésta no pueda retirar fácilmente.
- **Sujeciones no restrictivas:** utilización sin carácter restrictivo, como elemento que permita a la persona mantener una posición corporal correcta, y lo más fisiológica posible (4).

En función de lo limitantes que puedan llegar a ser, también encontramos distinción entre:

- **Minor:** Sujeciones o Restricciones menos restrictivas y limitantes que las Major
- **Major:** Sujeciones o Restricciones mucho más restrictivas y limitantes que las Minor (4).

En función de su temporalidad, las sujeciones también se podrían definir como:

- **Agudas, episódicas o esporádicas:** aquellas que se usan en un intervalo de horas, momentos o días, que no suelen superar los 2-3 días. Utilizadas para contener un episodio agudo de agitación.
- **Crónicas o permanentes:** aquellas utilizadas con una duración mayor a 2-3 días (8).

3.- JUSTIFICACIÓN

La motivación para realizar el presente trabajo, surgió tras la realización de la práctica obligatoria en un centro gerontológico, que en este caso fue la Residencia Inmaculada de Irún.

En dicho centro, me mostraron lo que significa realmente trabajar en base a las necesidades de los usuarios, y su forma de llevar a cabo la práctica asistencial aplicando modelos de Atención Integral Centrado en la Persona, en los que se incluía la Norma Libera-Ger de eliminación de sujeciones, me llevaron a obtener una visión muy esperanzadora sobre la calidad de vida que se puede llegar a alcanzar en los últimos años de vida.

Al principio, el cambio que supone trabajar en un centro libre de sujeciones, te lleva jornadas largas de trabajo donde no ves el final de los procesos de evaluación, registros y cumplimentación de consentimientos informados. Pero cuando finalicé mis prácticas allí, verdaderamente salí maravillada por lo que una cultura de control de sujeciones puede llegar a lograr por las personas.

Por eso, y porque mi aprecio por la materia de geriatría cada vez es más creciente, decidí que mi trabajo versaría sobre las sujeciones, su correcta utilización, y sobre cómo un pequeño cambio de mentalidad sobre su uso, puede llegar a cambiar muchas vidas.

4.- OBJETIVOS

Para la realización del presente trabajo, se especifican ciertos objetivos a los que se asociarán resultados provenientes de la búsqueda bibliográfica que se realizará.

4.1.- OBJETIVO GENERAL

- Identificar la necesidad de implantación de protocolos de sujeciones en centros psicogerítricos.

4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el porqué del inicio de un dispositivo de sujeción física en un paciente psicogerítrico.

- Analizar las consecuencias de la utilización de sujeciones físicas en centros psicogerítricos.

- Identificar los principales puntos que debe contener un protocolo de sujeciones para que sea efectivo.

- Identificar los cambios que supondrían la aplicación de protocolos de sujeciones en la actuación de enfermería y en las unidades psicogerítricas.

5.- METODOLOGÍA

El trabajo que se propone realizar será una revisión narrativa.

Para su realización, se ejecuta una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, habiéndose recurrido a PubMed, BVS, TripDataBase, el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs o el Boletín Oficial de Navarra.

También se recurre a una búsqueda en diferentes páginas webs de organizaciones del ámbito geriátrico, enfocados hacia el cuidado de la persona mayor, tales como CEOMA¹, SEGG² o la Fundación Cuidados Dignos.

Antes de realizar la búsqueda descrita, se proponen ciertos criterios de inclusión y exclusión, que marcarán el carácter de los artículos a buscar, siempre teniendo en cuenta los objetivos identificados al principio del trabajo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Revisiones bibliográficas, ensayos clínicos, casos y controles, artículos de revista, guías y protocolos.
- Artículos comprendidos entre los años 2005-2015.
- Textos en inglés y español.
- Posibilidad de obtener el texto completo.
- Artículos sobre uno o más perjuicios que provocan las sujeciones.
- Artículos sobre la incidencia de la utilización de sujeciones en centros psicogeriátricos.
- Artículos sobre la necesidad de implantación de protocolos de sujeciones.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudios cualitativos o artículos de opinión.
- Artículos descriptivos que sólo analicen un tipo de sujeción.
- Artículos que expliquen la utilización de sujeciones exclusivamente en el ámbito psiquiátrico u hospitalario.

Una vez enmarcados los criterios de inclusión y exclusión, se procede a realizar la búsqueda bibliográfica. Para ello, se utilizan los descriptores DeCs y MeSh que coincidan con los términos a encontrar, utilizándose en este caso más regularmente las palabras *geriatric*, *elderly*, *physical restraint* o *adverse effect*. En algunas de las búsquedas se llegan a sumar algunos términos más, pero siempre como sinónimos de los DeCs que hemos cogido como base, con la finalidad de acotar más la búsqueda.

De la misma forma, dichos descriptores se utilizan en conjunto con los booleanos AND, OR o NOT, con el fin de llevar a cabo una correcta exploración.

En el resto de páginas webs no consideradas bases de datos, se realiza una búsqueda general, donde por recomendaciones personales de diferentes expertos en

¹ Confederación Española de Organizaciones de Mayores.

² Sociedad Española de Geriatria y Gerontología

el tema, como profesores o trabajadores que utilizan sujeciones, se logra encontrar el material necesario. En algunas ocasiones, se llega a utilizar la palabra “sujeciones” en la barra de búsqueda que proporciona cada página, para llegar a localizar los artículos en dichas páginas.

6.- RESULTADOS

A continuación, se presenta una tabla donde se refleja la búsqueda realizada en cada base de datos:

BASE DE DATOS	BÚSQUEDA	ARTICULOS ENCONTRADOS/ TRAS APLICAR FILTROS	ARTICULOS FINALES
PUBMED	((geriatric) OR elderly) AND physical restraint	1788/136	8
Biblioteca Virtual de la Salud	((geriatr*) OR (elderly)) AND (physical restraint) AND ((adverse effect) OR (fall) OR (injury))	11.536/151	5
TripDataBase	(geriatric) AND (physical restraint) AND (adverse effects)	280/241	1
Boletín Oficial de Navarra		1/1	1

Tabla 1: Relación de búsquedas en bases de datos. Elaboración propia.

De la misma forma, y en la siguiente tabla, reflejaremos la búsqueda realizada en las diferentes páginas webs, a las que se ha accedido mediante recomendaciones personales.

PÁGINAS WEB	BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ESCOGIDOS
Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs (CCEIJB)	Sujecciones	2
Confederación española de organizaciones de mayores (CEOMA)		1
Fundación Cuidados Dignos		1
Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)	Sujecciones	1

Tabla 2: Relación de búsquedas en páginas web. Elaboración propia.

Tras la búsqueda, se obtienen unos resultados a los que, seguidamente, se les aplica unos filtros propios del buscador, como relación de años, idiomas o posibilidad de texto completo, para acotar la búsqueda a un número menor de artículos. Así mismo, se filtran los artículos según la calidad de estos, buscando en primer lugar artículos con un nivel de evidencia Ia, donde se recogen revisiones sistemáticas o meta-análisis, pasando luego a niveles de evidencia menores, como Ib, IIa, IIb, III o IV, donde se recogen el resto de artículos encontrados³.

En definitiva, y tras la lectura de cada artículo obtenido al final de la aplicación de filtros, se llega a finalizar la búsqueda seleccionando 20 artículos.

En la siguiente tabla, se reflejan los artículos finales que se han escogido para la elaboración del trabajo, y sobre los que se basarán los resultados que a continuación comentaremos.

³ Ver ANEXO 11.1.

FUENTE DE DATOS	RESULTADOS BIBLIOGRÁFICOS
PUBMED	1.- Physical restraint use and older patients' length of hospital stay.
	2.- Deaths due to physical restraint.
	3.- Evaluation of an evidence-based guidance on the reduction of physical restraints in nursing homes a cluster-randomised controlled trial [ISRCTN34974819].
	4.- Use of physical restraints in an elderly population living in public nursing homes
	5.- Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health.
	6.- Physical and pharmacological restraints in geriatric and gerontology services and centers
	7.- Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care - a Cochrane review.
	8.- Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores
BIBLIOTECA VIRTUAL DE LA SALUD	1.- The more physical inactivity, the more agitation in dementia.
	2.- Reducing restraint use for older adults in acute care
	3.- Mechanical restraints in the elderly technical proposals and recommendations for use in the social environment
	4.- Fatalities related to medical restraint devices-asphyxia is a common finding.
	5.- A significant association between physical restraint and the development of venous thromboembolism in psychiatric patients.
TRIPDATABASE	1.- Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints
BOLETIN OFICIAL DE NAVARRA	1.- Decreto foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la comunidad foral de navarra
CENTRO COLABORADOS ESPAÑOL DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS (CCEIJB)	1.- Sujeciones mecánicas - 1º parte: uso en unidades de agudos y residencias
	2.- Sujeciones mecánicas – 2º parte: disminución del uso en unidades de agudos y residencias.
CONFEDERACION ESPAÑOLA DE ORGANIZACIONES DE MAYORES (CEOMA)	1.- Guía para personas mayores y familiares: programa “desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer
FUNDACIÓN CUIDADOS DIGNOS	1.- Cómo se eliminan las sujeciones: guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRIA Y GERONTOLOGIA (SEGG)	1.- Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas

Tabla 3: Relación de artículos tras búsqueda bibliográfica. Elaboración propia.

Identificar la necesidad de implantación de protocolos de sujeciones en centros psicogeríatricos.

Si cogemos como base nuestro objetivo general, que se refería a la necesidad de implantación de protocolos de sujeciones en centros psicogeríatricos, se encontraron 17 resultados bibliográficos de los 20 artículos seleccionados (1, 4-19) que reflejaban en sus contenidos la necesidad de regular la implantación de dichos dispositivos, en base a las complicaciones asociadas a su uso. Como especifica el Decreto Foral de Navarra por el que se regula el uso de sujeciones físicas (10), el uso excesivo e incontrolado de medidas de sujeción puede acarrear *“consecuencias especialmente negativas para la salud y la integridad física y mental de la persona”*, las cuales especificaremos en los próximos objetivos.

Según la revisión bibliográfica de Fariña-Lopez sobre los problemas de seguridad que se relacionan a estos dispositivos (6), los efectos perjudiciales que producen en la persona, no solo afectan al propio usuario, sino que además, incrementan el coste y la complejidad de su asistencia posterior.

Por todo ello, en el estudio de Castle, donde se estudiaron 12.820 residentes de diferentes residencias de Pennsylvania, comprobándose una gran variedad de efectos adversos como menor capacidad para realizar las ABVD⁴ o deterioro cognitivo (1), se concluye que dichos resultados negativos derivados de las sujeciones, deben influir en un cambio de práctica. Este cambio estará basado en guías basadas en evidencia científica, y la organización se deberá implicar para asegurar una correcta instauración de estas (1).

Por otra parte, 8 de los 20 artículos seleccionados (1, 2, 4, 5, 17-20), claman de la misma forma por la regulación de las sujeciones en dichos centros, en base a su uso excesivo e indiscriminado. Según una investigación que evalúa la reducción del número de sujeciones en un centro geriátrico tras la aplicación de un protocolo estandarizado (3), el uso de sujeciones físicas es común en numerosos países. Este dato lo corrobora la guía elaborada por CEOMA (18), donde se reflejan porcentajes de utilización como en Italia (16,6%), Suecia (15,2%), Francia (17,1%), Estados Unidos (16,5%) o España (39,6%).

⁴ Actividades Básicas de la Vida Diaria.

En base a un estudio de Ljungren et al del año 1997, que aparece referenciado en la revisión bibliográfica de Rodríguez Delgado (20), España es uno de los países con mayor prevalencia de sujeciones en el mundo, llegando a un ratio del 36,9%.

Una de las investigaciones referenciadas (2) en cambio, la cual coge como muestra de estudio 5.346 residentes de Madrid para conocer la prevalencia de dichos dispositivos, demuestra que el ratio de prevalencia fue del 8,4%, aunque si se incluían las barandillas de cama como dispositivos de sujeción, el porcentaje se elevaba hasta el 20,8%.

Según la Hoja de Información Basada en la Evidencia para Profesionales Sanitarios (5), mediante un protocolo con formación que guíe en la práctica a los profesionales de enfermería, las sujeciones físicas se pueden reducir en un 56%, sin provocar un incremento de lesiones o caídas.

Según el Documento de Consenso sobre las Sujeciones redactado por la SEGG (8), otro de los factores que influye en la creación de reglas específicas para el uso de sujeciones, es el compromiso ético y moral que crea en la sociedad la utilización de dichos dispositivos.

6 de los 20 artículos seleccionados (8-10, 18-20), reflejan en sus textos que la regulación de las sujeciones físicas es necesaria para que los profesionales de enfermería puedan asegurar la libertad y autonomía de los usuarios. Según el artículo de Rodríguez Delgado (20), la libertad se entiende como “*el hecho de poder escoger entre más de una alternativa sin coacción y llevarla a cabo*” y la autonomía como “*la capacidad de decidir*”. El mismo artículo refiere que, ante usuarios con demencias muy avanzadas o siendo grandes dependientes, esta capacidad de decisión se ve afectada, por lo que la intencionalidad de la sujeción varía.

En la guía *Promoting Safety: Alternative approaches to the use of restraints* elaborada por la RNAO⁵ en 2012 (19), se indica que el material de sujeción en sí, no es el causante del conflicto ético, sino la intencionalidad con la que se llega a utilizar, por lo que los profesionales de enfermería son los responsables de aplicarlos o no aplicarlos de forma correcta.

⁵ Registered Nurse`s Association of Ontario

Por ello, según la Fundación Cuidados Dignos (4), toda guía o protocolo de sujeciones tiene que contener una fundamentación ética que asegure que la atención a ofrecer, tenga como diana el bienestar del usuario, respetando su dignidad y libertad.

Analizar el porqué del inicio de un dispositivo de sujeción física en un paciente psicogeriatrico.

En lo referente al porqué del inicio de los dispositivos de sujeción en centros psicogeriatricos, la bibliografía obtenida nos ofrece una serie de características o situaciones específicas en las que se inicia su uso.

En 8 de los 20 estudios encontrados (1-3, 5, 8, 7, 12, 18), se refleja que es significativa la justificación del uso de sujeciones por parte del personal de enfermería en miras de la seguridad del propio paciente. Según el estudio realizado por Möhler (7), hablamos de seguridad en el paciente, entendida como la aplicación de sujeciones para evitar las caídas, tanto en pacientes con historia previa de caídas como para prevenirlas, idea que también comparten otras tres de las publicaciones (1, 3, 8).

Otra de las justificaciones para favorecer la seguridad del usuario, que se refleja en uno de los estudios (5), pasa por la idea de asegurar la correcta instauración de procedimientos terapéuticos, como vías endovenosas, sondas nasogástricas o sondas uretrales, entre otros. Tres artículos de los 21 encontrados (5, 12, 18), hablan también de la instauración de estos materiales para prevenir conductas autolíticas.

Según el estudio de Galán Cabello en cambio (2), aunque se crea que las justificaciones más extendidas para su uso se concentren en la idea de proporcionar el mejor cuidado al paciente o usuario, también nos podemos encontrar diversos momentos de inicio de sujeciones que se asocian a facilitar o aligerar el trabajo del sector enfermero.

Entre otros, 9 de los 20 artículos obtenidos (2, 3, 5, 7, 8, 12-15) relatan que estos dispositivos se utilizan para contener la agresividad o agitación de los usuarios, aunque en todos los estudios que lo referencian, se deja claro que las sujeciones solo agravan este tipo de conductas disruptivas. 5 artículos de la totalidad (2, 5, 14, 16, 18), refieren su uso en pacientes con demencia, que tienden a una deambulacion errática o interrumpen actividades cotidianas del centro.

Otros 3 de los 20 estudios (2, 5, 9), aseguran su utilización para un correcto cumplimiento de horarios organizacionales, así como los objetivos que se plantean

dentro de la institución, y 4 artículos de la bibliografía (1, 6, 9, 18), apuntan su uso como sustitución a la vigilancia, sobre todos en horarios con menor número de personal, como por ejemplo a las noches.

De la misma forma, encontramos 4 estudios (1, 5, 14, 18), en los que el personal llega a justificar la utilización de sujeciones por la escasa o nula capacidad de sus pacientes para realizar las actividades de la vida diaria, siendo estos dispositivos facilitadores del trabajo de enfermería.

Uno de los artículos (2), nos habla por otra parte, de la utilización de sujeciones para el mantenimiento de un entorno social confortable, o para solventar problemas estructurales del edificio en el que se encuentran alojados los usuarios, como lo serían estancias pequeñas con poco espacio para la deambulaci3n.

La organizaci3n CEOMA de la misma manera (18), nos plantea el uso de sujeciones como consecuencia de la solicitud de los familiares de los pacientes, que ante la ignorancia de otras formas de seguridad, optan por exigir a la organizaci3n la aplicaci3n de estos dispositivos.

FINALIDAD	MOTIVOS
Seguridad del usuario/paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar caídas - Correcta instauraci3n de medidas terapéuticas - Prevenir conductas de autolisis
Facilitar labores	<ul style="list-style-type: none"> - Contener agresividad o agiti3n - Deambulaci3n errática - Cumplimiento de horarios - Sustituir vigilancia - Imposibilidad de realizar las ADV por parte de los usuarios
Otros	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener entorno confortable - Solventar problemas estructurales - Solicitud de familiares

Tabla 4: Análisis del inicio de dispositivos de sujeci3n. Elaboraci3n propia.

Analizar las consecuencias de la utilización de sujeciones físicas en centros psicogeriatricos.

Tal y como hemos descrito en el objetivo general, las consecuencias derivadas de la aplicación de sujeciones es uno de los factores a examinar siempre que queramos instaurar un uso racional e individualizado de éstas. Por ello, en este apartado, analizaremos dichas consecuencias en cada artículo encontrado.

En 13 estudios de los 20 artículos que hemos obtenido (1, 2, 4, 5, 6, 8, 11-16, 18), la utilización de sujeciones se asocia a 2 tipos de consecuencias negativas: tanto lesiones físicas como psicológicas.

En lo referente a las lesiones físicas, abarcamos un amplio abanico de complicaciones. Así, nos encontramos con 9 artículos de 21 (1, 2, 4-6, 8, 12, 14, 18) que explican complicaciones como úlceras por presión derivadas de la inmovilidad; 7 estudios que citan la aparición de atrofia muscular y pérdida de masa ósea (2, 4, 6, 11, 12, 14, 18), que derivan en una menor capacidad de movilidad del usuario, y por lo tanto, en una mayor dependencia para realizar las ADV, o 4 estudios de 20 artículos, que comentan un mayor número de infecciones (4, 6, 14, 18), la mayoría de carácter urinario, aunque también en la investigación *Deaths Due to Physical Restraint* realizada en el año 2012 (12), se referencia el aumento de casos de neumonía.

También queremos destacar la existencia de una investigación (16) que nos habla sobre la correlación directa entre la inmovilización y el desarrollo de tromboembolismos venosos, donde se explica que las restricciones físicas utilizadas en pacientes psiquiátricos, inducen un estasis venoso favorecedor de la formación de trombos. De la misma forma, el artículo *Physical restraint use and older patients' length of hospital stay* (11), demuestra una correlación directa entre la duración de la estancia en el hospital de un usuario y el uso de restricciones. En dicha publicación, se explica que la utilización de las sujeciones puede alargar un 2% la estancia hospitalaria, sobre todo en pacientes que ya poseen patologías base, como los usuarios geriátricos.

Siete artículos (2, 4-6, 8, 14, 18), enlazan también las sujeciones con el desarrollo de incontinencias, tanto urinarias como fecales, favoreciendo una mayor dependencia para las ABVD de los pacientes. En adición, Fariña-Lopez comenta en su estudio (6), que no solo las caídas no se ven reducidas con su implantación, sino que las consecuencias derivadas de esas caídas (golpes, traumatismos, laceraciones...) suelen ser más aparatosas que cuando no existe sujeción alguna.

Aún y todo, la consecuencia más alarmante de todas, y que se referencia en 8 de las 20 publicaciones encontradas (2, 4-6, 12-14, 18), es la muerte del usuario. Ésta, cuando viene causada esencialmente por una sujeción, nunca se considerará como muerte natural (12).

Según los datos recogidos en el artículo *Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores* (6), un 1% de los fallecimientos en centros geriátricos son causados por el uso de sujeciones físicas. Como dato, esta revisión bibliográfica también aporta, que la FDA⁶ considera que en Estados Unidos se llegan a producir 100 muertes o lesiones de carácter grave al año por el uso de dichos materiales.

Otro de los estudios encontrados (12), relata la realización de 27.353 autopsias, de las cuales 22, la muerte fue causada directa y únicamente por un dispositivo de sujeción, apuntando que 16 de aquellas muertes acaecieron en residencias geriátricas.

Según un estudio que recoge casos de muertes causadas por el uso de sujeciones (13), éstas ocurrirían mediante 3 mecanismos: de forma directa por asfixia mecánica con estrangulación, por compresión torácica por cinturones abdominales, o situaciones de sofocación entre cama y barras laterales. En 4 de los 20 artículos escogidos (2, 5, 6, 13), se referencia también la posibilidad de fallecimiento por muerte súbita, sobrevenida en muchas ocasiones por la conjunción del estrés que provoca la restricción física junto con una afección cardiaca, así como la formación de acidosis metabólicas en el organismo que no se consiguen compensar adecuadamente.

En cuanto a lesiones psicológicas o sociales, encontramos que en 4 de los estudios referenciados (4, 12, 14, 18), las sujeciones se asocian a consecuencias como agitación, que puede sobrevenir a la escasa actividad del usuario (15). Cinco artículos (1, 4, 5, 14, 18) muestran la aparición de depresión también como síntoma de la inmovilidad física, y 6 de los 20 estudios (4, 5, 8, 12, 14, 18), referencian el estrés como consecuencia, que puede agravar la patología neurológica existente en el usuario, siendo los síntomas bastante parecidos a los encontrados en personas con estrés post-traumático (15).

Un último artículo que habla sobre estrategias de reducción de sujeciones (14), comenta también repercusiones como el aislamiento social o la humillación.

⁶ Food and Drug Administration.

LESIONES FÍSICAS	LESIONES PSICOLÓGICAS
Alteraciones del sistema cardiovascular -Estrés cardíaco -Estasis venoso -Cambios en presión sanguínea	Alteraciones del comportamiento -Agitación -Agresividad -Desorientación
Estado funcional -Mayor dependencia	Autopercepción -Pérdida de autonomía y dignidad -Culpa y baja autoestima
Incontinencias -Urinarias -Fecales (o impactaciones)	Estados de animo -Estrés (estrés post-traumático) -Rabia, miedo, ansiedad, confusión...
Estado nutricional e hidratación -Deshidratación -Pérdida de apetito	Aislamiento social
Infecciones -Nosocomiales (neumonía, urinarias...)	
Daños -Caídas	
Alteraciones musculo-esqueléticas -Menor masa muscular y ósea -Contracturas	
Integridad de la piel -UPP -Laceraciones y abrasiones	
Muerte -Asfixia mecánica -Muerte súbita	
Dolor	

Tabla 5: Alteraciones físicas y psicológicas tras el uso de sujeciones. Elaboración propia.

Identificar los principales puntos que debe contener un protocolo de sujeciones para que sea efectivo.

Ante la necesidad de implantación de protocolos de sujeciones en los centros psicogeriatricos, es interesante conocer, desde la bibliografía encontrada, que puntos encuentran indispensables las diferentes guías y estudios que contengan estos escritos, con la finalidad de que los profesionales de enfermería cuenten con un material completo y basado en la evidencia.

De esta forma, encontramos 4 estudios en la bibliografía (4, 8, 18, 19), que hacen hincapié en la necesidad de detallar un marco conceptual sobre las sujeciones en sus protocolos, o una formación hacia los profesionales de enfermería sobre dichos dispositivos, que, en todo caso, faciliten su distinción en tipos de sujeciones y niveles de restricción. De la misma manera, el documento sobre sujeciones consensuado por la SEGG (8), incide sobre la necesidad de una formación sobre las complicaciones que acarrearán dichas sujeciones.

En 4 de los 20 artículos obtenidos (8, 10, 18, 19), se recalca en repetidas ocasiones, la inclusión de apartados que destaquen los aspectos éticos y legales de la utilización de sujeciones físicas, donde se aleccione al profesional de enfermería sobre los derechos que posee el usuario. De esta forma, estos escritos se utilizarán para asesorar al usuario sobre la mejor opción para su persona, a él mismo si se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales, o a sus allegados o tutores en su defecto (8).

Los protocolos de sujeciones también deberían incluir, según 9 artículos de la bibliografía consultada (6-8, 10, 12, 14, 17, 19, 20), una serie de alternativas a las sujeciones, que permitan escoger, según el caso tratado, las mejores opciones antes de la implantación de restricciones físicas.

Nos encontramos por otra parte con que, cuando las alternativas no son aplicables o no resultan efectivas, 3 de las guías referenciadas en la bibliografía (4, 8, 19), como son la guía de Fundación Cuidados Dignos, el artículo de consenso en sujeciones de la SEGG y la guía para la Práctica Basada en la Evidencia de la RNAO, nos indican que un protocolo de sujeciones debería especificar en qué casos se indicaría la sujeción a un persona, y en consecuencia, reflejar qué cuidados se sucederían a dicha aplicación.

Este aspecto anterior, nos lleva a que 4 de los 20 estudios consultados (8, 10, 17, 19), refieran la necesidad de individualizar los planes de cuidados en sujeciones de cada persona usuaria, llegando incluso a implantar un Modelo de Atención Centrado en la

Persona (4), donde el eje de los cuidados y las decisiones giren en torno al paciente sobre el que se planea realizar un cuidado en sujeciones.

Todas estas actuaciones aún así, se deberían enmarcar dentro de dos tipos de formularios que la guía *Cómo se eliminan las sujeciones* de la Fundación Cuidados Dignos (4), ve indispensable que estén reflejados dentro de los protocolos de sujeciones. Dicha guía apunta a que, por un lado, a cada ocasión en la que a un usuario se le aplique una sujeción o se le libere de ella, se le debería hacer firmar, a él o un tutor legal del mismo, un consentimiento informado⁷, que refleje la actual situación del usuario e informe de los cuidados que se le vayan a aplicar.

De la misma forma, en 2 de los 20 artículos (8, 18), se aconseja reflejar en los protocolos, la conveniencia de que la persona que vaya a ser sujeta realice un escrito con voluntades anticipadas para poder preservar la autonomía y capacidad de decisión que tenga.

En otros 2 de los artículos referenciados en este trabajo (4, 7), se indica que los protocolos creados, deberían contener en sí mismos protocolos de actuación ante las caídas⁸, donde se llevara un registro de las caídas ocurridas con o sin sujeción, se examinara su tipología y riesgo, y se escogiera las mejores actuaciones preventivas para evitarlas (4). La SEGG en cambio resulta más genérica en sus declaraciones (8), y refieren la necesidad de implantar registros de accidentes, que comprenden desde laceraciones provocadas por la sujeción, hasta muertes que se sobrevengan a ellas.

Un aspecto repetitivo también en 5 de los 20 estudios (2, 4, 8, 17, 19), es la necesidad de reevaluaciones periódicas de las sujeciones. En ellos, se clama por un control estricto y exhaustivo tras la aplicación de una de ellas (17), y se hace patente la necesidad de incluir en los protocolos de sujeciones una serie de plazos reevaluables que aseguren que se está actuando correctamente en cuanto al tiempo de la aplicación de la sujeción (4).

Por último, nos encontramos con que en 3 de los 20 artículos que hemos obtenido (4,18,19), se apunta a que no sólo se deberían promover unos cuidados por parte del personal sanitario entre los que se incluyen los profesionales de enfermería, sino que la misma familia debe ser incluida dentro de los cuidados y de las decisiones que se tomen. De esta forma, la *Guía para personas mayores y familiares* de CEOMA (18), ve la participación familiar como indispensable para que un protocolo de sujeciones sea

⁷ Ver ANEXO 11.2 y ANEXO 11.3.

⁸ Ver ANEXO 3

aplicado con éxito, complementando los cuidados individualizados por parte de enfermería que se le ofrezcan a la persona.

Identificar los cambios que supondría la aplicación protocolos de sujeciones en la actuación de enfermería y en las unidades psicogerítricas.

Tras instaurar los protocolos de sujeciones en dichas unidades, siempre se supondrán unos cambios que sobrevienen a los nuevos marcos de trabajo que plantean los protocolos.

En el manual de la Fundación Cuidados Dignos (4), se refleja que el cambio más llamativo que podría haber, dado que la cultura de la gestión de las sujeciones lo pide, es la instauración de un modelo de gestión de la organización centrado en la persona, donde la dirección colabore en toda la serie de cambios, tanto personales (mayor número de personal) como estructurales (ampliación de espacios, etc.), que vayan a suceder tras la aplicación de protocolos que promuevan una cultura de control de sujeciones más exhaustiva.

De ésta forma, 3 de los 20 estudios (8, 14, 19), referencian la necesidad de un cambio en la cultura organizacional de la institución donde se aplicarán los protocolos de sujeciones. La dirección deberá ser la encargada de difundir la nueva cultura de control de sujeciones (4), y la que promueva los cuidados individualizados a cada persona (14).

Según la RNAO (19), su cultura se basará en crear una filosofía que promueva la búsqueda de alternativas a las sujeciones, y que forme a los trabajadores del centro, entre los que se incluyen los profesionales de enfermería, de forma que los haga poseedores de conocimientos claves para su práctica, que a continuación explicaremos.

Según dicha guía propuesta por la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario, Canadá (19), se instará a los profesionales de enfermería a establecer una relación terapéutica con los usuarios, donde identifiquen los factores predisponentes que les conduzcan a ser portadores de sujeciones, como por ejemplo la edad avanzada, historias previas de caídas, condiciones psiquiátricas o alteraciones agresivas de la conducta, así como factores precipitantes, tales como un ambiente desconocido, excesivo ruido o diferentes medicaciones.

Otro de los conocimientos indispensables que deberá adquirir el profesional de enfermería es la habilidad para manejar y disminuir las crisis de agitación y agresividad de los usuarios. Para ello, deberá comprender el proceso de escalada de la crisis, y la técnica de reducción de ésta, complementándolo a su vez con habilidades comunicativas verbales y no-verbales (19).

Por último, la RNAO (19) indica que, en el caso de que sea imprescindible la utilización de sujeciones físicas, el profesional de enfermería deberá poseer conocimientos sobre su correcta aplicación, y trabajar de forma que reevalúe constantemente la aplicación de dicho dispositivo.

La Fundación Cuidados Dignos en este sentido (4), cree en la necesidad de formar un comité de sujeciones compuesto por un equipo interdisciplinar del centro que vaya a implantar el protocolo de sujeciones, entre los que destacaría el papel del profesional de enfermería, que en consenso con lo que dice la RNAO (19) revisaría el mantenimiento de la sujeción restrictiva, su correcto uso y su indicación en el momento. De esta forma, enfermería protagonizará un papel importante en la gestión de las sujeciones del centro (4).

Por último, también se acometerán cambios en la estructura del centro. Según uno de los estudios (8), para adecuar el entorno a personas libres de sujeciones, el centro deberá proporcionar medidas como rampas, mobiliario adaptado o salas de supervisión, que sirvan como alternativas a las sujeciones y mejoren la calidad de vida del usuario.

7.-DISCUSIÓN

A lo largo de la realización del presente trabajo, se han hallado ciertos datos que nos proporcionan discusión sobre ciertas áreas en torno a la utilización de sujeciones, y a la necesidad de que enfermería trabaje en base a unos protocolos que regule estos dispositivos.

Por una parte, tras la revisión bibliográfica, se ha constatado que tanto la sociedad como los profesionales sanitarios, y en gran medida el sector enfermero, ven necesario trabajar con protocolos que regulen y especifiquen la utilización de dichos mecanismos de contención. Las justificaciones que se dan, llegan a ser variadas: controversia creciente sobre su excesiva utilización, resultados perjudiciales como lesiones físicas y psicológicas, problemas éticos y morales...

De todas maneras, la necesidad y urgencia final de regular estos dispositivos, no varía entre ellas. Dejando a un lado que las sujeciones provoquen un debate social, en los diferentes artículos se refleja que enfermería es cada vez es más consciente de que realizar correcta y eficazmente su trabajo, pasa por fundamentar sus acciones sobre protocolos y guías basadas en la evidencia, que por su parte, respalden las decisiones que tomen sobre su utilización o no.

Por lo tanto el sector enfermero ve claramente la necesidad de crear dichos protocolos, que complementen y mejoren su atención a las personas.

Por otro lado, es cierto que la gran mayoría de bibliografía encontrada, es clara respecto a las justificaciones que el profesional de enfermería utiliza para seguir usando las sujeciones físicas. Vemos reflejado que, la utilización de dichos dispositivos, no se encuentra argumentada en todos los casos cogiendo como base la seguridad del paciente, sino que las razones engloban también en multitud de ocasiones, la facilitación de la jornada laboral.

Es significativo también, el razonamiento de la utilización de sujeciones, en base a que el centro donde se alojan los residentes, alberga defectos estructurales que imposibilitan la contemplación de no-sujeción, como por ejemplo ausencia de rampas o espacios reducidos. Este dato por lo tanto, plantea el debate de si los centros psicogerítricos de la actualidad están realmente preparados y enfocados a proporcionar la mejor atención al paciente.

Una vez iniciada la sujeción, sea de forma adecuada o inadecuada, las lesiones que le sobrevienen están ampliamente documentadas en la bibliografía sobre el tema. Los estudios reflejan las repercusiones físicas y psicológicas de las sujeciones, y citan dentro de sus estudios multitud de bibliografías que hacen referencia a la cantidad de resultados adversos que se pueden llegar a producir, siendo uno de los más alarmantes la muerte del usuario.

Las lesiones provocadas por las sujeciones perjudican seriamente el estado de salud general del usuario psicogerítrico, no solo agravando patologías ya existentes en el, como por ejemplo enfermedades del corazón o deficiencias neurológicas, sino limitando también sus capacidades funcionales, como la realización autónoma de las ABVD.

Aún así, no hay que omitir que la totalidad de los incidentes que pueden llegar a causar las sujeciones no está realmente documentada. En la bibliografía se referencia en varias ocasiones, la existencia de serias limitaciones en los estudios que pretenden

reflejar estas consecuencias, ya que suelen faltar datos de cómo ocurren los incidentes, o estos se encubren por miedo a repercusiones legales. Es significativo también, que la mayoría de estos estudios se realizan en el extranjero, habiendo muy poca información sobre dicho tema en nuestro país. La necesidad de ahondar en este problema sigue estando patente en varios de los estudios.

En lo referente al debate sobre los puntos principales que debería contener un protocolo o guía de sujeciones para que sea efectivo, queda claro que cada bibliografía encontrada aporta aspectos diferentes que resultan de la necesidad de la práctica diaria de enfermería.

Los profesionales de enfermería valoran en gran medida que esos protocolos y guías no solo estén representados en formato papel, sino que su contenido se complemente con una formación sobre su marco teórico, las complicaciones que acarrearán y una serie de lecciones que les ayuden a implementar alternativas a las sujeciones, de forma totalmente segura.

En esta serie de documentos por lo tanto, enfermería clama a que los protocolos giren en torno a la idea de un modelo de atención centrado en el paciente o usuario, donde el proceso proporcione seguridad al profesional de enfermería, y le indique los pasos a seguir para poder proporcionar una atención de calidad.

La cumplimentación de formularios y consentimientos informados será la base de esta atención centrada en las necesidades del paciente, y tras la decisión de sujeción o no-sujeción, los profesionales de enfermería piden en repetidas ocasiones la implementación de reevaluaciones continuas del usuario en dichos protocolos, mostrándoles como deben actuar ante cambios significativos en el paciente.

Para concluir con la disertación, solo faltaría apuntar que los cambios que sobrevendrían a la implementación de protocolos de sujeciones en las unidades, no solo afectarían estructuralmente al centro, sino que la cultura organizacional debería dar un giro drástico, para así, poder apoyar el trabajo que vayan a realizar los profesionales de enfermería.

Por ello, es destacable en varios artículos que, por mucho que enfermería intente trabajar sobre una aplicación de sujeciones adecuada, si la organización no respalda sus decisiones y acciones, y no le provee de los recursos suficientes para llevarlo a cabo, en varias ocasiones se refleja que la formación realizada será insuficiente, y se constata que el fracaso será muy probable.

Para que los profesionales de enfermería puedan llegar a ejercer una utilización de sujeciones adecuada, tanto el equipo sanitario restante con el que trabaja, como la dirección del centro donde se encuentra, deberán participar en dicho proceso, facilitando unas buenas instalaciones, un buen equipo material, una organización de trabajadores impecable y una serie de protocolos, tal y como se viene diciendo desde el principio, basados en la evidencia científica.

8.- CONCLUSIONES

Cuando se elabora un trabajo de las características anteriormente comentadas, es inherente llegar a una serie de conclusiones, que parten tras una lectura y reflexión posterior a la bibliografía obtenida.

La principal conclusión que se puede obtener de este trabajo, es que, por mucho que se esté avanzando en la regulación sobre la utilización de sujeciones en los centros psicogeriatricos, en la actualidad sigue existiendo una necesidad de crear e implantar protocolos que guíen la práctica clínica del profesional de enfermería.

Se concluye que esta necesidad radica en que, enfermería, es cada vez más consciente de los efectos adversos o repercusiones legales que puede acarrear la mala utilización de las sujeciones, y exigen protocolos que les ofrezcan pautas de intervención correctas.

De la misma forma, se llega a la conclusión de que, aunque enfermería ya haya obtenido una formación sobre la correcta aplicación de las sujeciones, o sepa sobre la existencia de protocolos, en la actualidad todavía se instauran una gran mayoría de dispositivos de sujeción como facilitador del trabajo de enfermería.

Destacamos también que, aunque los estudios sobre eventos adversos que suceden como consecuencia a la aplicación de sujeciones sean limitados y no muy completos, se puede concluir que las sujeciones provocan más perjuicios en el paciente que los beneficios que se pretenden. Se demuestra entonces, que las sujeciones físicas llegan a producir daños físicos y psicológicos que condicionarán la vida del usuario.

Otra de las conclusiones que debemos reflejar, es que aunque no exista un protocolo o guía de sujeciones único que se aplique en la mayoría de los centros psicogeriatricos, si que existe, comparando los estudios, una idea generalizada sobre cómo deberían ser dichos protocolos. Aunque en cada investigación se destaquen puntos diferentes, siempre hay unanimidad en dos ideas: que la atención que se le

proporcione en el ámbito de sujeciones al usuario debe estar centrado en él mismo, y que se debe difundir una cultura de alternativas a las sujeciones, siempre y cuando se pueda.

Tras aplicar dichos protocolos en las unidades pertinentes, se concluye que los cambios a realizar, tanto en el proceso de atención de enfermería como en la cultura del centro, serán totalmente necesarios para asegurar una correcta instauración de dichas guías.

9.- REFLEXIÓN PERSONAL

El debate sobre la utilización de las sujeciones siempre me ha proporcionado bastantes áreas de reflexión.

Escribir este trabajo, me ha hecho plantearme la forma en la que los profesionales de enfermería de hoy en día actúan ante situaciones en las que falta regulación o no hay directrices específicas.

Pienso que a lo largo de nuestra formación en la universidad, actualmente y desde hace unos años, se nos enseña a tratar a los pacientes de forma que se asegure su bienestar, y que además, esa atención siempre este centrada en el usuario. Después de la elaboración del trabajo, me he encontrado con que, seguramente por el exceso de trabajo que sufrimos o por las condiciones en las que debemos trabajar, no siempre actuamos dejando de lado nuestras necesidades y en busca de la mejoría de nuestros pacientes.

Pienso que, aunque seguramente las dos condiciones que he mencionado sean ciertas, no suponen razones de peso para que instauremos medidas de sujeción sin reflexionar antes sobre nuestras acciones o las repercusiones que pueden suponer.

También opino que la visión que tenemos alrededor de las sujeciones, no solo en el ámbito sanitario, sino en la cultura general de las personas de los diferentes países, influye en gran medida sobre nuestras acciones como sanitarios. A mi parecer, y centrándome en España, creo que la población que se ve afectada por el uso de sujeciones en sus familiares, sigue siendo demasiado tolerante con su aplicación, y que muchas veces, por costumbre o por comodidad, no se intenta reflexionar sobre por qué las instauramos o cómo las utilizamos.

También me merece un momento de reflexión todos los movimientos anti-sujeciones o “cero sujeciones” que se han empezado a promulgar en diferentes medios y centros psicogeriátricos. Opino que la idea base que promueven dichas organizaciones, no va muy desencaminada hacia el propósito de un control exhaustivo de las sujeciones, pero tras los conocimientos que he obtenido al realizar este trabajo, no creo que la solución provenga de una eliminación masiva de estos dispositivos.

En cierta manera, es normal que ante una situación de excesiva utilización de sujeciones en la sociedad, nazcan ideas radicales sobre la extirpación de estos del ámbito sanitario. Aún así, pienso que la solución definitiva está naciendo de un punto medio entre las dos posturas, lo cual opino que será más beneficioso para todos.

Por otra parte, opino que parte del cambio de actitud ante la utilización de sujeciones en usuarios de perfil geriátrico, tendrá que venir dado de la mano de un cambio de visión de nuestra sociedad sobre las personas ancianas. Pienso que, a día de hoy, sigue siendo una tendencia general en nuestra sociedad el infravalorar a nuestros mayores, y apartarlos de nuestra vida cotidiana, muchas veces por el ritmo apresurado de vida que llevamos.

El interés sobre su bienestar y sobre que se les proporcionen unos cuidados dignos en sus últimos años de vida, y por lo tanto unos buenos cuidados en sujeciones, deberá venir como consecuencia de un acercamiento a esta población, que cada vez es más numerosa en nuestra sociedad.

Por último, quiero apuntar que, aunque desde hace 10 años para aquí se hayan hecho muchos avances en la investigación y en la creación de textos basados en la evidencia que ayuden a un uso correcto de las sujeciones, opino que todavía hace falta más investigación sobre los efectos adversos que pueden acarrear, y cuál es la situación actual de nuestro país en este ámbito.

10.- BIBLIOGRAFÍA

- (1) Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist* [Internet]. 2008 [citado 20 Mar 2015];48(4):442-452. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18728294>
- (2) Galan CM, Trinidad D, Ramos P, Gomez JP, Alastruey JG, Onrubia A, et al. Use of physical restraints in an elderly population living in public nursing homes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2008 [citado 20 Mar 2015];43(4):208-213. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18682141>
- (3) Haut A, Kopke S, Gerlach A, Muhlhauser I, Haastert B, Meyer G. Evaluation of an evidence-based guidance on the reduction of physical restraints in nursing homes: a cluster-randomised controlled trial [ISRCTN34974819]. *BMC Geriatr* [Internet]. 2009 [citado 20 Mar 2015];9(42):1-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19735564>
- (4) Urrutia A, Erdoiza I. Cómo se eliminan las sujeciones: guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios; basado en la Norma Libera-Ger de la Fundación Cuidados Dignos. 2º ed. Bizkaia: Servicio Editoriales S.L.; 2010.
- (5) Joanna Briggs Institute. Physical Restraint–Part 1: Use in acute and residential care facilities. *Best Practice* [internet]. 2002 [citado 20 Mar 2015];6(3):1-6. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/bpis/pdf/jb/2002_6_3_SujecionesMecanicasI.pdf
- (6) Fariña-López E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2011 [citado 20 Mar 2015];46(1):36-42. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21281990>
- (7) Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. *JCN* [Internet]. 2011 [citado 20 Mar 2015]; 21(1):3070-3081. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22978254>
- (8) Comité Interdisciplinar de Sujeciones de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y

Farmacológicas. Madrid: Comunidad de Madrid, Sociedad Española de geriatría y Gerontología; 2014.

(9) Ramos P, Lopez JA, Maillo H, Paz JM. Physical and pharmacological restraints in geriatric and gerontology services and centers. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [citado 20 Mar 2015];50(1):35-38. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25443785>

(10) Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra. *Boletín Oficial de Navarra*, nº 204, (28-09-2011).

(11) Bai X, Kwok TC, Ip IN, Woo J, Chui MY, Ho FK. Physical restraint use and older patients' length of hospital stay. *Health Psychol Behav Med* [Internet]. 2014 [citado 20 Mar 2015];2(1):160-170. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25750775>

(12) Berzlanovich AM, Schopfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2012 [citado 20 Mar 2015];109(3):27-32. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22334818>

(13) Karger B, Fracasso T, Pfeiffer H. Fatalities related to medical restraint devices— asphyxia is a common finding. *Forensic Sci Int* [Internet]. 2008 [citado 20 Mar 2015];178(2):178-184. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-18455336>

(14) Said AA, Kautz DD. Reducing restraint use for older adults in acute care. *Nursing* [Internet]. 2013 [citado 20 Mar 2015];43(12):59-61. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-24257531>

(15) Scherder EJ, Bogen T, Eggermont LH, Hamers JP, Swaab DF. The more physical inactivity, the more agitation in dementia. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2010 [citado 20 Mar 2015];22(08):1203-1208. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-20813077>

(16) Tsuda N, Sako A, Okamoto S, Adachi H, Hayakawa T, Makino K, et al. A significant association between physical restraint and the development of venous thromboembolism in psychiatric patients. *Int J Cardiol* [Internet] 2012 [citado 20 Mar

2015];157(3):442-443.

Disponible

en:

<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-22542463>

(17) Joanna Briggs Institute. Physical Restraint-Pt 2: Minimisation in acute and residential Care Facilities. Best Practice [internet]. 2002 [citado 20 Mar 2015];6(4):1-6.

Disponible

en:

http://www.evidenciaencuidados.es/es/bpis/pdf/jb/2002_6_4_SujeccionesMecanicasII.pdf

(18) Burgueño AA. Guía para personas mayores y familiares: uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de alzheimer, programa “desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer” (CEOMA). 1º ed. Madrid: Cifra; 2012.

(19) Registered Nurses' Association of Ontario. Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario; 2012. Disponible en: http://nao.ca/sites/nao-ca/files/Promoting_Safety_-_Alternative_Approaches_to_the_Use_of_Restraints_0.pdf

(20) Rodríguez J. Mechanical restraints in the elderly: technical proposals and recommendations for use in the social environment. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2013 [citado 20 Mar 2015];48(4):185-189. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-23743357>

11.- ANEXOS

11.1.- Clasificación de niveles de evidencia (disponible en guía Promoting safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints, de la RNAO)

Types of Evidence

Levels of Evidence	
Ia	Evidence obtained from systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.
Ib	Evidence obtained from at least one well-designed randomized controlled trial.
IIa	Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomization.
IIb	Evidence obtained from at least one other type of well-designed quasi-experimental study, without randomization.
III	Evidence obtained from well-designed non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case studies.
IV	Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities.

11.2.- Impreso de consentimiento informado para retirar sujeciones basado en la Norma Libera-Ger.

CONSENTIMIENTO INFORMADO NO SUJECION

NOMBRE PACIENTE:

Las personas abajo firmantes, admiten:

Que *el/la Dr./a Nombre* ha informado correctamente a *Nombre y Apellidos de la persona usuaria (ó Nombre y Apellidos de Representante de la persona usuaria, quien representa a Nombre y Apellidos de la persona usuaria)* sobre la posibilidad de **RETIRAR/NO COLOCAR la/s siguiente/s Sujeción/es Restrictiva/s a la persona usuaria**, así como de los RIESGOS DE TRAUMATISMOS Y CAÍDAS que ello conlleva, aún comprometiéndose *Nombre del centro* a aplicar de manera íntegra su PROTOCOLO DE CAÍDAS Y NO CAÍDAS.

Que *el/la Dr/a Nombre del Médico le/s* ha informado a *Nombre y Apellidos de la persona usuaria (ó Nombre y Apellidos del Representante de la persona usuaria, quien representa a Nombre y Apellidos de la persona usuaria)* del Programa de Gestión y Control de Sujeciones/ Programa de No Sujeciones y de las alternativas a las No Sujeciones y *Nombre y Apellidos de la persona usuaria (Nombre y Apellidos Representante de la persona usuaria)* *está/n* de acuerdo con **RETIRARLA-S/NO COLOCARLA-S** y *acepta/n* los riesgos que entraña.

Así pues *la/s persona/s* abajo *firmante/s* permite/n al *Dr./Dra. Nombre del Médico/a* (Médico/a) la **RETIRADA/NO COLOCACIÓN DE SUJECIONES RESTRICTIVAS** a *Nombre y Apellidos de la persona usuaria*.

RIESGOS QUE ENTRAÑA (solo los entraña, no los aumenta) LA RETIRADA Ó NO COLOCACIÓN DE SUJECIONES RESTRICTIVAS (RIESGOS DEL PROGRAMA DE GESTIÓN Y CONTROL DE SUJECIONES / PROGRAMA DE GESTIÓN DE NO SUJECIONES) (que pretendemos controlar con las Alternativas a las Sujeciones y la Tela de Araña)	BENEFICIOS DE LA RETIRADA Ó NO COLOCACIÓN DE SUJECIONES RESTRICTIVAS (BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE GESTIÓN Y CONTROL DE SUJECIONES /PROGRAMA DE GESTIÓN DE NO SUJECIONES) (demostrados en Estudios Científicos)	EFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES DE LAS SUJECIONES RESTRICTIVAS (demostrados en Estudios Científicos)	RAZONES POR LAS QUE SE UTILIZAN LAS SUJECIONES RESTRICTIVAS (desmontadas en Estudios Científicos que demuestran lo contrario)
<ul style="list-style-type: none"> - Caídas y sus consiguientes Traumatismos. - Agresiones por parte de otras personas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Respeto a la Intimidad y la Libertad de paciente o residente. -Mayor movilidad del 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de Respeto a la Intimidad y la Libertad de paciente o residente. - Menor movilidad del mismo: 	<ul style="list-style-type: none"> - Evita Caídas y Traumatismos. - Ayuda a evitar las Agresiones por parte de otras personas. - Facilita el trabajo del

	<p>mismo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menos Síndrome de Inmovilidad. 2) Menor número de Úlceras por Presión. 3) Menor número de Infecciones. 4) Menor Incontinencia Urinaria y Fecal. 5) Menor Aislamiento de Paciente. 6) Menor aparición de Deterioro Cognitivo. 7) ... <ul style="list-style-type: none"> - Mayor Felicidad por parte de Paciente o residente. - Un Trato más Humano. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mayor Síndrome de Inmovilidad. 2) Mayor número de Úlceras por Presión. 3) Mayor número de Infecciones. 4) Mayor Incontinencia Urinaria y Fecal. 5) Mayor Aislamiento de Paciente. 6) Mayor aparición de Deterioro Cognitivo. 7) ... <ul style="list-style-type: none"> - Infelicidad por parte de Paciente o residente. - Un Trato poco Humano: A las personas "no se les ata". 	<p>Personal del centro porque "descarga del trabajo de vigilancia de personas usuarias con Alto Riesgo de Caídas".</p> <p>Se trata de creencias por las que se utilizan las sujeciones, pero no sólo no existe ninguna evidencia científica que las contraste, sino que los estudios internacionales al respecto indican todo lo contrario (el uso de sujeciones físicas no evita caídas, incrementa el número de lesiones graves a consecuencia de las caídas, no ayudan a evitar agresiones y no facilitan el trabajo del personal).</p>
--	--	---	--

<p>ALTERNATIVAS A LAS SUJECIONES CONSENSUADAS ENTRE EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR Y DE LA PERSONA USUARIA/FAMILIA/TUTOR</p>
<p> </p>

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Fecha:

Firmado:

Por Nombre del Centro

Nombre: Dr. /Dra. Nombre del Médico/a. (DNI XX.XXX.XXX-X / N° de Colegiado XX/XXXX-X (Nombre del Colegio de Médicos al que pertenece)

Por el/la Paciente

Nombre y Apellidos de la persona usuaria

(ó Nombre y Apellidos de la persona usuaria y Nombre y Apellidos del Representante de la persona usuaria (Parentesco ó Relación con la persona usuaria).

REVOCACIÓN

REVOCO el consentimiento prestado en la fecha arriba indicada.

En _____ a _____ de _____ de 20__

Fdo.: Persona Usuaría

Fdo.: Representante (Familiar / Tutor...)

11.3.- Impreso de consentimiento informado para aplicar sujeciones basado en la Norma Libera-Ger.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE PACIENTE:

Las personas abajo firmantes admiten:

Que **Nombre** ha informado correctamente a **Nombre y Apellidos de la persona usuaria (ó Nombre y Apellidos de Representante de la persona usuaria)**, quien representa a **Nombre y Apellidos de la persona usuaria**) sobre la necesidad de colocar **la/s siguiente/s Sujeción/es Mecánica/s** a ésta, así como de las Alternativas a ella/s y Tiempo de Utilización, Indicaciones, Contraindicaciones y Posibles Efectos Secundarios derivados de su uso.

PROBLEMA QUE SE QUIERE TRATAR CON LA SUJECIÓN RESTRICTIVA (INDICACIÓN)	PLAZO PREVISTO DE USO DE ESA SUJECIÓN RESTRICTIVA Y FECHA APROXIMADA DE SUSPENSIÓN DE LA MISMA	TIPO DE SUJECIÓN RESTRICTIVA (según Registro elaborado por el centro)	FORMAS Y TIEMPOS DE USO DE LA SUJECIÓN RESTRICTIVA
ALTERNATIVAS PROBADAS Y TIPO DE RESULTADO	ALTERNATIVAS PREVISTAS QUE SE USARÁN EN LOS PRÓXIMOS DÍAS, FORMA Y TIEMPO DE USO	CONTRAINDICACIONES	POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS (EFECTOS NEGATIVOS)
			<ul style="list-style-type: none"> - Falta de Respeto a la Intimidad y la Libertad de paciente o residente. - Menor movilidad del mismo: 8) Mayor Síndrome de Inmovilidad. 9) Mayor número de Úlceras por Presión. 10) Mayor número de Infecciones. 11) Mayor Incontinencia Urinaria y Fecal. 12) Mayor Aislamiento de Paciente. 13) Mayor aparición de Deterioro Cognitivo.

CAUSAS POR LAS QUE EL PERSONAL MÉDICO CONSIDERA NECESARIO PAUTAR LA/S SUJECIÓN/ES RESTRINGIDA/S:

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Fecha:

Firmado:

Por **Nombre del Centro:**

Nombre: **Dr./Dra. Nombre del Médico.** (DNI **XX.XXX.XXX-X** / Nº de Colegiado **XX/XXXX-X** (Colegio de Médicos al que pertenece)

Por **el/la** Paciente:

Nombre y Apellidos de la persona usuaria

(ó **Nombre y Apellidos de la persona usuaria y Nombre y Apellidos del Representante de la persona usuaria (Parentesco ó Relación con la persona usuaria).**)

REVOCACIÓN

REVOCO el consentimiento prestado en la fecha arriba indicada.

En _____ a _____ de _____ de 20__

Fdo.: Persona Usuaría

Fdo.: Representante (Familiar / Tutor...)

1. INTRODUCCION

La Residencia Inmaculada ha elaborado un PROTOCOLO DE CAÍDAS Y DE NO CAÍDAS con el objetivo de evitar caídas o de actuar de una forma correcta en caso de producirse. Este protocolo **nos compromete** a aplicar las pautas establecidas de una manera estricta y profesional. Se ha diseñado de forma personalizada a cada usuario, y teniendo en cuenta las posibilidades y la arquitectura del centro.

Fundamentalmente se trata de un Protocolo desarrollado con enfoque de estudio de las Caídas, pero el hecho de supervisar a las personas para evitar que se caigan nos permite también **observar las NO caídas y detectar posibles factores de riesgo que nos permiten establecer medidas de prevención.**

Sin embargo, a pesar de disponer y de aplicar íntegramente este protocolo de actuación, hemos de admitir que hay caídas que son inevitables.

Las PERSONAS:

Según avanzan en edad, su capacidad de raciocinio y de comprender órdenes disminuye, con lo que disminuye la colaboración con las personas que les atienden, dificultando su cuidado.

Según avanzan en edad, su equilibrio, su potencia muscular, y su independencia al caminar, disminuyen, con lo que aumenta su riesgo de caerse.
--

Las caídas leves producen consecuencias graves: Fracturas, Incontinencia, Dolor importante, Pérdida de Apetito....
--

Las personas con demencia y deambuladoras pueden presentar momentos de agitación, por lo que precisan espacios para caminar, espacios que suelen resultar difíciles de controlar permanentemente
--

Todo esto hace que:

- Si queremos dar calidad de vida a las personas que atendemos, tienen que poder caminar libremente.
- Nos comprometamos a seguir este Protocolo de Caídas y No Caídas de manera íntegra, siguiendo completamente las pautas que nos establece y que nos permite atender de manera profesional con la colaboración de todos, profesionales y familiares.

Este Protocolo consta de 2 Procesos:

- a) Proceso de Prevención de Caídas y No Caídas
- b) Proceso de Actuación frente a una caída

2. PROCESO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y NO CAÍDAS

Objetivo: Evitar Caídas en las Personas. Aumentar su Calidad de Vida.

Analizamos: los grupos de riesgo, los factores de riesgo, los tipos de caídas, las consecuencias, los momentos críticos y la intervención.

2.1. GRUPOS DE RIESGO DE CAÍDAS

1) BAJO Riesgo de Caídas

- a. Personas Inmóviles ó Semi-inmóviles.
- b. Personas que conservan una Buena Movilidad y Estabilidad. En este grupo estarían, entre otras, las personas usuarias “Deambuladoras Estables”.
- c. Otras personas con Bajo Riesgo de Caídas.

2) MEDIO Riesgo de Caídas

Personas que sin llegar a presentar un alto riesgo de caída, sí muestran cierta inestabilidad al caminar: estas personas tendrán que ser supervisadas.

3) ALTO Riesgo de Caídas

Estas personas tienen que tener una VIGILANCIA CONTINUA (control cada 10/15 minutos, en rondas de observación) .

- a. Personas con Movilidad pero con Inestabilidad y Sin Deterioro Cognitivo.
- b. Personas con Movilidad pero con Inestabilidad y Con Deterioro Cognitivo: Personas Usuarias “Deambuladores Inestables”.
- c. Personas que están en el Sillón ó la Silla de Ruedas y no caminan pero:
 - i. Tienen tendencia a levantarse del sillón ó silla de Ruedas con la intención de caminar.
 - ii. Tienen tendencia a Incorporarse, Balancearse y Tirarse hacia delante en el sillón ó silla de ruedas.
- d. Personas que se mueven mucho en la cama.

2.2. FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS

1) Factores Intrínsecos (debidos al propio Envejecimiento y a las Enfermedades)

- a. Problemas de Visión: Disminución de la Agudeza Visual, Ceguera, Cataratas,...
- b. Problemas de Oído: Sordera, Vértigo,...
- c. Enlentecimiento de los Reflejos
- d. Patología mecánica en general
- e.
 - i. Patología Psiquiátrica aguda y crónica.
 - ii. Patología Neurodegenerativa:
 - 1. Demencias primarias
Corticales: E. de Alzheimer, Afasia progresiva primaria, Apraxia progresiva primaria y Demencia cortical posterior.
Subcorticales: E.de Parkinson, Parálisis supranuclear progresiva, Atrofia multisistémica, Enfermedad de Huntington.
Demencias Vasculares. ACVA, Infarto cerebral y Multinfartos
Demencias mixtas. Demencia Cuerpos de Lewy, Demencia fronto-temporal, Degeneración cortico basal
 - 2. Demencias secundarias.
Hidrocefalia cerebral, Tumores cerebrales, Patología tiroidea, Diabetes, Intoxicaciones, etc.
- f. Pérdida de atención y concentración
- g. Debilidad por encamamiento

2) Factores Extrínsecos (debidos al Entorno que rodea a la persona mayor)

- a. Fármacos: Secundarismos de las medicaciones
- b. Abuso de tabaco y alcohol
- c. En la Vivienda:
 - Suelos: mojados, con desniveles, con objetos sueltos,...
 - Iluminación: iluminación insuficiente

- Escaleras sin pasamanos
- Mobiliario de dormitorios y baños
- d. En el Exterior:
 - Aceras con desniveles y obstáculos (farolas, contenedores, señales de tráfico, etc), charcos, ...
 - Meteorología adversa. Poca iluminación en las calles y deambulacion peligrosa
- e. En los Medios de Transporte:
 - Movimientos Bruscos del Vehículo.
 - Tiempos Cortos para entrar y salir.

2.3. TIPOS DE CAÍDAS: ¿DÓNDE SE PUEDEN CAER?:

- 1) **Tipo de Caída 1:** Caminando
- 2) **Tipo de Caída 2:** Del Sillón ó Silla
- 3) **Tipo de Caída 3:** De la Silla de Ruedas
- 4) **Tipo de Caída 4:** De la Cama

2.4. CONSECUENCIAS DE LAS CAÍDAS

Consecuencias: Fracturas / Hematomas / Dolor...

La persona mayor es un paciente difícil de rehabilitar debido a:

- Que pone poco de su parte para rehabilitarse: La rehabilitación supone esfuerzo y sacrificio que él/ella no está dispuesto a realizar.
- Si presenta *Deterioro Cognitivo* no comprende las órdenes, con lo cual no colabora en los ejercicios.

La rehabilitación de una persona mayor es difícil e incompleta, lo que hace que dicha persona se transforme en una persona dependiente con dificultades en las Actividades de la Vida Diaria (caminar, asearse, comer, etc)]: **PIERDE** por tanto **CAPACIDAD FUNCIONAL**.

2.5. ANÁLISIS DE LOS MOMENTOS DEL DÍA MÁS CRÍTICOS DE RIESGO DE CAÍDAS

Una persona mayor puede caerse en cualquier momento. Sin embargo, los momentos más críticos para nosotros son:

- 1) Momento **DESAYUNOS:** Por las mañanas, cuando se comienza a levantar y se *les va dejando en el comedor para desayunar.*
- 2) Momento **MEDIA MAÑANA:** Después de los desayunos, se les va llevando a las diferentes salas.
- 3) Momento **SIESTAS:** Mientras están en las salas, y se les va levantando para llevar al aseo.
- 4) Momento **AL ACOSTAR:** Después de cenar cuando están en el comedor o cuando se les va dejando en las habitaciones para empezar a acostar.
- 5) Momento **NOCHE:** De noche, en habitaciones y/o pasillos:
 - a. Cuando se levantan de la cama para ir al baño.
 - b. Personas Deambuladoras y que están constantemente levantándose de la cama.
- 6) Momento **EXTERIOR:** Cuando salen al jardín o a la terraza
- 7) Momento al **MOVILIZAR:**

- a. Realizando las transferencias cama - silla /silla - cama.
- b. Aseándole: En la Cama / Ducha / Baño.

2.6. INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Tipos de Intervenciones: Personas, Físicas, Químicas, Protocolos, Vigilancia, Medidas de seguridad

1) Intervención de PERSONAS

a. EQUIPO SANITARIO (MÉDICO/ENFERMERIA/FISIOTERAPEUTA)

- i. Valora el RIESGO DE CAÍDAS de cada persona:
 - Al ingreso en la Valoración de Cuidados indica a qué Grupo pertenece
 - Crea y mantiene actualizado el Grupo de Riesgo de Caídas donde se especifica a qué Tipo de Grupo pertenecen
- ii. Habla con las FAMILIAS:
 - Les informa del Riesgo de Caída existente para su familiar.
 - Llega a un acuerdo con la familia, en relación a las Intervenciones de Prevención de Caídas que fuera necesario establecer: Sobre todo acordará con el familiar referente la utilización de Intervenciones que sean estrictamente necesarias SUJECIONES FÍSICAS Ó QUÍMICAS
- iii. Indica al resto del personal las INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS que fuera necesario establecer:
 - Intervención Personas
 - Intervenciones Físicas
 - Intervenciones Químicas
 - Intervención Protocolos y Procesos
- iv. Supervisa y Analiza el REGISTRO DE CAÍDA y NO CAIDAS
- v. Anualmente, al comienzo de cada año valora:
 - Si se ha mejorado ó no en la prevención de caídas y No Caídas, si hemos tenido menos caídas y no caídas que en años precedentes.
 - Si el PROTOCOLO CAÍDAS Y NO CAÍDAS es suficiente para evitar caídas ó por el contrario hay que mejorarlo.

b. OBSERVADORES 1

- i. Se aseguran en todo momento de que en su planta:
 - Las MEDIDAS DE SEGURIDAD se respetan y se cumplen: Ver más adelante el apartado MEDIDAS DE SEGURIDAD
 - Los suelos no estén mojados ó resbaladizos:
 - Vigilará especialmente los baños: Si los ve mojados, avisa al personal de limpieza para que los seque.
 - Vigilará que no haya líquidos derramados en el salón. Si ve líquido derramado, avisa al personal de limpieza para que lo seque.

- No haya obstáculos en el suelo (cajas, carros, etc) que impidan caminar: Si los hay mandará retirarlos a quien sea el responsable de ello ó los retirará ella misma.
 - Que las personas lleven zapatos seguros (tacón bajo, suela antideslizante y el talón cubierto) y ropa cómoda y con un largo adecuado.
 - Las RONDAS DE VIGILANCIA DE CAÍDAS se hagan correctamente.
- ii. Se aseguran de que no falta ninguna persona en sus lugares habituales y de que todos estén bien
 - iii. Realizan las Rondas de Vigilancia Rápidas por las salas

SON OBSERVADORES 1:

PLANTA BAJA:	Mpb – Tpb/ M9 - T5
1º PLANTA:	M3 - T1
2º PLANTA:	M5 - T2
3º PLANTA:	M4 - T4
TURNO NOCHE:	N

c. OBSERVADORES 2:

- i. Realizan las RONDAS DE VIGILANCIA DE CAÍDAS:
 - Dan “una vuelta” por la Planta (mirando incluso en los baños geriátricos) para vigilar que las personas están bien.
 - Mirar al exterior (jardines) para comprobar que no hay ningún residente que esté corriendo peligro de caerse ó se haya caído:

Las Rondas de Vigilancia de Caídas se harán:

- De día: Cada ¼ hora.
 - De noche: Cada 2 horas y Cada hora por las habitaciones de personas que se levanten mucho de la cama.
- ii. Tanto de día como de noche pondrán especial cuidado y más frecuencia a la vigilancia de las personas que presentan ALTO Y MEDIO RIESGO DE CAÍDAS. (Ver GRUPOS DE RIEGOS DE CAIDAS)
 - iii. Se aseguran que las personas con ALTO RIESGO de caídas estén siempre vigiladas o acompañadas cuando caminan.
 - iv. Realizan cuando corresponda RONDAS DE VIGILANCIAS RAPIDAS. (mirada rápida por salas o comedores).

d. TODO EL PERSONAL

- i. Conocerá perfectamente el PROTOCOLO CAÍDAS Y NO CAÍDAS.
- ii. Informará a enfermería de:
 - Cualquier situación que sea potencialmente causante de caída.
 - Cualquier signo ó problema que haya detectado en alguna persona y que considere que puede ser causa de Caída.
- iii. Todo el personal estará especialmente COMPROMETIDO a seguir el protocolo.
- iv. Conocerá y seguirá estrictamente las medidas pautadas

2) Intervenciones FÍSICAS

- Cinturones de Sujeción en silla o en cama
- Barras de camas, protectores de cama
- Sentar a la persona en un Sillón de Respaldo Alto.
- Utilizar cama-somier bajo en casos necesarios
- Etc.

3) Intervenciones QUÍMICAS

- Fármacos Psicótopos que eviten que la persona mayor se levante constantemente.
- Etc.

4) Intervención PROTOCOLOS Y PROCESOS

INTERVENCIÓN PREVENTIVA DE LOS MOMENTOS DE RIESGO DE CAÍDAS

- Momento 1 - DESAYUNOS: PAUTAS PARA LEVANTAR
- Momento 2 - MEDIODIA: PAUTAS PERSONAS NO SOLAS
- Momento 3 - SIESTAS: PAUTAS PARA ACOSTAR SIESTAS
- Momento 4 - AL ACOSTAR: PAUTAS PARA ACOSTAR
- Momento 5 – NOCHE: PAUTAS TURNO NOCHE
- Momento 6 – EXTERIOR: PAUTAS SUPERVISION EN EXTERIOR
- Momento 7 - AL MOVILIZAR: PAUTAS MOVILIZACION RESIDENTES

5) Intervención 24 HORAS DE VIGILANCIA

- Siempre alguien ejerce de OBSERVADOR DE CAÍDAS las 24 horas
- Las personas están controladas en todo momento.
- Se cubre la vigilancia de las personas hora por hora.

a. OBSERVADORES 1

PLANTA BAJA: Mpb –Tpb / M9-T5
 1º PLANTA: M3 – T1
 2º PLANTA: M5 – T2
 3º PLANTA: M4 – T4
 TURNO NOCHE: AUX. NOCHE

b. OBSERVADORES 2

PLANTA BAJA: M6- Tpb
 1º PLANTA: M2 – T3
 2º PLANTA: M1 – T2
 3º PLANTA: M8 – T4
 TURNO NOCHE: LIMPIADORA DE NOCHE

PAUTAS PARA OBSERVADORES 2 – TURNO MAÑANA

En TODAS LAS PLANTAS colaboran:

Limpieza M1,M2 Y M3 (mientras sirven desayunos y trabajan en plantas)
DUE, mientras hacen curas y reparten medicación, y de 14,30h a 15h en 2ª P
Fisioterapeuta (mientras realiza gimnasia en salas y rehabilitación en sala)
TASOC (mientras realiza actividades en salas)
Responsable de auxiliares (según necesidad y cuando está en planta)
Trabajadora Social (según necesidad y cuando está en planta)
Coordinadora (según necesidad y cuando está en planta)

1. **DESAYUNOS:** Vigilan cada vez que se deja a un residente en el comedor.

- Vigilancia permanente mientras se dan los desayunos
M2 en Comedor 1º Planta
M1L en Comedor PB
M1 en Comedor 2º Planta
- PERSONAS CON RIESGO ALTO o MEDIO DE CAÍDAS: Después de desayunar, dejarles sentadas en el salón
- Cada vez que una de las auxiliares baja desde planta a Planta Baja acompañando a una persona, hace una “RONDA DE VIGILANCIA RAPIDA” antes de volver a subir a la planta.
- Cuando se lleva de habitación a comedor, o comedor-sala, también se realiza RONDA DE VIGILANCIA RAPIDA.

2. **MEDIA MAÑANA:** Mientras se hacen las camas o se lleva a los residentes al WC, etc.se realizan RONDAS DE VIGILANCIA RAPIDA

3. **SIESTAS:** los residentes saldrán del Comedor de la siguiente manera:

- PERSONAS DE RIESGO BAJO DE CAÍDAS: Salen solas y cuando quieren, salen por su cuenta.
- PERSONAS DE RIESGO MEDIO: Pueden salir cuando quieran pero se vigilará su salida hasta que se sienten en el Salón.
- PERSONAS DE RIESGO ALTO: Salen las últimas o las primeras en función de la pauta organizativa establecida que asegura su supervisión (Ver tarjetas)
- Durante la siesta: se vigila interrumpiendo el trabajo para hacer una ronda de vigilancia rápida por las salas cada 10 minutos. Las tareas diarias se irán realizando de manera alterna para que se pueda realizar la vigilancia.
- De 14.15 a 14.45, control permanente de las Salas hasta que llega el relevo de la tarde.

PAUTAS PARA OBSERVADORES 2 – TURNO TARDE

En TODAS LAS PLANTAS colaboran:

Limpieza TL (mientras limpia en planta)
DUE (mientras realiza sus tareas)
Fisioterapeuta (mientras realiza rehabilitación en planta)
TASOC (mientras realiza actividades en salas)
Trabajadora Social (según necesidad y cuando está en planta)
Responsable de auxiliares (según necesidad y cuando está en planta)

Coordinadora (según necesidad y cuando está en planta)

1. ORGANIZACIÓN TAREAS DE TARDE

- Las auxiliares de cada planta organizarán sus tareas de levantar siestas, acompañar al baño y demás de manera que:
 - La observadora 1 da una mirada cada 10 minutos por la planta.
 - Se deje a las personas solas en la sala únicamente para levantar a otras que requieran de dos personas ó para hacer cambios de pañal que requieran de dos personas. **SALITA SIEMPRE SUPERVISADOS.**
- Las tareas que requieran de las dos Auxiliares trabajando juntas se irán realizando de manera alterna para que se pueda realizar la ronda de vigilancia de caídas (por ejemplo, abrir camas, sacar ropas, etc.)
- Mientras se dan las meriendas, las auxiliares realizarán sus tareas de ir al office a por los carros o de dar encamados, si hubiere, de tal manera que una pueda vigilar prácticamente en todo momento la planta
- Poner a andar **SEGÚN PROGRAMA DE MOVILIZACIONES** a las personas
- Vigilar con especial atención a las de **RIESGO MEDIO** y **ALTO DE CAÍDAS.**

2. EXTERIOR: cada 15 minutos, la observadora 2/Limpiadora TL se dará una vuelta por el jardín exterior o terraza para comprobar que todos los residentes estén bien.

3. AL ACOSTAR: Para ir a la cama los residentes saldrán del Comedor de la siguiente manera:

- **PERSONAS DE RIESGO BAJO DE CAÍDAS:** Salen solas y cuando quieren, salen por su cuenta.
- **PERSONAS DE RIESGO MEDIO:** Pueden salir cuando quieran pero se vigilará su salida
- **PERSONAS DE RIESGO ALTO:** Salen las últimas o las primeras en función de la pauta organizativa establecida que asegura su supervisión (Ver tarjetas)

Pautas al ACOSTAR:

- 1) **RECORDAR** a los residentes, en el momento de acostarles, que deben tocar el timbre: Las auxiliares lo harán siempre, cada vez que acuesten a una persona, intentando que acaben aprendiendo a tocar el timbre.
- 2) Persona que se lleva a acostar con **ALTO RIESGO DE CAIDAS:** Se le mete en la habitación y se le mete **SEGUIDO** a la cama
- 3) Dejar todo lo que necesite, al alcance de la mano de la persona que está acostada para evitar que se levante a cogerlo.
- 4) Cada vez que una de las auxiliares baja o sube de planta, hace una **“RONDA DE VIGILANCIA RÁPIDA”** antes de volver a subir o bajar.
- 5) Se dejarán cerradas las puertas de las habitaciones.
- 6) Es de vital importancia mantener las puertas de las escaleras cerradas en todo momento.

Mientras se va acostando: se irá vigilando interrumpiendo el trabajo para hacer una ronda de vigilancia rápida por las salas cada 15 minutos

PAUTAS PARA OBSERVADORES 2 – TURNO DE NOCHE

1. Las Rondas de Vigilancia de Caídas por las noches se harán como norma CADA 2 HORAS
2. Por las habitaciones de personas que se levanten mucho se pasará cada hora.
3. A las personas que tiendan a levantarse de la cama sin tocar el timbre: se les enseñará a tocar el timbre. La auxiliar lo hará siempre, cada vez que entre a la habitación y cuando ésta esté despierta, intentando que a fuerza de insistir acabe aprendiendo a tocar el timbre.
 - a) Por las habitaciones de usuarios autónomos, sin riesgo de caídas, se realizarán las rondas según planificación de tareas del turno de noche.
 - b) Rondas de Vigilancia de personas que puntualmente requieran de mayor control por pauta de enfermería: se realizará cada hora y siguiendo pautas que se den para cada caso en el parte de auxiliares.

TODO EL PERSONAL estará comprometido a avisar de cualquier caída o riesgo de caída que se observe.

6) MEDIDAS DE SEGURIDAD

Los **Observadores 1** se aseguran de que se cumplen las siguientes medidas:

- i. En cuanto oigamos gritos y/o ruidos acudir de inmediato al lugar
- ii. Las camas con ruedas deben estar siempre frenadas
- iii. Las sillas de ruedas deben estar siempre frenadas cuando estén paradas.
- iv. Personas CON ALTO RIESGO DE CAIDAS a las que se les lleva a acostar meterles a la cama seguido SIN DEJARLAS SOLAS.
- v. No dejar NUNCA a las personas mayores solas durante las transferencias Silla de Ruedas- Cama-Sillón. Antes de hacer la transferencia sujetar bien al residente.
- vi. PERSONAS DEAMBULADORAS: Las Auxiliares procurarán que estén el mayor tiempo posible a su lado para poderles vigilar mejor:
 - Durante las Comidas
 - Mientras están haciendo supervisión en las salas
 - Mientras se pone el comedor o se hacen camas
- vii. Todo el personal colaborará en la vigilancia
- viii. Las puertas de las escaleras deben estar siempre cerradas
- ix. Dejaremos todo lo que necesite el residente al alcance de su mano para evitar que se levante a cogerlo
- x. Turno de Noche: Al iniciar el turno, verificar que todas las puertas con salida al exterior estén cerradas.

7) ACTITUDES QUE DEBE TENER EL PERSONAL

- i. Ser sensibles a las alarmas y atenderlas inmediatamente.
- ii. Ser rigurosos con las rondas de vigilancia.

- iii. Llevar al residente a la cama cuando se den situaciones que puedan aumentar el riesgo de caída.
- iv. Fomentar la cultura de la movilidad ofreciendo actividades relacionadas con el ejercicio, la psicoestimulación,...
- v. Recordar a los residentes cómo tocar el timbre, para que aprendan a llamar de inmediato cuando necesiten ayuda para levantarse.

3. PROCESO DE ACTUACION

Objetivo: Atender correctamente, inmediatamente y de una manera profesional a la persona que se ha caído.

Todas las caídas y golpes SIN EXCEPCIÓN deben ser:

- Informadas a enfermería y a la coordinadora
- Anotadas en el libro de incidencias y registradas en resiplus
- Valoradas por el equipo Sanitario (Médico/DUEs)

PASOS A SEGUIR EN CASO DE CAÍDA DE UNA PERSONA

1. **Si el Médico ó DUE está en el Centro:** se le avisa de INMEDIATO
2. **Si no están ni DUE ni médico en el Centro:** Le pregunta a la persona si está bien y dónde le duele: Valora si en la zona donde el residente dice que le duele puede haber FRACTURA:
 1. Posibles signos de Fractura:
 - a. Hematoma en la zona de dolor.
 - b. Fractura de Cadera:
 - i. Una pierna más larga que la otra.
 - ii. Una pierna rotada con el pie girado hacia el exterior.
 - iii. Cojera.
 - c. Fractura de Brazo u Hombro:
 - i. Brazo u hombro deforme.
 - ii. Brazo doblado y rotado hacia adentro.
 - d. Fractura de Dedos:
 - i. Dedos inmóviles que no se pueden doblar.
 - ii. Dedos hinchados y con hematoma.
 - e. Fractura de Nariz:
 - i. Epistaxis (Hemorragia nasal).
 - ii. Nariz hinchada.
 2. Si se sospecha de fractura:
 - a. Llamar a URGENCIAS
 - b. Cuando llegue el médico de Urgencias, informar a la familia y que el médico comunique los pasos a seguir.
 3. Si no se sospecha de fractura:
 - a. Levanta a la persona (despacio para que no se maree) y se le traslada en silla de ruedas.
 - b. Enfermería cuando llegue al centro, avisará a la familia

SIEMPRE se REGISTRARÁ la Caída o No Caída en Resiplus y en el Parte de Auxiliares.