

Restricciones físicas.

¿Deben usarse?

¿Cuáles, cuándo y cómo?



Dra. Ana Urrutia Beaskoa
Presidenta de la Fundación Cuidados Dignos



RESTRICCIONES

¿DEBEN USARSE?

Desde nuestro punto de vista:

**No son necesarias o solamente
lo son en situaciones muy
concretas**



RESTRICCIONES

¿POR QUÉ NO DEBEN USARSE?

1. CREENCIAS Y REALIDADES

Las razones que se aducen para el uso de sujeciones físicas son creencias y no realidades

CREENCIA	REALIDAD
<p>El uso de sujeciones previene de caídas y lesiones resultantes</p>	<p>Las personas a las que se les imponen sujeciones presentan el mismo riesgo, o mayor de caídas que aquellas que no las utilizan.</p> <p>Los centros donde se utilizan sujeciones experimentan una mayor incidencia de lesiones graves como consecuencia de caídas</p> <p>El uso de sujeciones aumenta la fragilidad del paciente, aumentando el riesgo de caídas</p>
<p>Las sujeciones corrigen la postura</p>	<p>Un mobiliario correctamente diseñado y adaptado a las necesidades del paciente corrige mejor su postura</p>
<p>Las sujeciones previenen la deambulación con riesgo</p>	<p>No existe la deambulación “sin riesgo”</p> <p>Las medidas de seguridad y el diseño de espacios “seguros” son más eficaces</p> <p>Los pacientes a los que se les permite deambular mejoran la potencia muscular, mejoran el equilibrio y “saben caerse” → Estos pacientes presentan una deambulación “más segura”</p>
<p>Las sujeciones previenen la interferencia con el tratamiento médico</p>	<p>Las sujeciones producen tal cantidad de efectos secundarios que son “ellas” las que interfieren en el tratamiento</p>

CREENCIA	REALIDAD
<p>La falta de personal idóneo hace necesario el uso de sujeciones</p>	<p>No existe personal NO IDÓNEO, sino personal NO FORMADO</p>
<p>Atender a las personas es más fácil y se realiza de forma más eficiente mediante el uso de sujeciones</p>	<p>Las sujeciones crean mayor dependencia en el paciente, necesitando éste mayor cuidado por parte del personal sanitario</p> <p>El uso continuado de sujeciones denota una falta de eficiencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Provoca en el paciente efectos adversos físicos, psicoemocionales y sociales 2) Puede constituir una violación de los derechos fundamentales 3) Provoca efectos negativos en los profesionales de la salud
<p>Los centros que utilizan sujeciones son menos vulnerables a las sanciones legales</p>	<p>Las experiencias en otros países indican que:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Han prosperado pocas denuncias basándose en el no uso de sujeciones - El uso de sujeciones SÍ aumenta el riesgo de denuncias b) Una correcta gestión y documentación del “control de sujeciones” o de su “no uso” protege frente a posibles denuncias c) Los centros y el personal pueden ser considerados RESPONSABLES cuando se utiliza las sujeciones por propia comodidad

CREENCIA	REALIDAD
Las familias exigen una atención exenta de riesgos y prefieren el uso de sujeciones	Las familias acaban aceptando las sujeciones porque no se les ofrecen otras alternativas y por lo tanto se basan en la creencia de que no se puede cuidar de otra manera Pero cada vez son más las familias que optan por escoger el “riesgo controlado”

Todos los razonamientos que defienden la utilización de sujeciones mecánicas están basadas en mitos, en creencias, no en la realidad.

Aunque las sujeciones restrictivas están diseñadas para proteger a pacientes de las caídas y de sufrir lesiones, no son la mejor opción ni representan la mejor solución, con la excepción de circunstancias extremas.

No existe ninguna prueba documentada de que las sujeciones restrictivas sean efectivas para conseguir los objetivos que perseguimos con su uso.

2. MALTRATO

Algunos expertos correlacionan el uso de sujeciones con el maltrato

3. DIGNIDAD

Están asociadas a sentimientos de pérdida de dignidad

4. EMPATÍA

Porque la empatía nos dice:

“yo no quisiera eso para mí”

5. MEJORA

El no uso de sujeciones conduce a MEJORAR, INNOVAR y a SUPERAR la incapacidad o el desconocimiento

... al fin y al cabo, **sólo** se trata de cambiar la **cultura** de la organización:

DE sujetamos para proteger pasamos A Protegemos para no Sujetar....

DE la sujeción forma parte de la terapia pasamos A la Terapia es la No Sujeción.....

...y eso,.....está en nuestra mano.....



RESTRICCIONES

¿CUÁLES?

SUJECCIÓN FÍSICA:

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

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

SUJECCIÓN QUÍMICA:

“El uso de fármacos, fundamentalmente aquellos que actúan a nivel del SNC, que reducen la movilidad de la persona, de manera que quedan inhibidas sus actividades (salir de la cama, ir al cuarto de baño, participar en actividades sociales,...) con el objetivo de manejar o controlar una conducta inadecuada o molesta (p. e.: vagabundeo, agresividad verbal, no colaboración en los cuidados, etc.), que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado; dicho de otro modo, es el uso de fármacos (psicotrópicos o no) para manejar un problema para el cual existe un tratamiento mejor.”

(Adaptado de Tideiksaar (2005) y Burgueño)

DEFINICIONES LIBERA-GER

SUJECCIÓN:

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, palabra u obra que se utiliza con el propósito o la intención de limitar o constreñir (sin llegar a impedir) la libre circulación o capacidad de toma de decisiones de uno mismo o de una tercera persona.



TIPOS DE SUJECIONES Y RESTRICCIONES					
SUJECIÓN	Voluntaria	Con Carácter Restrictivo	Minor	1	
			Major	2	
		Sin Carácter Restrictivo			3
	Involuntaria	Con Carácter Restrictivo	Minor	4	
			Major	5	
		Sin Carácter Restrictivo			6
RESTRICCIÓN (RESTRICCIÓN SIN SUJECIÓN = MAL MENOR)	Voluntaria			Minor	7 "MAL MENOR VOLUNTARIO"
				Major	
	Involuntaria			Minor	8 "MAL MENOR INVOLUNTARIO"
				Major	

LIBERA-GER:

Trabaja las **SUJECCIONES INVOLUNTARIAS** (casos 4, 5 y 6 de la tabla anterior) y se utiliza como alternativa a estas sujeciones el **MAL MENOR INVOLUNTARIO o RESTRICCIONES INVOLUNTARIAS** (caso 8), tanto si se trata de elementos físicos (sujeciones físicas) o químicos (sujeciones químicas).



RESTRICCIONES

¿CUÁNDO?

INDICACIONES:

- 1) Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de la persona: Prevención de Autolesiones.
- 2) Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de terceras personas: Prevención de lesiones o peligro para la Vida de otras personas.
- 3) Protección de Programas Terapéuticos del propio paciente o de otros.
- 4) Necesidad de Reposo.



RESTRICCIONES

¿CUÁNDO NO?

CONTRAINDICACIONES:

- 1) Como castigo ante una trasgresión o conducta molesta, por antipatía o como demostración de fuerza hacia la persona.
- 2) Por conveniencia o comodidad del personal o de otros residentes, como sustitutivo de vigilancia.
- 3) En el momento del ingreso, para evitar la realización de una valoración geriátrica que revise su indicación.
- 4) Evitar caídas.



RESTRICCIONES

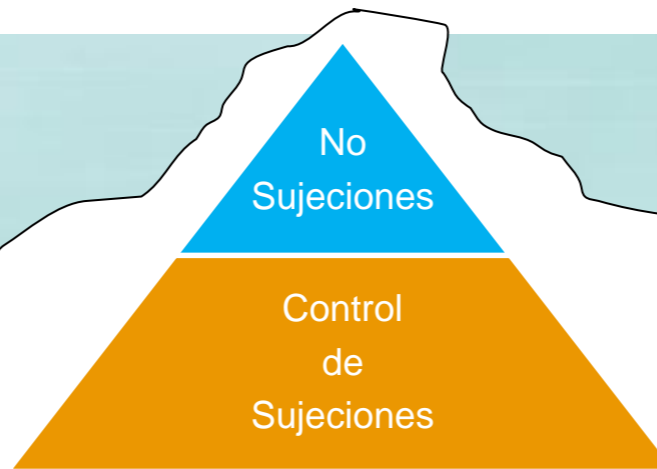
¿CÓMO NO?

Integrando las NO SUJECIONES en la
ESTRATEGIA de la organización



Norma
Libera-Ger

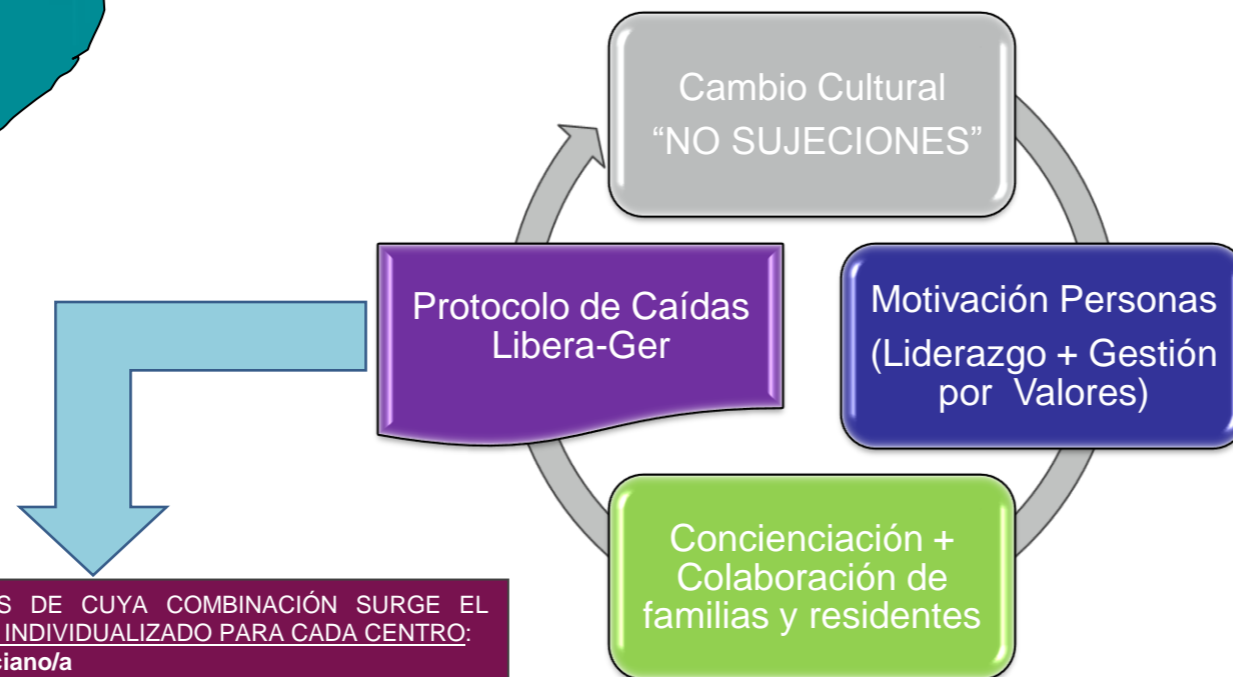
Metodología “Libera – Ger Iceberg”



Dirección por Valores

Desarrollo de las Personas

Gestión de la Innovación



PARÁMETROS DE CUYA COMBINACIÓN SURGE EL PROTOCOLO INDIVIDUALIZADO PARA CADA CENTRO:

- Tipo de Anciano/a
- Factores Intrínsecos y Factores Extrínsecos
- Tipo de Caída
- Momento del día de Riesgo
- Intervenciones Preventivas

Gestión de la Calidad

Gestión POR Procesos Liderazgo Transformacional

Modelo de Excelencia

Modelo Vida y Persona

Gestión Ética
RSE

Sistema de Desarrollo de Calidad de Vida



**LA ORGANIZACIÓN
SE FORMA Y SENSIBILIZA
HACIA EL NO USO DE SUJECIONES**



CAMBIA LA
CULTURA DE LA ORGANIZACIÓN
HACIA UNA **CULTURA NO SUJECIONES**



**LA ORGANIZACIÓN SE SIENTE SEGURA,
SIENTE QUE NO NECESITA USAR SUJECIONES,
Y GENERA ALTERNATIVAS DESDE UNA
MENTALIDAD NO SUJECIONES**

ÁREAS DE GESTIÓN LG

Cambio Cultura No Sujeciones

- Vencer la **Rigidez al Cambio - Coaching.**
- **Áreas Sanitarias Libera-Ger.**
- **Control y Revisión de Sujeciones.**
- **Cultura de la Movilidad.**
- **Cultura de Protección Legal.**
- **Características Espaciales del centro.**
- **Recursos Tecnológicos.**

ÁREAS DE GESTIÓN LG

Motivación de las Personas

- Preparación de un **Equipo Líder coach.**
- **Liderazgo Transformacional.**
- **Cultura de Seguridad y Confianza.**

ÁREAS DE GESTIÓN LG

Concienciación y Colaboración Familiares y Usuarios

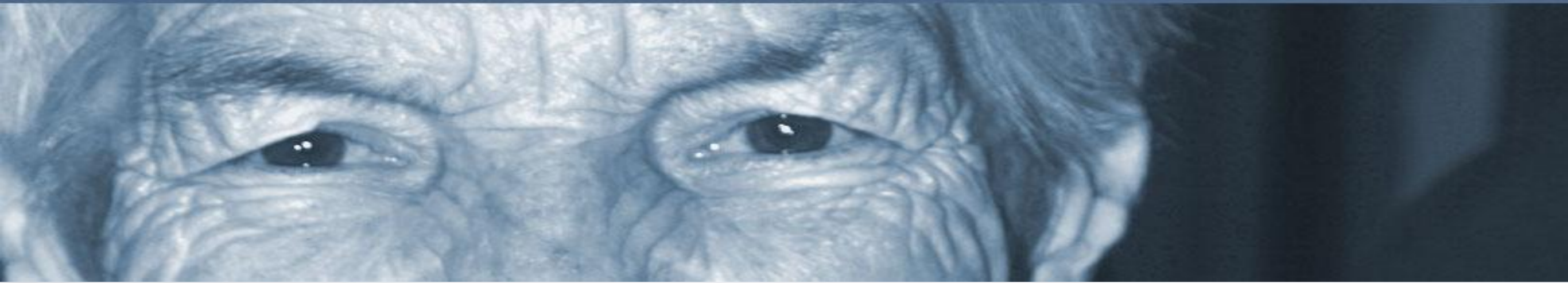
- Formación de Usuarios y Familiares - **Concienciación.**
- Trabajo con Usuarios y Familiares – **Colaboración.**
- Contrato – **Compromiso.**
- Consentimiento Informado - **Protección Legal.**

ÁREAS DE GESTIÓN LG

Protocolo de Caídas y No Caídas LG

- **Prevención de Caídas:**
 - a) Valoración del Riesgo de Caída.
 - b) Reducción del Riesgo de caídas – Alternativas Preventivas.
 - c) **La Tela de Araña Libera-Ger.**

- **Valoración y Evaluación (Tratamiento) de las Caídas:**
Registro de Caídas y No Caídas – Herramienta Informática.



RESTRICCIONES

¿PARA QUÉ NO?

Beneficios Físicos:

- **Disminución de:**
 - Riesgo de caídas
 - Úlceras por presión
 - Autolesiones
 - Infecciones
 - Estreñimiento
 - Atrofia y debilidad
 - Riesgo de traumatismos en la piel
 - Riesgo de contracturas musculares
 - Riesgo de edema
 - Riesgo de disminución de la densidad ósea (con menor susceptibilidad para las fracturas)
 - Riesgo de sobrecarga cardíaca
- **Mejora de:**
 - Apetito
 - Tono muscular
 - Movilidad, coordinación y equilibrio (“Aprenden a caerse”)

Beneficios Psicoemocionales:

- **Desaparición de estados psicoemocionales ligados al uso de sujeciones:**
 - Agitación
 - Agresividad
 - Angustia
 - Ansiedad
 - Apatía
 - Confusión
 - Depresión
 - Desesperanza
 - Deterioro cognitivo
 - Ira
 - Miedo – pánico
 - Trastorno confusional
 - Vivencias y recuerdos traumáticos
 - Sensación de atrapamiento

Beneficios Sociales:

- **Desaparición de vivencias sociales ligadas al uso de sujeciones:**
 - Vergüenza – humillación
 - Sentimientos de Aislamiento y deshumanización
 - Pérdida de autonomía – dependencia
- **Recuperación del rol social dentro del grupo de usuarios (recuperación de la “imagen social”).**

Adaptado de: Manual para la aplicación y buen uso de medidas de restricción física en Residencias de Personas Mayores, Joanne Rader, Nursing Home Quality Initiative, Antonio Burgueño y elaboración propia de la Norma Libera-Ger.

EI NO USO DE SUJECIONES implica un menor riesgo de caídas y que éstas, si se producen, tengan como consecuencia lesiones de menor gravedad.

Adaptado de: Manual para la aplicación y buen uso de medidas de restricción física en Residencias de Personas Mayores, Joanne Rader, Nursing Home Quality Initiative, Antonio Burgueño y elaboración propia de la Norma Libera-Ger.

Resultados de la Experiencia en Torrezuri:

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

SÍ

Nosotros lo hemos hecho... y otros lo han
hecho...y otros lo están haciendo...

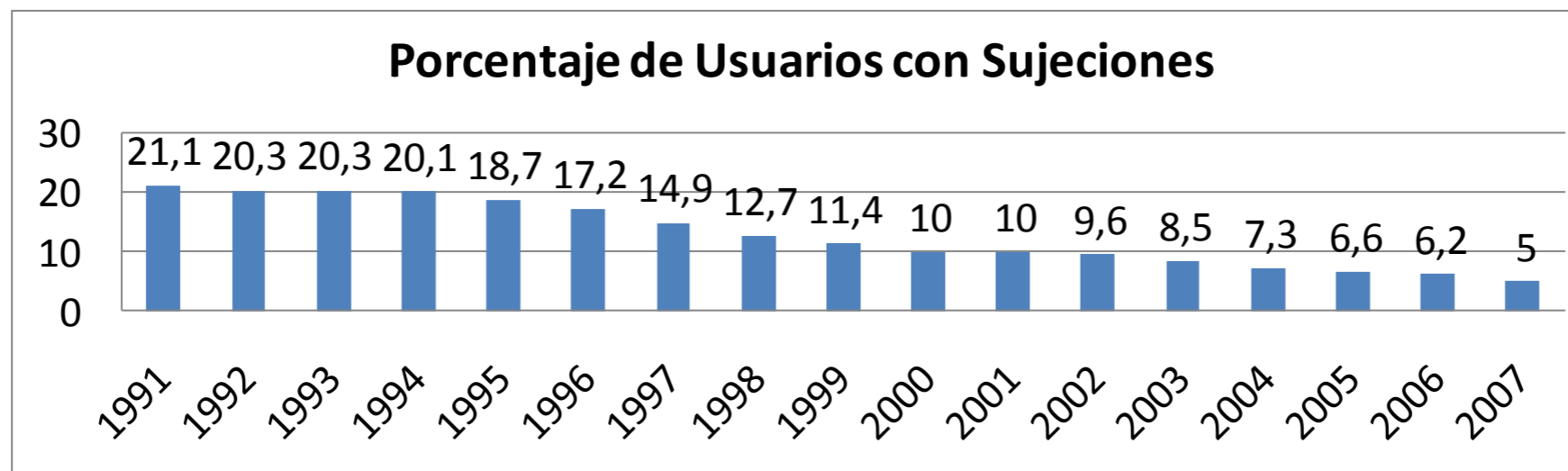


RESTRICCIONES NO

¿SE PUEDE HACER?

OTRAS EXPERIENCIAS:

El uso de sujeciones en Estados Unidos ha disminuido notablemente desde que entró en vigor el OBRA'87. La prevalencia en uso de sujeciones en 1980 era de aproximadamente el 41% (cercano a la prevalencia en España en 1997), en 1991 era de 21,1% y ha descendido hasta un 5% en 2007.



EEUU: El Centro de Grupos de Análisis y Certificación para Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Sociales a través de la Organización de Mejora de la Calidad (QIO) realiza:

- **Proyectos de Cambio de Cultura.**
- **Estrategias Alternativas de Manejo de Residentes.**

EEUU: **Estudios de cambio de cultura y eliminación de sujeciones de** Capezuti, Evans y Strumpf (colaboradores de la Norma Libera-Ger).

Universidad de Maastricht - Prof. dr. Jan PH Hamers: **Proyecto Piloto “STOP the belt”**.



RESTRICCIONES NO

**¿QUIERE ALGUIEN
CAMINAR CON NOSOTROS?**



COMITÉ DE EXPERTOS

COLABORADORES NACIONALES asistentes a la Primera Reunión del COMITÉ DE EXPERTOS (Bilbao 14-05-2010):

- **Miren Niño Vivo** – *ASPALDIKO* (Directora Asistencial y Médico)
- **Susana González Liébana** – *ASPALDIKO* (Médico)
- **Begoña Pablos de Prado** – *COLEGIO DE MÉDICOS DE BIZKAIA* (Directora Departamento)
- **Amaia Bayo Rekalde** – *DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA* (Jefa de Sección de Prestaciones Individuales para Ingresos en Centros)
- **Lourdes Zurbanobeaskoetxea Laraudogoitia** – *DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA* (Jefa Servicio de Valoración y Orientación)

- **Elena Aguirrezabala Gurrutxaga** – *DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA*
(Inspectora Servicio Inspección de S. S.)
- **M^a Dolores Alkorta Larrañaga** – *DIPUTACIÓN FORAL DE GIPUZKOA* (Jefa
Sección Inspección de S. S.)
- **Iluminada Martínez López** – *EULEN* (Responsable Residencias)
- **Ana Urrutia Beaskoa** – *Fundación CUIDADOS DIGNOS* (Presidenta)
- **Irune Erdoiza Inunciaga** – *Fundación CUIDADOS DIGNOS* (Secretaria)
- **Jesús María Aizpurua Etxaniz** – *Fundación CUIDADOS DIGNOS* (Vocal de
Calidad)
- **Ana Olaizola Pildain** – *Fundación MATIA* (Enfermera Referencial Centro Rezola)

- **Arantza Urbizu Zabaleta** – *Fundación MATIA (Coordinadora de Enfermería de Atención Residencial Fundación Matia)*
- **María Isabel Genua Goena** – *Fundación MATIA (Directora Asistencial e Innovación)*
- **Aitor Pérez Artetxe** – *GEROKON (Socio Director)*
- **Mónica de las Heras Rodríguez** – *Grupo SAR (Coordinadora Técnica Asistencial)*
- **José Omaetxebarria Elorriaga** – *Grupo TORREZURI (Director Administrativo Financiero)*
- **Rafael Sánchez Ostiz** – *IDEA (Director Innovación y Desarrollo Asistencial y Profesor de la Universidad de Navarra)*

- **Amagoia Gorozika Bidaurratzaga** – *IFAS (Diputación Foral de Bizkaia / Médico del Área de Servicios Asistenciales)*
- **Rosana Mañoso Hierro** – *IFAS (Diputación Foral de Bizkaia / Psicóloga del Área de Servicios Asistenciales)*
- **Olga Díaz de Durana** – *IFBS Álava (Coordinadora Enfermería Área Personas Mayores)*
- **Manuel Castro Arce** – *IGURCO (Director Técnico)*
- **Alberto Uriarte Méndez** – *INGEMA (Consultor)*
- **Laura Coll i Planas** – *INSTITUTO CATALÁN DEL ENVEJECIMIENTO (Médico Geriatra)*

- **Juan Manuel Espinosa Almendro** – JUNTA DE ANDALUCÍA (*Director Plan Andaluz de Alzheimer*)
- **Arantxa Etxebarria Villabeitia** – NUTRICIA (*Delegada*)
- **Iratxe Landeta Lekona** – Residencia OLIMPIA (*Directora*)
- **Arantza Pérez Rodrigo** – SEEG *Sociedad Española de Geriátría y Gerontología* (*Integrante del Grupo de Trabajo de Asistencia Sanitaria en Residencias*)
- **Alberto López Rocha** – SEMER *Sociedad Española de Médicos de Residencias* (*Presidente*)
- **Iñaki Artaza Artabe** – ZAHARTZAROA *Asociación Vasca de Geriátría y Gerontología* (*Presidente*)

COLABORADORES INTERNACIONALES:

- **Alissa Weintraub.** Director of Clinical Quality. Massachusetts Senior Care Foundation.
- **Prof. Chris Gastmans, PhD.** Center for Biomedical Ethics and Law, Catholic University of Leuven.
- **Dr. Elizabeth Capezuti, PhD, RN, CRNP, FAAN.** Associate Profesor, Co-Director. John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing. New York University College of Nursing.
- **Prof. Dr Jan Hamers, RN, PhD.** Professor of Care of Older People at Maastricht University. Head of the department of Health Care and Nursing Science at Maastricht University. Vice President of the European Academy of Nursing Science.
- **Prof. Joanne Rader. RN, MN, PMHNP.** Rader Consulting. Silverton, Oregon.
- **Laurie Herndon, MSN, GNP-BC, ANP-BC.** Director of Clinical Quality. Massachusetts Senior Care Foundation.

- **Megan Hannan.** Senior Change Leader with Action Pact, Inc.
- **Dr. Lois K Evans, PhD, RN, FAAN.** University of Pennsylvania.
- **Dr. Neville Strumpf, PhD, RN, FAAN.** University of Pennsylvania.
- **Prof. Pierre J. Durand, MD, CCFP, FRCPC.** Département de médecine de l'Université Laval, Québec.
- **Prof. Rhonda Nay.** Director ISP / ACEBAC / TIME for dementia. Australian Centre for Evidence Based Aged Care (ACEBAC).
- **Steve Shields.** Executive Director of Meadowlark Hills Retirement Community.
- **Prof. Steven H. Miles, MD.** Center for Bioethics; Professor, Department of Medicine, University of Minnesota Medical School.
- **Prof. Wendy Moyle.** Dip Applied Science, B Nursing, M Health Science, PhD Deputy Director, Research Centre for Clinical and Community Practice Innovation Program Leader - Ageing and Older People Research Program, Research Centre for Clinical and Community Practice Innovation, Griffith University, Nathan, Australia.

OTROS COLABORADORES NACIONALES:

- **María Jesús Goikoetxea Iturregi** – Experta en Bioética, UNIVERSIDAD DE DEUSTO (Profesora de Bioética y de Psicología de la Salud) y DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA (Presidenta del Comité de Ética de Intervención Social)
- **Antonio Martínez Maroto** – IMSERSO (Jefe del Área del Plan Gerontológico Nacional)
- **M^a Ángeles Díaz Domínguez** – AFA BIZKAIA (Presidenta)
- **Blanca Clavijo Juaneda** – Jurista, AFAL Contigo (Presidenta)
- **Amaia Andrés Álvarez** – OSAKIDETZA – Servicio Vasco de Salud (Médico de Atención Primaria)
- **Mayte Sancho Castiello** – Psicóloga Gerontóloga, Fundación INGEMA (Asesora Técnica e Institucional)
- **Teresa Martínez Rodríguez** – Psicóloga Gerontóloga, CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL Y VIVIENDA del PRINCIPADO DE ASTURIAS (Unidad de Recursos de Personas Mayores de la Dirección General de Mayores y Discapacidad)



**RESTRICCIONES NO
PREGUNTAS PARA LA
REFLEXIÓN**

¿Cuál será vuestra elección?:

¿Sujetaremos para proteger o Protegeremos para no sujetar?

¿La Sujeción formará parte de la Terapia o la Terapia será la No Sujeción?

¿Queremos seguir trabajando con sujeciones?

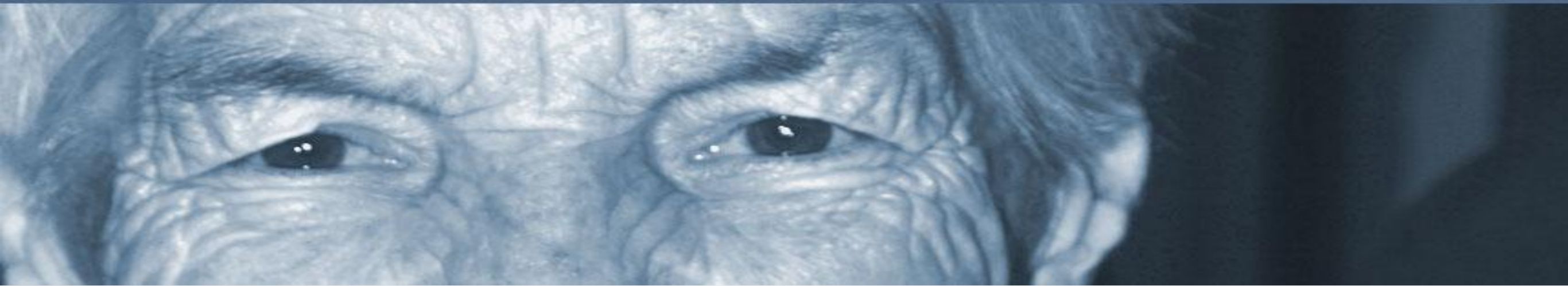
Si no lo queremos...¿Qué nos impide trabajar sin ellas?

¿Pasamos a la acción?: ¿Qué acciones vamos a desarrollar en nuestra organización para trabajar sin ellas?



RESTRICCIONES

¿DEBEN USARSE?



MUCHAS GRACIAS



www.cuidadosdignos.org