

PROTOSCOLOS DE SUJECIÓN MECÁNICA

1. JUSTIFICACIÓN

Las contenciones son procedimientos habituales entre los colectivos que reciben intervención social: personas mayores, infancia y adolescencia, personas con enfermedades mentales y personas con discapacidad intelectual. Los más conocidos y utilizados son el time out o separación de una persona de un entorno que altera o puede alterar la conducta, la contención espacial o ubicación en salas o espacios amplios controlados, la contención verbal que se realiza mediante el uso de la palabra, la contención física, que es la que se realiza cuerpo a cuerpo entre el cuidador y el usuario sin mediación de dispositivos, la contención farmacológica, también llamada contención química y la contención mecánica. Todos estos procedimientos también son utilizados en el ámbito de la geriatría.

El uso de sujeciones representa uno de los temas más candentes y controvertidos dentro de la asistencia de las personas mayores, especialmente cuando consideramos el ámbito de los cuidados prolongados, continuados, o “de larga duración”, que, en España desde varias décadas se prestan fundamentalmente en las Residencias, Centros de Día para Mayores y en los Centros Sociosanitarios.

La importancia del uso de las sujeciones viene determinada porque afecta a algunos derechos fundamentales de la persona, como la libertad y a algunos de los principios básicos como la dignidad, la autonomía, la autoestima y el bienestar personal; además de los problemas de salud que pueden desencadenar como accidentes, laceraciones, desgarros, estrangulamientos, asfixia, dolor, agitación y delirium, y en las personas en las que se utiliza de forma continuada producen atrofia y pérdida de la masa muscular y deterioro funcional.

El artículo 8 de la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, establece como uno de los derechos de las personas usuarias de servicios residenciales el de no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros, debiéndose justificar documentalmente en el expediente del usuario las actuaciones efectuadas, en la forma que se establezca reglamentariamente, y asimismo comunicarse al Ministerio Fiscal.

Pues bien, en desarrollo de este precepto legal, se ha promulgado el 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.

Es destacable esta reglamentación por su carácter pionero y avanzado, pues es la primera que vez que en España se regula con vocación de plenitud el uso de sujeciones físicas y farmacológicas (principios informantes, derechos, procedimientos, garantías y controles), si bien respecto de las que se aplican en el ámbito sociosanitario. Ciertamente que diversas leyes de servicios sociales autonómicas hacen sucintas referencias a las

sujeciones y a la exigencia de la prescripción médica para su uso y aplicación a residentes, pero no existía ni existe en nuestro país, con excepción de la que es objeto de este estudio, norma legal o reglamentaria alguna que, desde la óptica de los derechos de los afectados, haga una regulación en profundidad del uso de las sujeciones físicas y farmacológicas.

En base por tanto a lo establecido en el citado Decreto Foral y en cumplimiento del mandato previsto en el artículo 20.2 del mismo, debe procederse a la aprobación la ORDEN FORAL 186/2014, de 2 de abril, del Consejero de Políticas Sociales, por la que se aprueba el Protocolo para el Uso de Sujeciones en los Centros Residenciales de Tercera Edad y Discapacidad, donde se introducen unos mínimos de obligado cumplimiento de uso de las sujeciones por parte de los y las profesionales del Centro, así como numerosos registros, que deben tener todos los Centros que se encuentren dentro del ámbito de aplicación del mismo.

Dichas pautas de uso y la existencia de Registros permitirá a los Centros un uso más racionalizado y justificado de las sujeciones, por periodos más breves y tendente en todo caso a su eliminación o sustitución por métodos menos restrictivos. Así mismo, permitirá al Departamento competente en materia de Servicios Sociales un adecuado control del cumplimiento por parte de los Centros de los derechos de las personas usuarias en esta materia y de las garantías en el uso de las mismas.

2. DEFINICIÓN DE CONTENCIÓN

Según el Decreto Foral 221/2011, la sujeción física se entiende como la “intencionada limitación de la espontánea expresión o comportamiento de una persona o de la libertad de sus movimientos, o su actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicado sobre ella, o adyacente a su cuerpo, del que no pueda liberarse con facilidad”.

Las sujeciones físicas son métodos que pueden suponer graves riesgos o inconvenientes sobre la salud de las personas objeto de las mismas y que nunca pueden ser empleados por conveniencia o disciplina. Se entiende el uso por conveniencia de sujeciones físicas aquel que se traduce en un ahorro de trabajo o esfuerzo, o de recursos, y no en el mejor beneficio para la persona sometida a esas medidas.

Su indicación sólo está justificada ante el fracaso de otras alternativas, ya que vulnera el principio de autonomía de la persona al limitar la libertad del paciente, suponiendo una restricción de los derechos fundamentales de amparo constitucional de las personas afectadas por las intervenciones corporales.

3. POBLACIÓN DIANA

Este protocolo se aplicará a todas las personas residentes en centros residenciales del Área de Personas mayores y del Área de Discapacidad, bien en el momento del ingreso, bien a lo largo de su estancia en el centro, cuando la necesidad sea detectada por el personal, por la persona interesada o por su familia.

Este protocolo se pondrá en práctica en cada una de las sujeciones utilizadas.



4. OBJETIVOS

- Establecer y unificar criterios y pautas de actuación en relación a la necesidad de inmovilización de pacientes y aplicación de contención mecánica.
- Garantizar la seguridad de los pacientes, la de los familiares y la del personal asistencial y mejorar la calidad asistencial.
- Dotar a los profesionales sanitarios y no sanitarios de los conocimientos y pautas a seguir en el caso que se establezca la necesidad de utilizar contención mecánica y/o inmovilizar a pacientes.
- Potenciar la utilización de medidas alternativas a la contención mecánica para reducir así su uso.
- Dar a conocer las implicaciones éticas y jurídico-legales que tiene el aplicar contención mecánica e inmovilización de pacientes en la práctica asistencial para prevenir los riesgos derivados de estas intervenciones.

5. PERSONAL

- Antes de comenzar el procedimiento, hay que asegurarse que se cuenta con el personal suficiente para llevarlo a cabo.
- La contención física de un paciente debe hacerse de forma rápida y coordinada.
- Lo óptimo con 5 personas, una para cada extremidad y la quinta para sujetar la cabeza.
- El mínimo son 4 personas mínimo.
- Nunca debemos subestimar el riesgo que comporta el intentar la inmovilización de un paciente sin los medios materiales y humanos necesarios.
- Un de las personas que participa en la contención, será la encargada de dirigir el procedimiento.
- Es competencia exclusiva del facultativo prescribir sujeciones, tanto físicas como farmacológicas, así como fármacos psicotrópicos en general.
- El equipo asistencial del centro deberá valorar el problema que presenta la persona de forma interdisciplinaria debiendo quedar siempre en el contexto de una estrategia de cuidado o plan de atención individualizada interdisciplinar, garantizando que, con carácter previo, se estudian y llevan a cabo otras alternativas posibles distintas de la sujeción.

6. MATERIAL

Las Unidades deben disponer y tener adecuadamente identificado el material necesario para realizar la contención mecánica:

- 1 cinturón abdominal
- 2 muñequeras
- 2 tobilleras
- 2 alargaderas para la cintura
- 1 cinta para los pies
- 9 botones magnéticos de fijación

1 imán

7. PROCEDIMIENTO

ABORDAJE ALTERNATIVO Y/O COMPLEMENTARIO A LA CONTENCIÓN MECÁNICA.

Contención verbal

Siempre que sea posible se debe comenzar con un abordaje o contención verbal cuya finalidad sea la de enfriar la situación que ha provocado la agitación y/o desorientación del paciente, disminuyendo la ansiedad, la hostilidad y prevenir posibles ataques violentos. Para ello se ha de transmitir al paciente tanto de forma verbal como no verbal que la intención del personal sanitario es la de protegerlo.

- Indicaciones: en aquellos casos en los que la pérdida de control sea moderada.
- Procedimiento y técnicas:
 - Recabar información sobre los antecedentes, situación clínica actual y tratamiento que recibe el paciente antes de entrar en contacto con él.
 - Vigilar signos de alerta: tono de voz, tensión muscular, hiperactividad motora, agitación creciente, alucinaciones,...
 - Mantener una actitud terapéutica en todo momento.
 - Mostrarse firme y con seguridad.
 - Mantener una distancia de seguridad y asegurar una vía de salida
 - Evitar contacto visual fijo durante mucho tiempo ya que el paciente la puede percibir como amenaza.
 - Ser respetuoso en todo momento. Tono de voz calmado y neutral.
 - Dejar que hable el paciente para que se sienta escuchado.
 - Evitar discutir, responder hostilmente o mostrarnos desafiantes o agresivos hacia sus argumentos para evitar aumentar el riesgo de violencia.
 - Mostrar empatía pero no conformidad aclarando cuáles son los límites y normas de la institución y del personal.
 - Evitar juicios de valor.
 - No buscar confrontación, sino alianzas sencillas que le tranquilicen.
 - Valorar la causa de la pérdida de control y de su ira. Si el paciente está confuso o desorientado, orientar en tiempo-espacio.

Comprobar la efectividad de la contención verbal a través de las respuestas del paciente, si no se puede controlar la situación proceder a otro tipo de intervención y pedir ayuda.

Medidas ambientales y/o conductuales

- Facilitar un cambio del entorno social introduciendo una figura que represente autoridad o confianza para el paciente y limitando la permanencia de aquellas personas o estímulos que puedan producir respuestas negativas.
- Posibilitar, en la medida de lo posible, actividades que puedan hacer que disminuya la respuesta agresiva (llamar por teléfono, caminar,...)
- Tratar de orientar al paciente. En pacientes con confusión y agitación, disponer de objetos personales (fotografías) pueden minimizar la confusión así como dejar la luz encendida por la noche.
- Cambios en el entorno como: mejorar la iluminación, luces fáciles de encender, prevención de caídas por suelos resbaladizos, muebles que obstaculicen el paso, timbre al alcance de la mano de los pacientes,...
- Seguridad en la cama: colocar rodillos acolchados, manta enrollada debajo de las sábanas, almohadas o cojines delimitando los bordes de la cama, evitando el deslizamiento del cuerpo y facilitando los cambios posturales, regular la altura de las camas según las necesidades, frenar las camas, proporcionar trapecios para facilitar la movilidad en la cama, recordatorios visuales para animar al paciente a que utilice el timbre de llamada cuando necesite ayuda...
- Asientos e higiene postural en sillas: asientos profundos, reclinables, de respaldo alto, ruedas frenadas,...
- Enseñar técnicas seguras de movilización y deambulación.
- Proporcionar ayuda en el aseo en pacientes que lo necesiten (incontinentes).
- Empleo de manoplas o calcetines en las manos como alternativa a las sujeciones de muñeca.
- Cubrir zonas de inserción de sondas gástricas, catéteres,... para evitar su manipulación por parte de los pacientes.
- Ubicar a los pacientes con riesgo en habitaciones próximas al control de enfermería.
- Alternativas psicosociales: aumentar la interacción social durante el día.
- Alternativas fisiológicas: reducir el dolor, insomnio, alteración mental (reorientar al paciente en tiempo y espacio), infecciones... revisar y comprobar la medicación del paciente.

Contención farmacológica

El fármaco ideal es el que consigue una rápida sedación, disponible por cualquier vía de administración, que requiera el menor número de dosis administradas, y con mínimos efectos secundarios.

CONTENCIÓN MECÁNICA

1ª Valoración previa

Se realizará una valoración individualizada de las necesidades y problemas de cada residente y de la adecuación o inadecuación de establecimiento de medidas de contención. Asimismo, se valorarán posibles alternativas a las sujeciones así como los efectos negativos y positivos que ocasionaría su aplicación.

Dicha valoración se realizará durante los primeros quince días del ingreso para las nuevas personas residentes o a demanda de parte (residente, familiar o personal de la residencia) cuando ya esté ingresada en el centro. Finalmente, la prescripción la realizará el personal facultativo.

En los casos en los que finalmente se plantee la sujeción para residentes del centro, se realizará un informe en el que conste(Punto 8):

- Datos personales de la persona residente.
- Motivo de la solicitud. Breve explicación razonada.
- Alternativas adoptadas y fracaso de las mismas (breve explicación).
- Tipo de contención que se solicita: El tipo de sujeción que se solicita debe ser siempre la menos restrictiva de todas las posibles.
- Informes médicos que se aportan (si los hubiera).

2.º Aplicación inicial de la sujeción.

Previamente a la decisión de aplicar sujeciones habrá sido necesario aplicar las alternativas planteadas. Si éstas no han funcionado y se decide la conveniencia de la aplicación de una sujeción física será necesario:

- a) Informar a la persona usuaria o en su caso, representante legal o de hecho (persona allegada) de la medida que se pretende adoptar, de las ventajas así como de los posibles efectos negativos de su aplicación.
- b) Firma por parte de la persona residente o en su caso, representante legal o de hecho (persona allegada) del consentimiento informado o, en su caso, del rechazo a la sujeción.
- c) En aquellos casos en los que el equipo interdisciplinar y el personal facultativo considere necesaria la aplicación de una sujeción y el tutor o tutora no esté de acuerdo y se niegue a firmar el documento de consentimiento informado y el documento de

rechazo al mismo, se informará al Ministerio Fiscal y al juez si la persona estuviera incapacitada, quien dictaminará si la sujeción se precisa o no.

d) Información al personal trabajador: El personal de atención directa que deba interactuar con la persona residente deberá recibir información pormenorizada acerca de las decisiones adoptadas relativas a las sujeciones, concretamente de aquellos apartados que quedarán reflejados en el Plan de Atención Individualizada (P.A.I.)(punto 8)

e) Registro en el Plan de Atención Individualizada (P.A.I.).

EJECUCIÓN

Cada persona sujetará una extremidad (foto).

1. En primer lugar se le colocará el cinturón abdominal y después una por una el resto de extremidades.
2. Contención 3-4 extremidades en función del grado de agitación.
3. Si se contienen 2, se hará en diagonal (muñeca izda/pie dcho-muñeca dcha/pie izdo.)
4. Manos ancladas a la abdominal con varias posibilidades en función del estado del paciente.
5. Comprobación.

Grado de movilidad del paciente.

Correcta colocación de las sujeciones. Una presión excesiva entorpece la circulación y si es insuficiente el paciente se podrá liberar de ellas.



Cuidados durante la contención

- Constantes vitales incluyendo tensión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura.
- Nivel de conciencia: Agitado, sedado, consciente, orientado. A un paciente agitado generalmente se le administra medicación sedante por lo cual puede disminuir su nivel de conciencia y sufrir aspiraciones, lesiones...
- Pulsos periféricos-perfusión. Vigilar la presión de las sujeciones mediante la coloración de la piel, la presencia de hormigueos, parestesias, pulsos radial y pedio presentes/ausentes.
- Miembros con sujeción. Se irán rotando cada 2 horas aproximadamente los miembros implicados en inmovilizaciones parciales.
- Valorar la ingesta y la eliminación de líquidos y sólidos. Un paciente contenido se puede deshidratar fácilmente.
- También son relativamente frecuentes las retenciones de orina.
- Posibles lesiones cutáneas y/o articulares: Heridas, roces, úlceras por presión. luxaciones, fracturas. En el caso de pacientes de riesgo sería adecuado abrirle una hoja de seguimiento de úlceras por presión.

- Además se deben vigilar los posibles efectos secundarios al estasis venoso por encamamiento: tromboembolismo pulmonar, accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio, edema agudo de pulmón...Es adecuado realizar cambios posturales como medida preventiva además de mantener la inmovilización el menor tiempo posible. Por parte médica se suele considerar el uso de anticoagulantes (heparinas).
- Es muy importante que la temperatura de la habitación sea la adecuada debido a la afectación del sistema de termorregulación ocasionada por los neurolépticos.
- En el caso de contención para favorecer el reposo o para mantener el tratamiento terapéutico se valorará la frecuencia de los cuidados y la toma de constantes en función del estado del paciente y de la medicación empleada.

Información al paciente y familia

8. REGISTRO

ORDEN FORAL 186/2014, de 2 de abril, del Consejero de Políticas Sociales, por la que se aprueba el Protocolo para el Uso de Sujeciones en los Centros Residenciales de Tercera Edad y Discapacidad.

20/1/2017

Boletín Oficial de Navarra Número 94 de 16 de mayo de 2014 - navarra.es

ANEXO II

RESIDENTE	REPRESENTANTE
.....	
FECHA	
(Tutor/a o allegado)	
PROFESIONAL Médico/a	

MEDIDAS PREVIAS APLICADAS	Medida 1	Efectos/Resultado		
	Medida 2	Efectos/Resultado		
	Medida 3	Efectos/Resultado		
TIPO DE SUJECIÓN				
OBJETIVO, MOTIVO, INDICACIÓN				
GRADO DE SUJECIÓN	Horario	Duración inicial prevista	Pauta de control o vigilancia (según protocolo). Registrar en el parte de cuidadoras	
ESPECIFICAR MEDIDAS COMPLEMENTARIAS A ADOPTAR PARA PREVENIR SUFRIMIENTO, COMPLICACIONES O DETERIORO FUNCIONAL				
FECHA REVISIÓN SUJECIÓN	FECHA FIN SUJECIÓN	CAUSA FIN	OBSERVACIONES	

9. ANEXO

