



Hermanas
Hospitalarias



Sujetar al enfermo de Alzheimer... ¿o no?

Alejandro Florit Robles

Director Técnico HH Línea de rehabilitación Psicosocial

Presidente CEAS HH

Vocal CEAS Camilos

Profesor CEHS

Abril 2011

¿se debe usar
contención?



Tipos de contenciones

- Verbal
- Farmacológica
- Física

¿Qué es una restricción física?

- “Cualquier mecanismo, material o equipo atado al cuerpo o cerca del cuerpo de una persona que no puede ser controlado o retirado con facilidad por él mismo y que impide o está pensado para que impida el movimiento libre del cuerpo de una persona a su elección y/o el acceso normal de una persona a su cuerpo” (Instituto Joanna Briggs, 2.002)

La sujeción en el mundo de la demencia

Trastornos de la conducta	Agitación Irritabilidad Agresividad Alteraciones del sueño Trastornos de la conducta alimentaria Conducta motora aberrante Trastornos de la conducta sexual Fenómeno crepuscular
Trastornos psicológicos	Delirios Alucinaciones Falsas identificaciones y reconocimientos
Trastornos del estado de ánimo	Depresión Ansiedad Apatía Desinhibición Euforia Labilidad emocional

Tabla 1. Clasificación de los síntomas conductuales asociados a la demencia.

¿Por qué se dice que se usa?

- Prevención de caídas
- Control de la agitación y otras alteraciones conductuales
- Aseguramiento de medidas terapéuticas (sonda, vía...)
- Prevención de riesgo por vagabundeo
- Control postural

Existe indicación, beneficiante

Pero también se usa por...

- Bajo ratio personal / plaza
- Alcanzar objetivos de “calidad” o indicadores o cumplimiento de horarios
- Evitar molestias (a otros residentes y a otros profesionales)
- Estructura de la residencia que impide el control adecuado por distancias...
- Presión administrativa o familiar, miedo a la denuncia

No existe indicación, maleficencia

Efectos secundarios

- Lesión directa (laceración, hematoma, estrangulamiento, dolor, lesión en plexos nerviosos, lesión isquémica en manos después de 48 horas)
- Lesión indirecta (aumento tasa de mortalidad –ahogamiento-, úlceras por presión, caídas por pérdida de equilibrio y mayor dificultad de la marcha, disminución del comportamiento social, incontinencia, deshidratación...)

“procedimiento invasivo que implica riesgos e inconvenientes notorios y previsibles, susceptibles de repercutir en la salud del paciente” (art 8 Ley 41/2002)

Necesidades de la persona con demencia

- Mantener la actividad física
- Cuidados higiénicos y dietéticos
- Mantener al máximo la funcionalidad y las AVD
- Mantener la socialización del enfermo al máximo nivel posible y con personas de buen nivel cognitivo
- Diagnóstico de otras patologías asociadas

La contención lo dificulta

TODOS IMPLICADOS

- Necesidad de formar e informar de esto a los profesionales del centro
- Es una exigencia ética que cada profesional debe imponerse y el centro debe apoyar
- Desarrollo de protocolos

Aspectos que pueden influir en nuestro posicionamiento

- En qué principios nos basamos. Cuál es nuestro modelo de relación terapéutica (paternalista...)
- Cuales son nuestros valores personales que nos afectan e influyen en lo profesional
- Qué experiencias hemos tenido en nuestra vida y que están presentes en nuestras tomas de decisiones
- ??????

El uso de restricciones físicas en otros países

	Dinamarca	Francia	Islandia	Italia	Japón	España	Suecia	EEUU
%	2,2	17,1	8,5	16,6	4,5	39,6	15,2	16,5

Ljunggren (1997)

Variación alta. ¿puede influir cómo valoramos la necesidad de la medida y las implicaciones de la misma?

Se habla que lo aceptable no sería pasar del 3,6%

Alternativas: la contención no es la indicación de primera elección

- Farmacología, resultados contradictorios, aunque parece que mejora con neurolépticos, anticolinesterásicos y memantina (p.e. Gauthier et al, 2005). Para tratar síntomas, no para contener químicamente.
- Necesidad de medidas que prevengan o minimicen la aparición de las conductas problema (intensidad o frecuencia)
- Si aparecen, necesidad de análisis para abordar específicamente cada problema
- Abordaje interdisciplinar (vs multidisciplinar, funciones...)
- Valorar la accesibilidad de recursos y lugar de estancia del paciente o residente (medios). Diseños arquitectónicos, control de errantes

Medidas alternativas: qué ayuda a prevenir

- Ambiente adecuado, temperatura, humedad, luminosidad y nivel de ruidos
- Personalizar el espacio con objetos propios del residente que le estimulen
- Evitar obstáculos en zonas de paso y elementos peligrosos (corriente eléctrica...)
- Instalar asideros y adaptaciones personales según necesidades
- Crear señalizaciones ad hoc (pictogramas)
- Control de errantes
- Control de enfermería con visibilidad
- Permitir la deambulación errática por la planta (ejercicio motórico)
- Crear circuitos agradables que le atraigan su atención
- Plan de emergencias del edificio adaptado (retardo)
- Manejo adecuado de la agresividad
- Luz tenue nocturna
- Actividad y rutinas planificadas
- Sillones o sillas adaptadas y ergonómicas...

Entonces ¿cuándo aplicarla?

- Existencia de Indicación
- Proporción entre el bien buscado y el daño efectuado
- Inexistencia de alternativas
- Excepcionalidad de la medida
- Movimiento tipo Libera-Ger (Fundación de Cuidados Dignos), tendente a eliminar este tipo de medidas

Referencias legales a tener en cuenta

- Ley 7/2004, 28 de Diciembre (Medidas en Materia Sanitaria)
- Ley 44/2003, 21 de Noviembre (Ordenación de Profesiones Sanitarias)
- Ley 41/2002, 14 de Noviembre(Reguladora de la Autonomía del Paciente)
- Ley 12/2001, 21 de Diciembre (Ley ordenación Sanitaria Comunidad Madrid)
- Ley 14/1986, de 25 de abril (General de Sanidad)

Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad

- 9.1 Todo paciente tendrá 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.

Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad

- **11.11 No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo conforme a 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. Estas practicas no se prolongaran más del periodo estrictamente necesario para alcanzar este propósito. Todos los casos de restricción física o exclusión voluntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular del personal cualificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.**

Cuestiones éticas

- La contención vulnera el principio de autonomía
 - Consentimiento informado (no válido en genérico), puede ser verbal para algunos casos, como uso de barandillas en la cama (no riesgos ni efectos negativos sobre la salud)
 - posibles directrices anticipadas
 - Consentimiento por representación
- La contención puede vulnerar el principio de no maleficencia
- La contención puede ser beneficente
- Ver el caso concreto: características de la persona, beneficios, riesgos, y tiempo

Protocolo

- Necesidad de hacer un protocolo
 - Garantía de derechos de las personas atendidas
 - Normalización del uso (no diferencias entre miembros del equipo)
 - Garantías
- Qué elementos debe tener

Elementos del protocolo

- Definición (a qué aplica), objetivos, población a la que aplica el protocolo
- Indicaciones
- Contraindicaciones
 - Castigo, respuesta a una cta molesta para profesionales, como respuesta ante rechazo tratamiento, cuadros confusionales que empeoran si disminuye la estimulación sensorial, desconocimiento de su estado general de salud, si existe otro medio menos agresivo de eficacia al menos similar... (miedo a la denuncia)
- Plan de actuación
 - Profesional que puede pautar (médico, en caso de ausencia, qué hacer...); señalar la indicación, tiempo
 - Profesional que lo realiza, nº, formación... (auxiliares, DUE) y profesional que lo supervisa (DUE)
 - Recursos materiales que se pueden usar y cuáles no (homologación)
 - Procedimiento de actuación
 - Primero pedir cambio. Información al enfermo y/o familiares, consentimiento (al menos en las primeras 24h)
 - Acompañar a otros pacientes o residentes
 - Preparar entorno físico (retirar objetos que pueden dañar al paciente, quitar objetos personales de los profesionales que pueden dañar...)
 - Sólo un profesional da instrucciones al paciente, evitar mayor confusión
 - Posibilitar en algún momento hablar con el paciente sobre sus sentimientos, explicar motivos.... (ahora o en el siguiente momento, pero siempre hacerlo)
 - Pauta de acciones complementarias (movilizaciones....)
 - Seguimiento de la medida
 - Visita del profesional que hace la indicación, pronto, valorar la pertinencia de mantener la medida, cada 12 h mínimo
 - Seguimiento de la medida, cada 20 minutos, ver estado general (piel, constantes vitales, revisión sujeciones, firmar formato de seguimiento, control de ingesta y eliminación, higiene)
 - Finalización de la medida
 - Con indicación, por escrito
 - Máximo seguido: liberar un tiempo, reanudar si necesario; tiempo máximo total

formatos

- De indicación
 - Quién
 - Por qué: motivos de la indicación
 - Día, hora, tiempo previsto para finalizar
 - Tipo de contención aplicada
 - Impresión subjetiva del paciente
 - Hora finalización efectiva
- De seguimiento
 - Hora, quién lo hace
 - Constantes vitales; alimentación; eliminación; higiene; revisión sujeción; medicamentos asociados....; observaciones laceraciones....
- firmados

La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá.

¿Entonces para qué sirve la utopía?

Para eso, sirve para avanzar

**MUCHAS GRACIAS POR SU
ATENCIÓN**