

TRABAJO ORIGINAL

Centros libres de sujeciones físicas: un estándar de oro de calidad

Antonio A. Burgueño¹, Carmen Heras²

¹ Director médico del Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer España

² Coordinadora de Enfermería del Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer-España

Correo electrónico: antonio.burgueno@salud.madrid.org

Conflictos de interés: Los autores no presentan conflictos de interés.

Recibido el 24 de septiembre de 2017; aceptado el 20 de octubre de 2017

RESUMEN

Los procesos de eliminación de sujeciones (desatar) enfocados a mejoras/adequaciones medioambientales, ajustes organizativos, y capacitación especial en prevención de caídas y prevención y manejo de los SPCD, han desembocado en decenas de Centros libres de sujeciones comprobados, que se han visto totalmente transformados. Sólo los Centros que han ido suprimiendo todas las sujeciones, y se han tomado su tiempo para erradicarlas y han logrado los cambios necesarios, son los Centros que se han convertido en Centros libres de sujeciones. Por el contrario, hemos observado que los Centros que mantienen sujeciones sufren de un fuerte freno a las mejoras y adecuaciones, ya que las sujeciones resuelven aquellos casos más complejos, aquellos que para prescindir de las sujeciones obligan a hacer cambios. Nuestra primera conclusión es que desatar es un motor de mejora, con influencia en múltiples procesos asistenciales y que la suma de las mejoras conseguidas se traduce en que ser un Centro libre de sujeciones consolidado es cumplir un estándar de oro de calidad asistencial, más allá de todas las demás implicaciones, de carácter humano y ético, que puede haber en el esfuerzo de evitar usar sujeciones.

Palabras clave: *Sujeciones; calidad de vida; residencias*

Physical restraints free facilities: a gold standard of quality

ABSTRACT

The processes of elimination of physical restraints, focusing to environmental improvements, organizational adjustments, and special training in fall prevention and prevention and management of BPSD have resulted in dozens of restraints free facilities, which have been totally transformed. Only the facilities that have gone "for all", and have taken their time to eradicate them while they were achieving the necessary changes are the facilities that have become free of restraints. On the contrary, we have observed that the facilities that maintain restraints suffer from a strong brake to the improvements and adaptations. Our first conclusion is that untie is a drive to improvement, with influence in multiple care processes and that the sum of the improvements achieved translate that being a restraints free facility consolidated is to meet a gold standard of care quality, beyond all other human and ethical implications that may exist in the effort to avoid using restraints.

Keywords: *Physical Restraints; quality of life; nursing homes*

Centros livres de contenções físicas: um standard de ouro de qualidade

RESUMO

Os processos de eliminação das contenções (desatar) enfocados em melhoras/adequações ambientais, ajustes organizacionais e capacitação especial em prevenção de quedas e em prevenção e manejo dos Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência (SCPD) desembocaram em dezenas de centros livres de contenções comprovados, que se viram totalmente

transformados. Somente os centros que suprimiram todas as contenções, que dedicaram o tempo necessário para erradicá-las e conseguiram as mudanças necessárias são os centros convertidos em centros livres de contenções. Contrariamente, observamos que os centros que mantiveram contenções sofrem um forte freio às melhoras e adequações, já que as contenções resolvem aqueles casos mais complexos; aqueles que, para prescindir das contenções, obrigam a realização de mudanças. Nossa primeira conclusão é de que desatar é um motor de melhora, com influência em múltiplos processos assistenciais, e que a soma das melhoras conseguidas se traduz em que ser um centro livre de contenções consolidado é cumprir um standard de ouro de qualidade asistencial, para além de todas as demais implicações, de carácter humano e ético, que podem estar no esforço de evitar as contenções.

Palabras-clave: *Contenções, qualidade de vida, residências*

Introducción

España lideraba, ya en los '90, el ranking de prevalencia de la utilización de sujeciones físicas entre aquellos países que publicaban su propia información^{1,2,3}. Esa fue la razón principal para crear, en el año 2003, Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer en España. Hubo otras razones importantes como los efectos psicológicos que pueden producir las mismas^{4,5} y las consecuencias del uso diario en la salud de las personas mayores^{6,7,8,9}.

El objetivo del programa fue la de reducir el uso de sujeciones físicas hasta alcanzar valores semejantes a los países de nuestro entorno; para ello se llevó a cabo una revisión de la literatura científica existente sobre factores relacionados con su utilización^{10,11,12,13,14,15,16,17,18,19}, a fin de diseñar estrategias aplicables a los centros españoles. Las primeras ideas se plasmaron en experiencias piloto de intervenciones en residencias voluntarias, hasta la aparición de los primeros Centros totalmente libres de sujeciones, que permitieron comprender las claves de esos resultados.

Los primeros Centros totalmente libres de sujeciones, que mantenían su aplicación durante por lo menos un año, permitió diseñar una nueva metodología para su erradicación, cuyo resultado permitió que en la actualidad existan decenas de Centros libres de sujeciones en España.

Se observó que, al igual que los resultados arrojados por estudios desarrollados en otros países, las encuestas a profesionales demostraron que las principales razones para aplicar sujeciones son, en primer lugar, evitar el riesgo de caídas; en segundo lugar, el temor a las acciones legales secundarias a las mismas, y, por último,

la necesidad de contar con más personal para que estas puedan ser evitadas.

El Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer tiene como objetivo crear un "escenario propicio" para que, los Centros que se sumen al Proyecto para erradicar las sujeciones, desarrollen su Proyecto de manera más accesible.

Cuando se utiliza el término sujeción física, nos referimos a la conceptualización que hace Bleijlevens MH y colab., quien sostiene que "Cualquier acción o procedimiento que evita la libertad de movimiento de una persona a la posición que elija y el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método aplicado sobre ella, o adyacente a ella, del que no puede liberarse con facilidad".²⁰

El objetivo inicial del Programa Desatar evolucionó desde la reducción de la prevalencia del uso de sujeciones físicas en los Centros españoles, hasta lograr Centros totalmente libres de ellas. De hecho, las dos etapas del "Programa Desatar" han permitido reconocer las diferencias entre los Centros que buscaron desde el principio erradicar las sujeciones y aquellos que sólo buscaron reducir su uso manteniendo cierto grado de tolerancia en la utilización de algunas de ellas, bajo ciertas circunstancias.

Material y métodos

El trabajo se realizó en Residencias de Ancianos en España, que demostraron la voluntad de participar bajo los términos propuestos. No se establecieron exclusiones para la selección de los Centros ni por capacidad, ubicación, grado de complejidad, o afán de lucro.

El Programa Desatar consta de dos facetas diferentes en cuanto a su metodología: una, buscar la reducción parcial de las sujeciones, y la otra, lograr Centros totalmente libres de ellas, desechando desde el principio logros menos ambiciosos. El trabajo directo y longitudinal en todos los Centros, durante el desarrollo de ambas facetas, permitió observar los cambios producidos en unos y otros Centros.

Los Centros incluidos en la primera etapa fueron sometidos a un trabajo de campo para realizar un diagnóstico inicial de situación para efectuar posteriormente las respectivas recomendaciones; a esto se sumó una capacitación sobre la utilización de sujeciones. Luego, los Centros desarrollaron sus propias estrategias obteniendo distintos resultados.

Los resultados observados en los Centros incluidos en la primera etapa, dieron lugar a una etapa de transición y cambios en la metodología utilizada. La clave de los logros obtenidos se basó, fundamentalmente, en la actitud determinante de las más altas esferas organizativas de todos los centros, de manera tal que el inicio de la segunda etapa se caracterizó por el claro compromiso demostrado para desatar a los residentes y dar un apoyo inequívoco a todas las acciones necesarias para lograr un escenario libre de sujeciones.

En esa segunda etapa, y tras lo aprendido en cuanto a aspectos a corregir se refiere, se incorporaron nuevas acciones de apoyo a los Centros que aceptaban procurar una residencia libre de toda sujeción. El apoyo brindado a los Centros mejoró la realización de un diagnóstico más preciso sobre las condiciones a reformar en cada Residencia de forma individualizada. También se reforzó el empoderamiento de cada equipo, que participó activamente en el diagnóstico y recibió una formación práctica para prevenir eficazmente las consecuencias más graves de las caídas y para prever y manejar las conductas más desafiantes de las personas con demencia en el contexto residencial.

El diagnóstico enfatiza la evidencia de deficiencias en la seguridad física pasiva, especialmente en las habitaciones, donde se produce la mayor parte de las caídas; en aspectos organizativos que influyen en una mayor o menor incidencia de las mismas; en el conocimiento de los perfiles conductuales más prevalentes de las personas con demencia, y en comprender las causas que

responden a las conductas reactivas más desafiantes. Además, se indagó en cada Centro sobre el tipo de relación con los familiares, dado que la aplicación final de las sujeciones físicas siempre responde a una especie de negociación con ellos sobre la seguridad que se pretende para la persona demente que es incapaz de decidir. También se hizo hincapié en aspectos clave tales como la metodología asistencial y la cultura de la organización, la dinámica del equipo frente al uso de sujeciones y sus factores precipitantes, así como también en la cultura de seguridad y de responsabilidad. La observación directa, las entrevistas con los profesionales y la revisión de registros fueron los métodos aplicados para hacer el diagnóstico.

Sobre la base del diagnóstico realizado, se elaboraron propuestas que se discutieron con el equipo del Centro en una reunión organizada a tal efecto, donde también se decidió la formación que sería necesario impartir.

En resumen, los aspectos clave del éxito para lograr Centros libres de sujeciones fueron la selección de Centros con líderes comprometidos, la no utilización de sujeciones desde el principio y el énfasis puesto en la prevención de nuevas sujeciones, incluso desde el mismo ingreso en muchos casos.

Las sujeciones existentes al inicio del proceso se evaluaron y se clasificaron por prioridades para ir eliminándolas, caso por caso, de forma individualizada, renegociando con las familias un nuevo plan de cuidados, enfatizando la calidad de vida y la introducción de nuevas medidas de seguridad física diferentes de las sujeciones.

Finalmente, los resultados visibles en los Centros libres de sujeciones fueron evaluados gracias a un sistema de acreditación establecido por CEOMA (Confederación Española de Organizaciones de Mayores), entidad promotora del Programa Desatar, que se comprometió a acreditar a los Centros auditados por los técnicos del Programa.

Resultados

Los resultados se clasificaron en directos e indirectos, considerando como directo un único resultado: la prevalencia cero de sujeciones físicas sostenida en el tiempo, objetivo que se logró en los distintos Centros entre

los 6 meses y 2 años, con una tendencia promedio de 1 año. Todos los centros libres de sujeciones involucrados son Centros privados, con o sin fines de lucro, que cuentan entre 22 y 300 plazas.

Los resultados indirectos fueron fruto del trabajo necesario para lograr la erradicación de las sujeciones, y son resultados en términos de adecuaciones, ajustes organizativos, y mejoras de conocimientos y experiencia de los profesionales del Centro, cambios que permiten intuir que la calidad asistencial mejora sustancialmente y en diversos aspectos. Los indirectos no son resultados finales desde el punto de vista asistencial, sino que son cambios en los procesos asistenciales y en el contexto en el que la asistencia se produce.

Hace ya 7 años que surgieron y se acreditaron Centros libres de sujeciones, durante los cuales se acumuló un número ya significativo en la actualidad, y que ha permitido dejar asentados los cambios encontrados sistemáticamente en todos ellos, en cuanto a procesos se refiere.

Al tener en cuenta la importancia de las caídas en relación con el uso de sujeciones en todos los Centros, se realizó un pequeño estudio estadístico con datos agregados de los últimos 12 meses. El agregado de todos los Centros muestra los porcentajes de caídas, los lugares y la franja horaria en los que las mismas se producen. (Gráficos 1 y 2)

El trabajo directo con los Centros ha permitido obtener otros resultados indirectos que responden al proceso del diagnóstico preliminar, que permitió reconocer algunas características comunes entre aquellos Centros en los que se acostumbraba a usar sujeciones y, en concreto, evidenciar deficiencias. Las deficiencias más comunes se describen en la Tabla 1.



Gráfico 1. Porcentaje de caídas por lugar

Cabe destacar que muchas de esas deficiencias habían pasado desapercibidas a los profesionales de los Centros, dando cuenta de que algunos problemas de seguridad se manejan, en gran medida, con sujeciones. El empeño en prevenir y eliminar todas las sujeciones llevó a los Centros y a sus equipos asistenciales a corregir esas deficiencias, lo que provocó una transformación dramática al cabo del tiempo, que se advirtió al evaluar cada nuevo Centro libre de sujeciones, en especial después de más de un año de lograrlo.

En los Centros en proceso de adecuación, se comenzó a observar cómo los casos de sujeción o de posible sujeción, eran discutidos en las reuniones periódicas del equipo, llegando a considerar factores relacionados más directamente: que el equipo sintiera la necesidad de aplicar una sujeción ante situaciones tales como el riesgo de caídas, la aparición de conductas muy disruptivas o de hiperactividad motora, el uso de fármacos psicotrópicos, el uso de barandillas, o deficiencias organizativas que llevaban a una escasa posibilidad de vigilar a residentes de más riesgo, o deficiencias en ayudas técnicas o de estructura física de los lugares de uso común de los residentes, que hacían temer que pudieran ocurrir accidentes graves. Todo ello se tradujo en mejoras y adecuaciones relacionadas, en mayor o menor grado, con las deficiencias descriptas en la Tabla 1, siendo aquellas más marcadas en los Centros que más tiempo habían permanecido como Centros libres de sujeciones.

Discusión

El uso de sujeciones no sólo tiene efectos negativos para la persona objeto de ellas, sino también para los

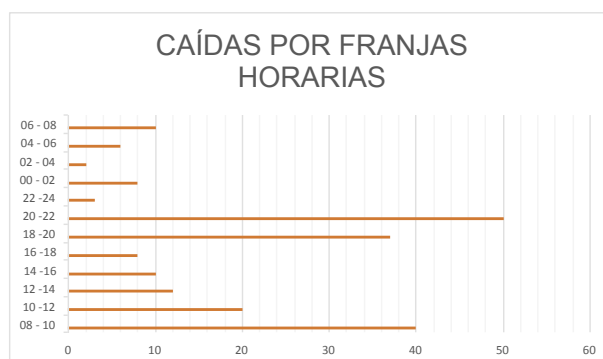


Gráfico 2. Caídas por franjas horarias

Tabla 1: Deficiencias más comunes evidenciadas en los procesos diagnósticos de los centros

• Los problemas derivados del uso de sujeciones y de nuevas prescripciones de psicofármacos no se discuten en sesiones del equipo multidisciplinario.
• Déficits de seguridad física pasiva en las habitaciones, para que el residente realice el circuito cama-baño.
• Ningún sistema de cobertura de suelos duros en habitaciones.
• Cultura de seguridad que busca la inmovilidad como clave de seguridad.
• Cultura de la responsabilidad, que hace recaer la responsabilidad de los accidentes en los profesionales de atención directa.
• Las tareas de levantar y acostar al paciente no responden a criterios de seguridad y de necesidades de las personas con demencia, a pesar de que la mayor incidencia de caídas en residencias se da en esos horarios.
• Actitud defensiva a la hora de negociar con las familias la seguridad del residente.
• El registro de una caída responde más a la necesidad de informar a los familiares que a la necesidad de realizar un buen análisis causa-raíz.
• La respuesta dominante a los síntomas conductuales más desafiantes de las personas con demencia es farmacológica.
• Existencia de un sistema de megafonía, como sistema dominante de comunicación en el Centro.
• El grado de vigilancia en áreas comunes es bajo, ya que las personas de más riesgo están sometidas a sujeciones.
• La iluminación en las zonas en las que los residentes tienen que desenvolverse es, en general, deficiente y con grandes diferencias de intensidad entre espacios, especialmente en las habitaciones, que suelen carecer de iluminación nocturna adecuada a sus actividades.
• Política de vida nocturna restrictiva, tendiente a mantener a los residentes dentro de sus habitaciones.
• Uso sistemático de barandillas completas, con una alta proporción de uso con fines restrictivos.
• Escasa revisión de uso de tratamientos farmacológicos. Alta proporción de residentes altamente polimedcados (por encima de 8 medicamentos diferentes de efecto sistémico al día).
• Elevada proporción de residentes que pasan la mayor parte del día en silla de ruedas.
• Elevada incidencia y prevalencia de síntomas conductuales, especialmente agitación y apatía.
• Ausencia o deficiencia de camas regulables en altura. Ausencia o deficiencia de camas ajustables en altura que pueden quedar ultra-bajas (cota 0).
• Deficiencias en facilitadores de la orientación y en contraste de objetos. Ausencia de circuitos de vagabundeo seguros.
• Carencia de salas de estar diferentes para personas con demencia, según necesidades de actividad espontánea, control de estímulos o de vida social.

profesionales, que ven empobrecido su desarrollo profesional, de conocimientos y experiencia, a causa de que las sujeciones no dejan trabajar en otras líneas posibles. Lograr supuestas altas cuotas de seguridad mediante sujeciones, anula la necesidad de mejorar la seguridad física ambiental. La sensación de seguridad que da el uso de sujeciones y la tranquilidad que producen, se traduce en un menor tono de vigilancia en el Centro, con las consecuencias lógicas de ello. Las caídas son la gran preocupación de seguridad en los Centros y este trabajo demuestra que, en aquellos donde se utilizan sujeciones rutinariamente, se producen más caídas y con peores consecuencias que en Centros libres de sujeciones.

Las deficiencias descritas en los resultados, están enmascaradas por el uso de sujeciones y sólo se las ha reconocido cuando se puso empeño en trabajar sin sujeciones. El uso de sujeciones diarias encubre deficiencias, ya sean de capacidad profesional, ambientales, or-

ganizativas y muchas son las veces que se aplican para evitar conflictos con familiares, pero no para beneficiar más a la persona.

Las claves para lograr Centros libres de sujeciones fue implementar todo al mismo tiempo, a pesar de las dudas iniciales y del tiempo que se necesite para llevarlo a cabo, contando con el inequívoco apoyo de los líderes formales de las organizaciones, directivos y administradores.

La tolerancia cero se transforma en un motor de mejora, ya que el uso rutinario de sujeciones es un freno para el desarrollo profesional y para la continua adecuación del Centro. Adquirir una actitud de tolerancia cero obliga a enfrentarse a los retos que plantean cada día las personas mayores, con más conocimientos, mejores estrategias y más creatividad.

Cuando los profesionales de un Centro se empeñan en mantener cierto grado de tolerancia a las sujeciones

consiguen reducir su uso, pero no pueden eliminarlas totalmente, aun siendo posible, y además, después de un tiempo se produce un aumento de su utilización que provoca una prevalencia elevada y crónica, ya que suelen elegir como sujeción a tolerar, a las que no generan conflictos con las familias, problema que alimenta nuevas sujeciones indefinidamente.

La búsqueda continua de la corrección de las deficiencias detectadas cuando se quieren evitar las sujeciones físicas y los cambios que por ellos se van dando en los Centros, permite deducir que aquellos que finalmente logran ser libres de sujeciones y se mantienen libres en el tiempo, obtienen mejores resultados asistenciales que los Centros que siguen utilizando sujeciones. Ciertamente, para fundamentar esta afirmación con rigor científico, sería necesario utilizar indicadores ad hoc durante un período más extenso de tiempo.

Referencias

1. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing*. 1997 Sep; 26 Suppl 2:43-7.
2. Burgueño, AA. Análisis del uso de restricciones físicas y químicas en personas mayores institucionalizadas. *Agathos: Revista de Atención Sociosanitaria y Bienestar*. 2003; (1):14-25.
3. Burgueño Torijano AA, Iborra Marmolejo I. Prevalencia comunicada de sujeciones físicas. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*. 2008; 8(1): 4-11.
4. Gallinagh R, Nevin R, McAleese L, Campbell L. Perceptions of older people who have experienced physical restraint. *British Journal of Nursing*. 2001; 10(13):852-859.
5. D. Evans and M. Fitzgerald, "The experience of physical restraint: a systematic review of qualitative research," *Contemporary Nurse*. 2002; 13(2-3):126-135.
6. Corey T, Weakly-Jones B, Nicols G, Theuer H. Unnatural deaths in nursing home patients. *J Forensic Sci*. 1992; 37:222-227.
7. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. , "Adverse effects associated with physical restraint," *Canadian Journal of Psychiatry*. 2003; 48(5):330-337.
8. Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2003; 41:274-282.
9. Castle NG, Engberg J. The Health Consequences of Using Physical Restraints in Nursing Homes. *Med Care*. 2009; 47(11):1164-1173.
10. Harrington C, Tompkins C, Curtis M, Grant L. Psychotropic drug use in long-term care facilities: a review of the literature. *Gerontologist*. 1992; 32:822-33.
11. Zaleon C, Guthrie S. *Antipsychotic drug use in older adults*. *Am J Hosp Pharm*. 1994; 51: 2917-2943.
12. Phillips CD, Spry KM, Sloane PD, Hawes C. Use of Physical Restraints and Psychotropic Medications in Alzheimer Special Care Units in Nursing Homes. *Am J Public Health* 2000; 90: 92-96.
13. Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1998 Jan; 53(1):M47-52.
14. Capezuti E, Evans L, Strumpf N. Physical restraint use and falls in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 1996; 44:627-33.
15. Tinetti ME, Liu WL, Ginter SF. Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med*. 1992; 116: 369-374.
16. Tinetti ME. Factors associated with serious injury during falls by ambulatory nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society* 1987; 35:644-8.
17. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001; 49(12):1722-1728.
18. Sullivan-Marx E, Strumpf N, Evans L, Baumgarten M, Maislin G. Initiation of physical restraint in nursing home residents following restraint reduction efforts. *Research in Nursing & Health*. 1999; 22(5):369-379.
19. Castle N, Degenholtz H, Engberg J. State variability in indicators of quality of care in nursing facilities. *The Journals of Gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*. 2005; 60(9):1173-1179.
20. Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JP. International Physical Restraint Workgroup. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *J Am Geriatr Soc*. 2016 Nov; 64(11):2307-2310.