

V CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Evidencia científica en la Seguridad del Paciente: Asistencia sanitaria de calidad y promoción de salud"

LA CONTENCIÓN MECÁNICA COMO INSTRUMENTO EN LAS RESIDENCIAS DE ANCIANOS

Autor principal LAURA HERNANDEZ GARCIA

CoAutor 1 ROCIO LOZANO HERNANDEZ

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Médica

Palabras clave Ancianos Restricción física Inmovilización Residencia

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

La contención mecánica se utiliza con la finalidad de prevenir y de mejorar la calidad de vida del residente, dada la complejidad que el uso de estas medidas están teniendo en la actualidad, nace la necesidad de realizar un protocolo que ofrezcan a los profesionales sanitarios unas pautas de actuación unificadas tras el fracaso de otras alternativas. Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura científica actualizada. Como resultado principal cabe destacar las actividades de enfermería en el procedimiento. La implantación de protocolos de sujeción mecánica conserva los derechos de los residentes en intimidad, dignidad autonomía y autoestima considerando siempre los aspectos éticos y legales.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

La Contención física o mecánica a partir de ahora CM, se conoce como el uso manual, físico o mecánico que limita la libertad de movimientos o el acceso normal al cuerpo del residente en diferentes ámbitos sanitarios cuyo fin es prevenir autoagresiones, lesiones a otras personas (enfermos, familiares o personal sanitario), o daños materiales siempre que otras medidas alternativas (contención verbal y contención farmacológica) hayan fracasado o no sean aplicables puesto que vulnera el principio de autonomía de la persona. 1y2

Se trata por tanto de una medida excepcional que debe aplicarse sólo en casos justificados y siempre y cuando se respeten los principios éticos básicos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

Además dada la ausencia de una Ley específica para el uso de contenciones, ésta debe aplicarse bajo las consideraciones del Código Deontológico propio de las profesiones sanitarias, así como las recomendaciones de la Declaración de los Derechos Humanos, la Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como, La Ratificación del convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a la aplicación de la biología y medicina(Convenio de Oviedo 1997).2

En España la prevalencia del uso de algún tipo de Contenciones oscila entre un 8 y un 20% en las distintas Residencias Geriátricas nacionales, siendo este porcentaje incrementado en un 40% en los casos de demencia. 1y2

Los tipos de sujeción más comunes en los centros geriátricos son: 2

- Barandillas de cama: impiden levantarse al residente ambulante nocturno.
- Cinturón abdominal-sillón: indicado en residentes que permanecen sentados largos periodos de tiempo.
- Cinturón abdominal-cama: permite cierta libertad de movimientos pero impide levantarse de la cama. Puede colocarse antes o después de que el paciente se acueste y existen sistemas de hebilla o clip.
- Chaleco toraco-abdominal o toraco-abdominal-perineal: Se utiliza en residentes que deban permanecer sentados largos periodos de tiempo.
- Muñequeras: se utilizan para inmovilizar a usuarios en la cama o en el sillón o sujetar extremidades inferiores.
- Manoplas: impiden las autolesiones.

El objetivo principal de la presente comunicación es realizar un protocolo de sujeción mecánica para usuarios de residencias geriátricas que

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Dadas las especulaciones sobre el uso indiscriminado de las medidas de CM sin olvidarnos de la complejidad moral, ética y legal que envuelve la utilización de estas medidas físicas en las residencias geriátricas, surge la necesidad de elaborar un Protocolo específico y estandarizado basado en las Estrategias de la Seguridad del Paciente,3 para la CM que se utilice sólo en el caso de que fracasen las otras alternativas descritas anteriormente y preserve los derechos fundamentales del residente.

Para elaborar el Protocolo de CM en usuarios de Residencias de Ancianos se ha efectuado una extensa revisión bibliográfica en la Biblioteca Virtual en Salud con el objetivo de hallar el estado actual del conocimiento sobre los procedimientos que se utilizan en este tipo de prácticas para unificar criterios que engloben el adecuado uso de las sujeciones físicas que aseguren y no vulneren los derechos de bienestar y dignidad de los ancianos.

En cuanto a la metodología nos hemos basado en la sistemática de la búsqueda a través del análisis de bases de datos de literatura científica: (MEDLINE, LILACS, IBECS). Así como de los Protocolos específicos de las distintas Comunidades Autónomas e instituciones nacionales así como documentos de consenso y guías de sociedades científicas. Se incluyeron aquellos artículos que contenían como DECS restricción física y

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

En el primer punto del protocolo se define la CM 1y2, descrita anteriormente, las leyes en las que se basa2, así como los objetivos del protocolo en sí:

- Prevenir situaciones que atenten contra la seguridad física del residente y otras personas.

El siguiente punto muestra la población diana susceptible de aplicar el presente protocolo:

- Residentes con problemas de conducta: delirium, cuadro confusional agudo, deterioros cognitivos y conductas anómalas (coprofagia y autolesiones).
- Residentes con alto riesgo de traumatismo: dificultad en el manejo del equilibrio lo que provocaría caídas repetitivas y/o que presenten demencia, Enfermedad de Alzheimer⁴ o agitaciones nocturnas.
- Residentes en tratamiento que requiera la inmovilización de algún miembro.

A continuación se enumeran las contraindicaciones de la CM:4

1. Ausencia de orden facultativa debidamente autorizada.
2. Incumplimiento del Consentimiento informado por parte de la familia o del tutor legal.
3. Siempre que exista la posibilidad de otros abordajes terapéuticos.
4. Como castigo al paciente por una conducta molesta o inapropiada.
5. Por beneficio del personal y/o falta del mismo.

El siguiente apartado del protocolo se describe el procedimiento: 2y5

En primer lugar el equipo multidisciplinar valora la posibilidad de utilizar otras alternativas como son la contención verbal y la farmacológica. Ante el fracaso de estas alternativas se estudia la posibilidad de utilizar la CM establecer el tipo de sujeción que mejor se adapte al estado y características del residente. Se explica al residente, y/o familiares o cuidadores la necesidad de la medida promoviendo la autorización y el consentimiento informado (Anexo 1) asegurando el uso temporal de ésta, las medidas de protección de la sujeción y las consecuencias negativas que puede provocar en los usuarios: estrés severo, deterioro de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), lesiones cutáneas, úlceras por presión (UPP), edemas, alteraciones sensoriales, etc.

La inmovilización así como los recursos materiales y humanos serán diferentes según el tipo de inmovilización, diferenciando entre movilización por prevención o por agitación⁴ y siempre se utilizarán las medidas menos restrictivas posibles para preservar el derecho del residente.

Sería adecuado tener todo el equipo de contención preparado y revisado para su rápida utilización en caso de urgencia.

Antes de proceder a la contención se informa al usuario del procedimiento así como la retirada del mismo. Se proporciona un entorno seguro: retirada de objetos peligrosos de la habitación, nos aseguramos de que la cama se encuentre frenada, retirada de objetos personales corporales, etc.

Cuando se trata de una Contención por Prevención de caídas en primer lugar optaríamos por colocar barandillas en la cama y posteriormente el piecero. En caso de que el residente ya haya sufrido una caída tanto en la cama o del sillón, se opta por la colocación del cinturón abdominal o chaleco.

En caso de que la Contención se realice por prevención de autolesión o manipulación indebida de excrementos se utilizarán las manoplas (en invierno) dado el material del que están hechos o muñequeras.

Por último cuando la Contención se realiza por agitación⁴ necesitaremos los siguientes recursos: correas de sujeción homologadas por la Comunidad Europea (CE), cinturón abdominal, dos muñequeras, tira de anclaje, dos tobilleras, nueve anclajes un imán y cuatro personas mínimo, preferiblemente cinco en caso de paciente agresivo o con riesgo de agresividad. La enfermera se encargará de la sujeción de la cabeza para informar y tranquilizar al usuario durante la contención.

Posteriormente se describen los Cuidados de Enfermería: 2y5

1. En primer lugar y tras realizar la contención se llevará a cabo el recuento del material utilizado así como el profesional sanitario que ha participado en la contención.
2. A continuación se asegura la comodidad del residente de forma que pueda tener la mayor movilidad sin desprenderse de la sujeción, es conveniente de disponerle sus objetos personales.
3. Se evalúa el compromiso respiratorio y venoso así como las posibles complicaciones que puedan aparecer como hematomas, laceraciones y UPP, protegiendo y acolchando las prominencias óseas.
4. Supervisar que los nudos realizados puedan ser desatados rápidamente en caso de urgencia y que por el contrario no se tensen cuando el residente tire de ellos.
5. Valorar el estado del inmovilizado cada 30 minutos por el día y cada 2 horas por la noche. Coincidiendo con los cambios posturales.
6. Liberar las inmovilizaciones cada 2-4 horas, realizar ejercicios de movilización y cuidados de la piel y proporcionar apoyo emocional y verbal al residente inmovilizado.
7. En caso de cianosis, palidez, enfriamiento de la piel, dolor, hormigueo o adormecimiento, aflojar la sujeción y realizar movilizaciones se valorará la descontentión en caso de no subsanarlo.

La supresión de la CM se realizará siempre por orden facultativa, no se debe de informar al residente de la descontentión hasta el preciso momento en que se vaya a realizar, ésta debe de hacerse paulatinamente valorando la respuesta del usuario, además se debe de disponer del personal necesario por si fuese preciso reanudar la contención.

El último punto del protocolo recoge las normas de Mantenimiento del material:

1. Siempre tiene que estar un juego completo: dos manos, dos pies, cuatro alargaderas, un tórax, los pinchos correspondientes, un imán y tijeras.
2. En caso de uso de este juego, será repuesto con la mayor brevedad posible
3. Siempre que sea necesario lavar este material, se enviará a lencería, retirando las piezas punzantes.
4. Se realizará el recuento y revisión de material un día o la semana: comunicando a la supervisora: deterioro y/o pérdida de algún elemento de los juegos.

La principal limitación de la presente comunicación fue la falta de implantación del protocolo en una muestra significativa para valorar la eficacia del mismo.

Como conclusiones principales destacar las siguientes:

- La implantación de protocolos de sujeción mecánica en las residencias de la tercera edad siempre que se utilice como última opción y esté plenamente justificado e indicado fomenta el buen uso de ciertas técnicas y prácticas sanitarias.
- Así mismo con su utilización correcta conserva los derechos de los residentes en intimidad, dignidad autonomía y autoestima considerando siempre los aspectos éticos y legales.
- Todas las residencias geriátricas deberían de contar dentro de sus protocolos con uno específico de CM con el fin de minimizar los posibles efectos adversos al utilizar este tipo de técnicas así como de formar a sus profesionales que participen en el procedimiento.

- Otros
- Tipo de Contención:
- Manoplas
 - Barandillas/Picero
 - Contención MMSS
 - Contención Abdomen/Tórax
 - Contención total

Tras fracasar las medidas alternativas:

- Abordaje Verbal
- Abordaje conductual/medioambiental
- Abordaje farmacológico
- Otras

Equipo: Los abajo firmantes (especificar cargo) hemos participado en la contención Mecánica requerida por el residente arriba firmante en el turno de: M T N

 .Fdo:.

 .Fdo:.

 .Fdo:.

 .Fdo:..

Conformidad:

..Con DNI.y como familiar y/o tutor, doy constancia de haber sido informado de la aplicación de las medidas de Contención Mecánica adoptadas exclusivamente en caso de necesidad y como último recurso tras haber fracasado las otras alternativas, sin ser estas medias definitivas ni permanentes para asegurar la integridad de mi familiar y/o tutelado así como de las posibles complicaciones derivadas de su uso.

 Acepto y Consiento.

Fdo:

En, a de 20.

» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La presente comunicación aporta un posible instrumento que establezca unas pautas sobre sujeción/contención de movimientos que incluyan candidatos, indicaciones, secuencia de actuación, información a pacientes y/o familiares, procedimientos técnicos, cuidados de enfermería y mantenimiento del material. Con el fin de favorecer la seguridad de los pacientes residentes así como garantizar sus derechos fundamentales.

» PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

Ampliar el protocolo y que éste incluya la contención verbal y farmacológica. Así como llevar a cabo este Protocolo de CM específico para ancianos residentes en Residencias Geriátricas en una muestra significativa.

» BIBLIOGRAFÍA.

1. Astigarraga Suárez, A., Aristín Ortega, M.C., Fernández Rivera, E., García Aja, B. Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica. Nuber Cientif., 1 (7): 31-41; 2012.
2. Protocolo de Contención de movimiento en pacientes. Hospital La Fuenfría y Hospital Clínico San Carlos. Madrid (España); 2010.
3. Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA 2011-2014. Junta de Andalucía. Consejería de salud. Sevilla (España); 2011.
4. Guía práctica clínica sobre la actuación integral a las personas con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Barcelona (España); 2012. PP. 333-344.