



Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

Sujeciones mecánicas - 2ª Parte:

Disminución del uso en unidades de agudos y residencias

Introducción

Existe una creciente preocupación con respecto al uso de las sujeciones mecánicas en instituciones sanitarias y muchas unidades han investigado las formas de reducir el uso de estos mecanismos. Sin embargo, la información recogida en la literatura a veces no es muy consistente y se han propuesto una serie de enfoques para disminuir el uso de sujeciones mecánicas.

El Instituto Joanna Briggs realizó una revisión sistemática acerca del tema¹. Esta revisión sistemática engloba diferentes aspectos como:

Programas de Disminución del uso de las sujeciones mecánicas

¿Reducen los programas de disminución el uso de sistemas de sujeción mecánica de una forma segura?

Componentes de los Programas de Disminución del uso de las sujeciones mecánicas

¿Que componentes de los Programas de Disminución del uso de las sujeciones mecánicas constan en la literatura?

Alternativas a las sujeciones mecánicas

¿Qué intervenciones se han utilizado como alternativa a las sujeciones mecánicas o para reducir la necesidad de éstas?

Este Best Practice Information Sheet abarca:

- Cuidados sin sujeciones mecánicas
- Programas de disminución del uso de las sujeciones
- Formación acerca del uso de las sujeciones mecánicas
- Alternativas a la sujeción mecánica
- Gestión de grupos específicos
- Actividades de apoyo múltiple

Niveles de Evidencia

Todos los estudios se clasificaron según el nivel de la evidencia basándonos en el siguiente sistema de clasificación revisado^{2a}.

Nivel I Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevante.

Nivel II Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado.

Nivel III.1 Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados.

Nivel III.2 Evidencia obtenida de estudios de cohortes, de casos y controles o de series temporales con un grupo de control.

Nivel III.3 Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios con grupo único, o de series temporales interrumpidas sin grupo control paralelo.

Nivel IV Evidencia obtenida de estudios de series de casos, pre y post-test o sólo post-test.

Cuidados sin sujeciones mecánicas

Hay una creciente discusión en la literatura profesional sobre los cuidados sin sujeciones, que difiere de la disminución del uso de la sujeción en que estos sistemas no se usan en ningún caso y normalmente la institución de cuidados ni siquiera los tiene. Mientras que hay varios ejemplos de cuidados sin sujeciones en residen-

cias, existe escasa información en Unidades de Agudos. Como resultado de esto, el término "disminución del uso de la sujeción" se ha utilizado en esta publicación, no para ofrecer apoyo al uso de sistemas de sujeción mecánica, sino más bien para permitir que la evidencia se resuma de una forma lógica y coherente.

Programas para disminuir el uso

Unidades de Agudos

Hay muy poca investigación que evalúe los programas de disminución del uso de las sujeciones mecánicas en este tipo de unidades. Durante la búsqueda en la literatura, se identificaron ensayos clínicos con asignación aleatoria y estudios cuasi-experimentales; sólo en tres estudios de pre-test y post-test analizaron el impacto de los programas de Disminución del uso de las sujeciones mecánicas en Unidades de Agudos. Basándonos en estos tres estudios, podemos afirmar que el uso de sujeciones mecánicas puede reducirse, aunque la disminución del uso de las mismas no era tan grande como en las Residencias.

Residencias

Un ensayo clínico evaluó el impacto de un programa de formación sobre sujeciones mecánicas para el personal combinado con una consulta de enfermeras especialistas en geriatría, comparado con sólo la formación sobre sujeciones mecánicas, y con la no intervención. La formación apoyada por la consulta tuvo como resultado la reducción del 56% de las sujeciones mecánicas en un periodo de 12 meses, mientras que la formación sin consulta produjo una reducción del 23%. A esta reducción no la acompañó ningún aumento en el número de trabajadores, medicamentos psicoactivos o lesiones serias ligadas a las caídas.

Un gran número de ensayos clínicos con evaluación pre-test y post-test apoyan las conclusiones de este ensayo clínico, de que el uso de sujeciones mecánicas puede reducirse de forma segura en estas unidades. Además, las conclusiones de un pequeño número de estudios sugieren que aunque la reducción del uso de sujeciones puede aumentar el número de lesiones leves, las lesiones graves pueden disminuir. Sin embargo, este campo necesita más investigación.

Componentes de los programas de disminución del uso de las sujeciones mecánicas

Al evaluar la estructura y los enfoques sobre la disminución del uso de sujeciones en la literatura, surgen dos cuestiones comunes. En primer lugar, todos los programas incorporaron formación para ayudar a cambiar la cultura organizativa de la institución y para proporcionar estrategias para que la supresión de las sujeciones fuera efectiva. En segundo lugar, se utilizaron múltiples actividades para facilitar la disminución del uso de sujeciones.

Formación acerca del uso de sujeciones mecánicas

La formación fue una característica importante de la mayoría de los programas. Debido al gran número de informes que describen la formación en sujeciones mecánicas, se resumen a continuación las cuestiones específicas con respecto a la misma.

Contenido de la Formación

Se utilizaron una serie de enfoques diferentes de la formación durante los programas de disminución del uso de sujeciones mecánicas, incluidos formación interna, módulos de formación, formación obligatoria y voluntaria, talleres, seminarios, vídeos y formación asistida con ordenador. Un programa utilizó a un experto en formación sobre sujeciones mecánicas para evaluar los conocimientos y habilidades del nuevo personal. Había una variedad considerable en la duración de los programas de formación. Algunos programas eran sólo de una o dos horas, otros de ocho horas de duración, algunos de dos días y otros de diez sesiones realizadas durante cuatro meses. Mientras que la mayoría de la formación se realizó en unidades individuales, algunos programas de formación se realizaron entre dos o más unidades.

Contenido de las sesiones formativas

Aunque hubo algunas variaciones en el contenido de las sesiones formativas entre los diferentes programas de disminución, los temas comunes en muchos de ellos fueron :

- impacto de las sujeciones mecánicas
- derechos y autonomía del usuario

- mitos e ideas falsas sobre el uso de sujeciones
- aspectos éticos sobre el uso de sujeciones
- aspectos legales y legislativos sobre el uso de sujeciones y su disminución
- riesgos y efectos adversos como resultado de sujeciones mecánicas
- problemas de comportamiento específicos como agitación, deambulación errática, interferencia en el tratamiento, riesgo de caídas y problemas posturales
- alternativas a la sujeción mecánica

Alternativas a la sujeción mecánica

La evaluación de las alternativas a la sujeción mecánica ha sido escasa y la descripción de las alternativas identificadas en la literatura a menudo resultó inadecuada. Por eso un objetivo de la revisión sistemática fue el desarrollo de un listado de posibles intervenciones alternativas. Sin embargo, se ruega precaución al utilizar esta información pues estas sugerencias han sido escasamente evaluadas. Están incluidas en este *Best Practice Information Sheet* para proporcionar un número de posibles opciones para los profesionales de la práctica clínica. Se consideró que una alternativa a la sujeción mecánica era cualquier otro tipo de intervención utilizada en lugar de un sistema de contención mecánica. La Tabla 1 muestra las posibles alternativas.

Pacientes específicos

Se identificaron una serie de sugerencias relacionadas con el manejo terapéutico de grupos específicos de pacientes, que se han resumido en la Tabla 2. Una vez más encontraron que este tema ha sido poco evaluado y también se ha incluido para proporcionar un número de posibles opciones

Tabla 1: Alternativas a la sujeción mecánica

para los profesionales de la práctica clínica.

Cambios en el entorno

- mejorar la iluminación
- luces fáciles de encender
- tiras antideslizantes en el suelo y suelos antideslizantes
- asegurar que no hay ningún mueble que obstaculice el paso
- fácil acceso a las zonas exteriores que son seguras
- cerrar las puertas de salida
- barreras de tela fijadas con velcro en las puertas
- zonas de actividades al final de cada pasillo
- modificar el diseño de la estructura de las unidades para mejorar la visibilidad de los residentes en todo momento

Seguridad en la cama

- colchones cóncavos
- colocación de rodillos acolchados o una manta enrollada debajo de las sábanas delimitando los bordes de las camas
- colchones de agua para evitar que el cuerpo se deslice hacia los bordes de la cama
- colocar cojines para evitar el movimiento del cuerpo hacia los bordes de la cama
- utilizar almohadas de la misma longitud que el cuerpo para ayudar a los cambios posturales
- alfombras mullidas en el suelo o un colchón al lado de la cama para amortiguar caídas en el caso que se produzcan
- las personas con riesgo de caída que duerman en un colchón en el suelo
- individualizar la altura de las camas según las necesidades
- ajustar la altura de las camas a las personas con altura reducida
- camas sin barandillas, o media barandilla en camas bajas
- quitar las ruedas a las camas
- que la silla o la mesa estén cerca de la cama para ayudar al traslado
- tiras antideslizantes en el suelo al lado de la cama
- trapeo que cuelgue del techo para facilitar la movilidad en la cama
- recordatorios visuales para animar al paciente o al residente a que utilice el timbre de llamada

Asientos e higiene postural en sillas

- sillas con asientos profundos
- mecedoras o asientos reclinables

- almohadas grandes (pufs) en el suelo
- sillas con la espalda alta y resistente
- quitar las ruedas a las sillas
- almohadas en los asientos
- cojines de puf en las sillas para reducir el riesgo de dormirse en personas con continuos espasmos para evitar que se muevan fuera de la silla
- asientos personalizados (cojines en cuña o fenestrados)
- cojines en los apoyabrazos de las sillas de ruedas para evitar caídas por los lados/inclinación de las personas con ACV

Actividades y Programas

- desarrollar programas de rehabilitación y ejercicios que incluyan enseñar al residente técnicas seguras de movilización
- desarrollo de un programa seguro de deambulación
- terapias físicas, ocupacionales y recreativas
- incorporar el ejercicio en el plan diario de cuidados
- actividades nocturnas para aquellos que deambulan por la noche
- actividades individuales y en grupo
- actividades recreativas y sociales
- soluciones adecuadas para pacientes con problemas de ansiedad
- rutinas diarias estructuradas
- debería permitirse la deambulación errática

Aseo y Continencia

- ayuda frecuente en el aseo
- patrón de eliminación individualizado
- programación del aseo
- cambiar al usuario inmediatamente después de cada micción o deposición
- evaluación de la incontinencia
- identificar el baño con un dibujo
- cómoda al lado de la cama para que sirva de apoyo en la movilización

Cuidados de enfermería

- supervisión y observación de los usuarios
- evaluación y registro de situaciones que puedan alterar el comportamiento
- aumentar la plantilla
- rutinas diarias individualizadas, como aseo y siesta
- rutinas diarias estructuradas
- que el personal conozca las necesidades individuales de cada paciente

- que los auxiliares de enfermería aprendan a anticipar y estar presentes durante los traslados
- timbre al alcance de la mano de los usuarios
- las habitaciones de los pacientes con riesgo que estén situadas más cerca del control de enfermería
- cambiar tratamientos más incómodos para los usuarios, como iniciar alimentación oral en lugar de IV o nasogástrica y quitar los catéteres y drenajes lo antes posible
- cuidados individualizados para cada paciente
- facilitar el reposo durante las siestas
- limitar el tiempo de permanencia en la cama de los usuarios solo para dormir

Alternativas Psicosociales

- compañía
- escuchar con atención a los pacientes
- aumentar las visitas
- animar la interacción entre el personal y los residentes
- proporcionar compañía, familia, amigos o voluntarios
- actitud empática del personal de salud
- aumentar la interacción social
- contacto físico como tratamiento terapéutico
- masajes
- técnicas de relajación
- modificación del comportamiento
- orientar al paciente en tiempo, espacio y persona
- estímulos sensoriales que faciliten el descanso
- habitaciones tranquilas
- estimulación sensorial
- disminución de ruidos ambientales

Alternativas Fisiológicas

- tratamiento de infecciones
- reducir el dolor/pauta de analgesia
- pauta de analgesia para evitar el insomnio
- comprobar la medicación
- reducir cualquier causa fisiológica de alteración mental

Alarmas

- alarmas en la cama, silla o muñeca para personas con daños cognitivos
- alarmas para controlar la deambulación errática
- alarma en la puerta de salida
- sistema de sensores electrónicos

Tabla 2: Manejo de grupos específicos

Personas con daños cognitivos

- pizarra en la pared para anotar los días de la semana y los nombres del personal
- orientación continua en el entorno
- proporcionar objetos que sean reconocidos como familiares para ellos
- orientación en tiempo, espacio y persona
- alentar la participación del paciente en las conversaciones
- uso de cajas de estimulación sensorial que contengan ropa para doblar, peluches, monederos y carteras
- objetos pequeños que se puedan coger con una mano
- no sentar a los usuarios siempre en el mismo lugar durante el día
- televisión o radio
- escuchar música
- alarmas en la cama, silla o muñeca
- eliminar o reducir las causas de delirio
- identificar el baño con un dibujo
- colocación de los pacientes con confusión que cerca del control de enfermería

Personas con riesgo de caídas

- brazaletes de colores para identificar a las personas con riesgo de caídas
- precauciones e identificación de factores de riesgo individualizadas
- programa de prevención de caídas

Personas con deambulación errática

- hacerles una foto y guardarla en el control de enfermería para ayudar a encontrarlos
- identificación en las unidades de admisión de los pacientes que deambulan y tienen algún tipo de confusión
- diseñado de una bata específica para pacientes con deambulación errática para que sean reconocidos por el personal
- implementar un "código de alarma" que obligue a todo el personal a buscar inmediatamente en su área al paciente perdido
- barreras visuales para las puertas

- barreras de tela fijadas con velcro en las puertas
- mantener la puerta de la unidad cerrada
- sistemas de alarma en la puerta de salida
- patios y jardines cubiertos, fácil acceso a las áreas exteriores seguras
- pasillos circulares, áreas de actividades al final de cada pasillo
- proporcionar actividades, paseos y actividades recreativas
- actividades nocturnas para los que deambulan por la noche

Usuarios que manipulan los equipos médicos

- Terapia IM en lugar de IV
- sonda nasogástrica cubierta con una sujeción en el abdomen para evitar su manipulación
- manoplas o calcetines en las manos en lugar de sujeciones de muñeca
- recubrir las manos con espuma de los usuarios para proteger los equipos médicos

Personas agitadas o violentas

- mecedoras o asientos reclinables
- música relajante
- ofrecer diversiones como radio o televisión

Personas con problemas de movilidad

- terapia física y ocupacional
- programas de rehabilitación y ejercicio
- enseñar técnicas seguras de traslado
- desarrollo de un programa ambulatorio
- crear un camino libre de muebles
- tratamiento de suelo antideslizante
- acolchar el cuerpo
- ayudas de movilidad
- utilizar barandillas
- zapatos apropiados y zapatillas de estar en casa
- animar al usuario para el uso de sistemas de apoyo

Actividades de apoyo múltiple

Para el apoyo a la formación en sujeciones, la mayoría de los programas contienen un gran número de actividades. Aunque se han tratado de resumir todas ellas, se ruega precaución a la hora de interpretar y utilizar esta información, pues estas actividades individuales no han sido rigurosamente evaluadas. Además, hay poca información sobre el protocolo óptimo, la distribución del tiempo, la duración o combinación de actividades

1. Enfoque organizativo

La mayoría de los programas de disminución del uso de las sujeciones identificados en la literatura implicaban a toda la organización, no a unidades o servicios específicos. Este enfoque organizativo implicaba la creación de un comité de sujeciones multidisciplinar y a menudo se llevaban a cabo cambios en las políticas de organización.

2. Disminución vs Eliminación

El objetivo de muchos de estos programas era la disminución del uso de sujeciones mecánicas, más que la propia eliminación. Uno de ellos describió su objetivo como "sujeción mínima", mientras que otro contemplaba el objetivo de inmovilizar a no más del 5% de los usuarios. Un programa de disminución del uso de las sujeciones utilizó un protocolo que especificaba las condiciones bajo las cuales la sujeción mecánica podía ser utilizada como último recurso. Estas condiciones incluían motivos que evitaran que el usuario pusiera su vida en riesgo.

3. Cambios en el uso de la sujeción mecánica

Una serie de programas cambiaron la forma de pautar la sujeción. Por ejemplo, una unidad de agudos desarrolló un formulario de pauta de sujeción que limitaba la sujeción a un máximo de 24 horas y se prohibieron las pautas de sujeción "si precisa". Una residencia desarrolló un formulario de sujeciones que requería el consentimiento y los motivos para usar sujeciones. Acompañando al formulario médico, también se desarrolló un formulario de enfermería, especificando los motivos para la sujeción, accidentes recientes y las alternativas que habían fracasado.

4. Proceso gradual

La mayoría de los programas se realizaron en un periodo prolongado de tiempo, y no hubo

informes que describiesen un proceso rápido de disminución del uso de las sujeciones. Los programas normalmente se centraban primero en la eliminación de las sujeciones de los pacientes que se encontraban en mejor estado. Por ejemplo, quitar las sujeciones a pacientes con buena movilidad pero que deambulan erráticamente. Los casos difíciles se trataron individualmente, a menudo con ayuda a otras consultas de profesionales de la salud.

5. Desarrollo de un Plan de intervención

Antes de intentar la disminución del uso de las sujeciones, la mayoría de las organizaciones desarrollaron un plan de intervención. Este plan tomó la forma de protocolos para situaciones específicas en las que el uso de sujeciones mecánicas era adecuado. Un informe describió el desarrollo de un protocolo interdisciplinar de aplicación que incluía resultados esperados.

6. Expertos en sujeciones

Unos pocos programas utilizaron lo que se llamó expertos en sujeciones. Estos expertos recibieron formación avanzada que les permitió proporcionar apoyo y consejo durante el proceso de disminución del uso de sujeciones. Como una extensión de los expertos en sujeciones, una serie de programas utilizaron especialistas clínicos para trabajar con el personal para ayudar a planificar y eliminar las sujeciones mecánicas. Esta consulta a expertos tomó la forma de visitas periódicas por parte de los consultores. Una enfermera especialista en gerontología evaluó a cada residente inmovilizado y trabajó con el personal para desarrollar intervenciones alternativas.

7. Evaluación de los usuarios

Un rasgo común en los programas de disminución del uso de las sujeciones era una forma de evaluación para determinar si las sujeciones mecánicas podían ser retiradas y para ayudar al desarrollo de un plan de cuidados individualizado. Por ejemplo, un programa desarrolló una herramienta de evaluación que también enumeraba posibles alternativas a la sujeción en base a la evaluación, mientras que otro utilizó una herramienta de evaluación fijada a la barandilla de la cama que ayudó en la evaluación de la movilidad de la persona, capacidad de movilización en la cama, capacidad para sentarse y permanecer en pie, y modo de andar. Otros enfoques incluyeron sesiones de casos clínicos y evaluación por una enfermera especialista en gerontología.

Recomendaciones

Con respecto al uso de sistemas de sujeción mecánica, en base a un único ensayo clínico aleatorio

- La formación sobre sujeciones con consulta clínica de un experto o sin ella puede reducir de forma segura el uso de sujeciones mecánicas en residencias. (Nivel II)

8. Participación de la familia

Las familias fueron implicadas en una serie de programas de disminución del uso de las sujeciones. Esta implicación iba desde simplemente notificarles que se iba a reducir el uso de sujeciones hasta programas de formación para la familia o los usuarios inmovilizados.

9. Protocolos estandarizados

Una serie de programas conllevaron el desarrollo de estrategias para situaciones clínicas específicas. Durante un programa se desarrollaron estrate-

gias para la gestión de cuatro grupos de pacientes estereotipados; el paciente que deambula erráticamente, la persona que se mueve con dificultad, la persona que toca los equipos médicos y la persona físicamente agresiva. Otro desarrolló un protocolo de manejo de las caídas y un protocolo de pacientes que deambulan sin dificultad. Este enfoque fue una característica muy común en la formación sobre sujeciones.

10. Aprender de los otros

Algunos programas dieron información sobre el éxito de la disminución

del uso de las sujeciones y las experiencias y enfoques utilizados para conseguir este propósito. Otros organizaron visitas para el personal a unidades donde no se utilizaban las sujeciones mecánicas o utilizaron un boletín informativo para comunicar las estrategias que funcionaban en otros servicios. En otro programa, cualquier avance importante, como el que un residente empezase a andar tras quitarle las sujeciones, se compartía entre varios centros para que aprendieran de la experiencia

Versión original traducida al castellano por: Lucía García Grande

Traducción revisada por: Raquel Luengo González

Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

Referencias

1. Evans D, Wood J, Lambert L, FitzGerald M., 2002, Physical Restraint in Acute and Residential Care, A Systematic Review No. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.
2. NHMRC, 1999, A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines, Canberra, NHMRC.

- The Joanna Briggs Institute
Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital, North Terrace,
South Australia, 5000
<http://www.joannabriggs.edu.au>
ph: (+61 8) 8303 4880 fax: (+61 8) 8303 4881
- Published by Blackwell Publishing Asia

Traducido y difundido por:



CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL
DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA
LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA

“The procedures described in Best Practice must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded”.

This sheet should be cited as:
JBI, 2002 Physical Restraint - Pt 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities, Best Practice Vol 6 Iss 4, Blackwell Publishing Asia, Australia.

Agradecimientos

This information sheet was developed by Dr David Evans, Ms Jackie Wood and Ms Leonie Lambert under the guidance of a panel of experts. It has been subject to peer review by experts nominated by The Joanna Briggs Institute collaborating centres throughout Australia, New Zealand and Hong Kong.

The Joanna Briggs Institute would like to acknowledge and thank the review panel members:

- Professor Michael Clinton
- Professor Rhonda Nay
- Professor Leon Flicker
- Professor Andrew Retsas
- Ms Sue Koch