

TERAPIA OCUPACIONAL EN ELIMINACIÓN DE SUJECIONES FÍSICAS EN MAYORES.

OCCUPATIONAL THERAPY IN ELIMINATION OF PHYSICAL RESTRAINTS IN HIGHER.

Palabras Clave: Sujeción Física; Contención Mecánica; Liberación de Restricciones Físicas.

Keywords: Physical Restraint, Mechanical Restraint; Release of Physical Restraints.

DeCS: Terapia Ocupacional.

MeSH: Occupational Therapy.



Autora:

Dña. Mª Del Carmen Martínez Sánchez

Terapeuta Ocupacional en grupo Amma.

E-mail de contacto: teoytec@hotmail.com

Como citar este documento:

Martínez Sánchez MC. Terapia ocupacional en eliminación de sujeciones físicas en mayores. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2016 [fecha de la consulta]; 13(23): [16 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num22/pdfs/caso3.pdf>

Texto Recibido: 05/04/2016

Texto Aceptado: 27/04/2016

Texto Publicado: 31/05/2016

Introducción

España es el primer país en el uso de sujeciones físicas entre los países que publican (1).

Según uno de los últimos estudios realizados por CEOMA (Confederación Española de Organizaciones de Mayores), un 25% de personas mayores dependientes, que viven en residencias, se encuentran sometidas a sujeciones físicas (2) (ver tabla 1).

La prevalencia del uso de sujeciones en España, nos lleva a determinar que el serio problema que existe en los centros de institucionalización que se lleva a cabo esta práctica.

Se considera sujeción física cualquier método aplicado a una persona que limite su libertad de movimientos, la actividad física o el acceso a cualquier parte de su cuerpo, y del que la propia persona no pueda liberarse con facilidad (3).

También podemos considerar como contención mecánica

RESUMEN

Introducción : Existe una clara evidencia del uso excesivo de sujeciones en España. La disparidad en su uso lleva evidencia esta práctica como irracional. Es necesario realizar una intervención desde la prevención , para evitar todas las consecuencias negativas (tanto físicas como psicológicas) que conlleva estar sometido a un uso prolongado de medidas de contención. En este artículo se expone el caso de una residente sometida a una sujeción con dependencia moderada en la ejecución de sus actividades básicas de la vida diaria y con alteraciones de conducta provocadas por la inmovilización a la que se encuentra sometida.

Metodología el objetivo de este caso es aumentar el nivel de independencia de la residente, realizando una intervención basada en el marco de referencia de la ocupación humana, además de la liberación de la contención.

Conclusiones se concluye que tras la liberación de la sujeción física a la que se encontraba sometida la residente, se evidencia una mejora emocional, conducta y funcional, aumentando su calidad de vida, su nivel de independencia y su autonomía personal.

SUMMARY

Introduction There is a clear evidence of the excessive use of restraints in Spain. The disparity in its use leads evidence this practice as irrational. It is necessary to perform an operation from the prevention, to avoid all of the negative consequences (both physical and psychological) involved in being subjected to a prolonged use of containment measures. This article presents the case of a resident subject to a subject with moderate dependence in the execution of its basic activities of daily life and with behavioral disorders caused by the freeze to the that is subjected.

Methodology the objective of this case is to increase the level of independence of the resident , conducting an intervention based on the frame of reference of the human occupation, in addition to the release of the containment.

Conclusion it was concluded that after the liberation of the physical restraint than it was under the resident is evidenced an improvement emotional, conduct and functional, increasing their quality of life, their level of independence and personal autonomy.

(sujeción) cualquier método físico, manual, aparato mecánico o equipo que esté contiguo al cuerpo del individuo, que lo sujete de tal forma que la persona no lo pueda suprimir fácilmente y el cual restrinja la libertad de movimientos o el acceso normal a cualquier parte de su cuerpo (4).

Las sujeciones son medidas que suponen riesgos para las personas que las sufren, pueden provocar graves alteraciones en su salud, en su independencia y en su calidad de vida. Se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima. Además, las restricciones físicas están relacionadas con un mayor riesgo de caídas y con que éstas tengan como consecuencia lesiones de mayor gravedad (1). Que las sujeciones físicas

son un problema para quienes son objeto de ellas , es una evidencia científica, admitida por todos los países y por todos los profesionales sanitarios (1).

Existe una clara predisposición a sufrir una restricción de este tipo, aquellas personas con deterioro cognitivo que sufren diversos factores como son el vagabundeo, alteraciones conductuales, deambulación errática y riesgo de caídas, entre otros (1).

Las personas mayores dependientes son quienes más las padecen. El mayor riesgo es para aquellos enfermos con deterioro cognitivo, principalmente enfermos de Alzheimer. Las contenciones se usan en personas que necesitan mucha ayuda o vigilancia, o en aquellas que son más difíciles de dominar.

Los factores de riesgo para sufrir una contención mecánica son:

- Deterioro cognitivo
- Deterioro funcional físico
- Edad avanzada
- Conducta inapropiada (por riesgo de caídas)
- Uso de medicamentos tranquilizantes
- Pobreza
- Desarraigo familiar
- Necesidad de cuidados básicos (1).

En España la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), ha promovido el programa "Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer", cuya finalidad es trabajar desde la prevención cuaternaria entendiendo la actitud de tolerancia cero al uso de sujeciones.

Este programa defiende que las personas dependientes tienen derecho a vivir libres de sujeciones, usadas tanto por conveniencia como por disciplina.

Actualmente existen evidencias sobre el uso de sujeciones como:

- La existencia de un uso excesivo de uso de sujeciones
- El uso de sujeciones es muy dispar, lo que no está justificado desde un punto de vista clínico.
- Las personas con demencias están más frecuentemente sometidas a ellas.
- Las sujeciones son un problema para quienes son objeto de ellas.

Adquirir una actitud de tolerancia cero al uso de restricciones físicas obliga a mejorar la experiencia de los profesionales en prevención de caídas, demencias,

SCPD (síntomas psicológicos y conductuales de las caídas), adaptación del entorno, asesoramiento de ayudas técnicas, TNF (terapias no farmacológicas) y a en favorecer la libertad de la persona en el entorno que la rodea, proporcionando siempre un entorno facilitador.

El uso de sujeciones físicas puede provocar una pérdida sustancial de autonomía funcional, que puede ser irreversible en las personas mayores que se encuentran institucionalizadas. Además, las medidas físicas de contención son un claro predictor de caídas, junto con el deterioro cognitivo, deterioro en la movilidad y psicotrópicos. Es muy probable que las personas que consumen medicamentos tranquilizantes con fines restrictivos (sujeciones químicas) acaben sometidas a sujeciones físicas (1).

Una persona sometida a sujeción física debe ser vigilada frecuentemente para evitar la aparición de complicaciones previsibles, observando los siguientes aspectos:

- Estado de ánimo
- Actitud postural
- Posible compresión de algún miembro
- Aparición de rigideces musculares
- Temperatura de manos y pies
- Necesidad de ir al baño
- Otras necesidades

El patrón de uso que predomina en centros de institucionalización es el de uso prolongado, lo que conlleva a situaciones de inmovilidad permanente por parte de aquellas personas que se encuentran sometidas a este tipo de contenciones, disminuyendo así su autonomía funcional.

La inmovilización y aislamiento se lleva a cabo en determinadas ocasiones o situaciones contando con la adecuada y conveniente indicación y justificación clínica.

Existen efectos negativos documentados del uso rutinario de sujeciones físicas:

- Físicos: Úlceras por presión, infecciones, incontinencias (fecal y urinaria), disminución del apetito, estreñimiento, pérdida del tono muscular, atrofia y debilidad.
- Psicológicos: Miedo, pánico, vergüenza, ira, agresividad, depresión, aislamiento social y retiro/apatía (1).
- Las sujeciones físicas, crean en la persona un rechazo a la propia restricción, provocando una alteración conductual a consecuencia de una lucha constante de liberación, y daño psicológico por "verse atado". Además, provocan un claro aumento del riesgo de sufrir uno de los principales síndromes geriátricos que es el inmovilismo.

La inmovilidad en personas mayores se define como "el descenso de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras" (4). El síndrome de inmovilidad es una vía común de presentación de una enfermedad, generada por una serie de cambios fisiopatológicos en múltiples sistemas condicionados por la inmovilidad y el desuso acompañante. Es generalmente un cuadro multifactorial, potencialmente reversible y prevenible (4).

La inmovilidad es un síndrome que afecta significativamente la calidad de vida de los adultos mayores y tiene múltiples causas. Podemos comparar las secuelas de un ACV con el proceso de encontrarse sometido a una contención mecánica provocando éstos una postración aguda; otras patologías como osteoartrosis, insuficiencia cardíaca, EPOC, lo hacen de manera gradual, y otras son recurrentes, como en el caso de enfermedades autoinmunes, caídas, etc (4).

La aparición de síndromes geriátricos se ha relacionado estrechamente con el riesgo de desarrollar discapacidad, pudiendo ser utilizados también como marcadores de fragilidad.

El síndrome de inmovilidad se caracteriza por reducción de la tolerancia a la capacidad física, debilidad muscular progresiva y en casos graves, pérdida de los automatismos reflejos posturales necesarios para la deambulación.

Se considera una disminución clara y evidente del nivel de independencia en la movilidad del anciano, que se refleja con la aparición de alteraciones, a consecuencia de la falta de movilidad durante un periodo de tiempo (como mínimo 72 horas), que puede ser determinado o indeterminado (4).

Existen personas que estando en condiciones de movilidad total, caen en inmovilidad abruptamente, como es el caso de aquellos que sufren accidentes cerebrovasculares o traumatismos incapacitantes. Otros muestran deterioro progresivo, ya sea desde una situación de movilidad total o parcial por alguna enfermedad crónica, como es el caso de la osteoartrosis, las enfermedades neoplásicas, la insuficiencia cardíaca y respiratoria o la enfermedad de Parkinson (4) o por el uso prolongado de contenciones mecánicas.

Existen múltiples causas que llevan a provocar una situación de inmovilidad en el mayor, y pueden concurrir varias en la misma persona. Las más frecuentes son: la falta de fuerza o debilidad, la rigidez, el dolor, las alteraciones del equilibrio y los problemas psicológicos. La debilidad puede estar asociada a estados de desnutrición, alteraciones electrolíticas, anemia y alteraciones musculares (4).

Se considera de gran utilidad la diferenciación entre factores extrínsecos e intrínsecos:

Factores intrínsecos predisponentes a la inmovilidad:

- Esqueléticos: Osteoartrosis, artritis reumatoide, osteoporosis, traumatismos, metástasis óseas, fracturas, patología podológica.
- Cardiovasculares: Insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica.
- Pulmonares: EPOC, enfermedad pulmonar restrictiva.
- Neurológicas: Accidente vasculocerebral, enfermedad de Parkinson, neuropatías.
- Déficit sensorial: Visión y audición.
- Mentales: Síndrome confusional agudo, demencia, depresión.
- Pluripatología médica: alteraciones hidroelectrolíticas, anemia, trastorno del calcio, tiroides, deshidratación.
- Factores extrínsecos predisponentes a la inmovilidad:
- Iatrogenia: fármacos que están presentes por sí mismos o por interacciones, influyen en la aparición de problemas para las personas mayores (neurolépticos, BDZ, antihipertensivos, diuréticos), inmovilización forzada (para evitar caídas, por agitación) reposo por prescripción facultativa, actitudes.
- Ambientales: hospitalización, inexistencia/inadecuación de medios de ayuda, barreras arquitectónicas (4).

La disminución de la movilidad provoca:

- Alteraciones cutáneas
- Alteraciones musculares
- Alteraciones óseas
- Alteraciones cardiovasculares
- Incontinencias
- Infecciones de tracto urinario
- Trastornos conductuales
- Deprivación sensorial.

A la hora de prevenir este síndrome geriátrico es necesario intervenir a través de 3 tipos de vías de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

- Prevención primaria: Trata de potenciar aspectos de movilidad a través del ejercicio físico.
- Prevención secundaria: Favorecer uso de ayudas técnicas, estimulación en actividades básicas de la vida diaria, etc.
- Prevención terciaria: Control postural, cambios posturales, ect (4).

Para llevar a cabo una intervención sobre el síndrome de inmovilidad en personas mayores, desde terapia ocupacional se puede realizar un tratamiento desde los tres tipos de prevenciones, pero en este caso nos centraremos en realizar una intervención y tratamiento desde el punto de vista de la prevención terciaria actuando sobre factores extrínsecos causantes del inmovilismo, siendo uno de estos principales factores el uso irracional de restricciones físicas.

Justificación del caso:

Ante el uso irracional de sujeciones físicas de uso prolongado es necesaria una intervención desde terapia ocupacional para prevenir las consecuencias negativas que conlleva este tipo de inmovilización.

Dado el claro aumento del nivel de dependencia y la evidente disminución de la autonomía de las personas que se encuentran sometidas a restricciones físicas, por el uso irracional de sujeciones, es necesario que desde la disciplina de terapia ocupacional se realicen intervenciones, aumentando la movilidad del mayor y fomentando su nivel de independencia a través de la adaptación del entorno, favoreciendo un entorno facilitador y no protector, mediante el asesoramiento en ayudas técnicas necesarias para favorecer la movilidad y disminuir todas las contraindicaciones que conllevan la inmovilidad que provoca estar "atado".

Por todo lo mencionado anteriormente, se presenta el caso clínico de una usuaria institucionalizada en un centro sociosanitario, para que otros colegas de

la profesión y otros miembros de equipos multidisciplinares, comprueben la necesidad de la erradicación total de restricciones físicas en centros de mayores, difundan la actitud de tolerancia cero al uso irracional de sujeciones y valoren la necesidad de la intervención desde la terapia ocupacional en la eliminación de medidas de contención, además, de dar a conocer la necesidad del terapeuta ocupacional en esta nueva forma de cuidados.

METODOLOGÍA

La base teórica sobre la que se basa este caso clínico es en el marco de referencia de la ocupación humana. Este marco supone una guía teórica en la práctica que refleja la centralización de la ocupación, proporcionando una forma de pensamiento sobre la adaptación ocupacional de las personas, y del proceso de la terapia.

Se basa en la motivación y en la formación de patrones rutinarios de ocupaciones, la naturaleza del desempeño experimentado y la influencia del ambiente sobre la ocupación, evidencias necesarias y a tener en cuenta en la intervención del terapeuta ocupacional en la eliminación de restricciones físicas con la consiguiente disminución del riesgo de caída.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Datos de la residente:

Mujer de 82 años de edad que sufre neoplasia en seguimiento. Presenta probable demencia tipo Alzheimer con deterioro cognitivo moderado, se encuentra sometida a sujeción mecánica de tipo abdominal en silla de ruedas por riesgo de caídas. Presenta episodios de alteraciones conductuales provocadas por su rechazo a estar inmovilizada en la silla de ruedas y no permitirle deambular de forma autónoma.

A continuación se exponen los datos más relevantes para el caso:

1.- MEC 18/35, presenta deterioro cognitivo moderado, con desorientación en tiempo, alterada la memoria inmediata, la diferida y la episódica. Alterado el cálculo, y afectación en praxias constructivas alteradas.

2.-GDS/ FAST 4 deterioro cognitivo moderado, presenta déficit en concentración evidente en la sustracción seriada, disminución del conocimiento de acontecimientos ocurridos recientemente, y gran dificultad del control en sus actividades instrumentales de la vida diaria. A pesar de no ser frecuente en este estadio, la residente muestra desorientación temporal. Usa como mecanismo de defensa la negación.

3.- Barthel 40/100 presenta dependencia grave en la ejecución de sus actividades básicas de la vida diaria. Conserva independencia en alimentación. Requiere ayuda en arreglo personal, en transferencias (silla de ruedas-cama),y en subir y bajar escaleras (con poyo de una persona). Dependiente en vestido, en el uso del retrete, y en deambulación. Es usuaria de silla de ruedas y presenta continencias en deposición e incontinencias ocasionales en micción.

4.- Tinetti 16/28 con alto riesgo de caídas. Presenta alteración del equilibrio dinámico.

5.-Cornell superior a 9. Estado depresivo moderado. El estado emocional de la residente está alterado, lo que influye a nivel cognitivo. Se valora la posibilidad que ante la mejora emocional de la misma también se mejore como consecuencia su estado cognitivo.

Tras las valoraciones necesarias por parte del equipo multidisciplinar para liberar a la residente de la restricción física a la que se encuentra sometida , se procede a sistematizar su día a día en base a sus patrones rutinarios, valorando sus necesidades y sus hábitos, adaptándolos siempre al entorno residencial. Pronto se observa como la residente elimina de su conducta las alteraciones por querer liberarse y comienza a colaborar en las rutinas del centro .

Al establecer estas rutinas, es necesaria la realización de un perfil ocupacional, donde se recogen los intereses de la residente y su vida anterior. Estos datos son necesarios para proporcionar una ocupación estimulante a la residente como medida de terapia no farmacológica, retrasando el deterioro y favoreciendo el mantenimiento de habilidades conservadas, consiguiendo a su vez una promoción de su nivel de independencia y un aumento de su satisfacción en el desempeño de sus tareas básicas e instrumentales.

PREGUNTA PARA EL LECTOR

Tras la presentación del caso se plantea una pregunta para ahondar en el abordaje de la intervención.

¿Cuáles son las intervenciones desde la terapia ocupacional para promover la independencia y autonomía de la residente en el proceso de liberación de sujeciones mecánicas?

RESPUESTA

¿Cuáles son las intervenciones desde la terapia ocupacional para promover la independencia y autonomía de la residente en el proceso de liberación de sujeciones mecánicas?

Para responder a la pregunta sobre cuál sería la intervención desde terapia ocupacional en la eliminación de restricciones físicas, debemos centrarnos en las áreas de desempeño ocupacional de la persona que se ven afectadas, en las que hay que intervenir y diseñar una estrategia de intervención que favorezca la movilidad de la residente pudiendo proporcionar la independencia y autonomía necesarias para un desempeño óptimo de sus actividades básicas e instrumentales diarias.

En este caso, en primer lugar se diagnostica que la causa por la que la residente presenta sujeción mecánica es por presentar inestabilidad en la deambulación y presentar riesgo de caídas. Ante este diagnóstico, se añade el inmovilismo sufrido por la residente mientras se ha encontrado sujeta, por lo que en el momento de la liberación de la contención, presenta mayor inestabilidad, por lo que se comienzan a adaptar las tareas de autocuidado, ejecutándolas en bipedestación, favoreciendo así su estabilidad y recuperar la fuerza y tono muscular requeridos para disminuir de la inestabilidad.

En segundo lugar, se observa que la residente presenta alteraciones conductuales por rechazo a la inmovilización, por lo que es necesario eliminar este tipo de conductas, que desaparecen cuando es liberada totalmente de la restricción física. Estas alteraciones conductuales poseen una consecuencia a nivel emocional, provocando estado apático de la usuaria.

En tercer lugar, se favorece un entorno facilitador en el que la residente pueda cumplir sus objetivos del día a día, de forma autónoma, pero sin que suponga un riesgo para ella. En este caso, se establecen rutinas diarias, desde la que

residente se levanta, hasta la hora de la acostada, pasando por las diferentes actividades de la institución, proporcionándole una ocupación significativa y se evite el vagabundeo o la deambulación errática con el que consiguiente riesgo de caída.

En cuarto lugar, se realiza una intervención en la modificación del entorno adaptándolo a las necesidades de la residente. Se crea un entorno accesible, la usuaria puede desenvolverse de forma libre y autónoma, reduciendo la consecuencia negativa en el caso de que se produzca una caída mientras ejecuta sus tareas de cuidado. La adaptación tiene lugar en la habitación del centro donde se encuentra ingresada, se acolcha el suelo con colchonetas pisables y biseladas. Se colocan los objetos necesarios a diario por la residente en lugares cercanos donde se deben usar.

Tras realizar dichas intervenciones y superado el proceso de adaptación a la retirada de la sujeción física, se procede valorar de nuevo a la residente transcurridos 6 meses, y se obtienen los siguientes datos:

- 1.- MEC: 26/35, deterioro cognitivo leve, orientada parcialmente en las tres esferas. Alterada memoria inmediata y diferida. Mantiene memoria episódica. Conserva cálculo. Praxias constructivas semiconservadas.
- 2.- FAST: 2, quejas de pérdida de memoria. Existe conocimiento y valoración de la sintomatología.
- 3.- Barthel 70/100 presenta dependencia leve en la ejecución de sus actividades básicas de la vida diaria, siendo independiente en alimentación, arreglo personal y en transferencias. Requiere ayuda en vestido, en uso de retrete y en subir y bajar escaleras. Presenta continencia en deposición e incontinencias ocasionales en micción. Requiere deambulación supervisada.
- 4.- Tinetti 18/28 continúa teniendo alto riesgo de caída porque aun presenta inestabilidad.

5.- Golberg 0/9 en ansiedad y 1/9 en depresión. Ausencia de alteraciones emocionales.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la revaloración de la residente tras el proceso de liberación de sus restricciones físicas, se observa que estar sometido a medidas de contención provoca un claro aumento del deterioro de la usuaria, con un aumento considerado de su nivel de dependencia.

Se observa una eliminación total de las alteraciones conductuales reactivas a las sujeciones físicas, mejorando el estado emocional de la residente y disminuyendo su apatía.

De esta manera, podemos concluir que es necesario valorar la importancia de la eliminación de restricciones físicas en personas mayores, promoviendo una actitud de tolerancia cero como motor de mejora.

Tras un proceso de liberación de restricciones físicas y tras la intervención desde terapia ocupacional, se observa el aumento de indicadores de mejora funcional, la disminución de la prevalencia de alteraciones de conducta gracias a terapias no farmacológicas, la mejora de la seguridad ambiental tras el proceso de adaptación del entorno y el aumento de actitud de la tolerancia cero al uso de sujeciones por parte de los profesionales promoviendo la autonomía del mayor.

Es necesario que se realicen intervenciones desde la terapia ocupacional ya que esta nueva filosofía es reciente en cuanto a modelos de cuidados en centros de mayores. Es importante que se realicen evidencias e investigaciones en las mejoras que se producen en la liberación de medidas de contención y en la intervención del terapeuta ocupacional.

Ante lo evidenciado de los aspectos negativos del uso prolongado de sujeciones físicas en personas mayores en instituciones, es necesario que puedan vivir libres de sujeciones y el personal de los centros demuestre una actitud de tolerancia cero al uso de sujeciones en defensa de sus derechos.

Referencias bibliográficas

1. Burgueño Torijano AA. Guía para personas mayores y familiares. Uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer. Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. Madrid: Ceoma; 2005.
2. Burgueño Torijano AA. Tolerancia zero a las sujeciones en ancianos. Difícil pero no imposible. 10 Argumentos a favor de la tolerancia cero al uso de Sujeciones en Personas Mayores. Lo aprendido por el Programa Desatar al Anciano al Anciano y al Enfermo de Alzheimer de España. "Informaciones psiquiátricas". Madrid; Ceoma; 2013.
3. Astigarraga Suárez A, Aristín Ortega MC, Rivera Fernández E, García Aja, B. Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en población geriátrica. Rev Nub Cient. 2014; 1(7): 2-4.
4. Calle Egusquiza A, Pérez Bazan LM, Vila-Moret Von Zitzewitz AJ. Fragilidad, Sarcopenia e Inmovilidad en Manuel del Residente en Geriatria. Ed Amgen. 2014; 2(8); 125-136.