

Protocolo de buenas prácticas

en el uso de medidas de sujeción
en el ámbito domiciliario
y centros asistenciales:
sociales y sanitarios.

Protocolo de buenas prácticas

en el uso de medidas de sujeción
en el ámbito domiciliario
y centros asistenciales:
sociales y sanitarios.

Edita: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
Instituto Aragonés de Servicios Sociales

ISBN: En tramitación

Año: 2019

Fecha edición
14/06/2019

Periodo de vigencia:
4 años

Índice

Autoría	04
Revisión externa	04
Declaración de conflicto de intereses de los Autores/Revisores	04
Justificación	05
Objetivos.....	07
Profesionales a quienes va dirigido	08
Población Diana/Excepciones.....	08
Metodología.....	09
Actividades o Procedimientos.....	11
Algoritmo de actuación.....	20
Indicadores de Evaluación.....	21
Glosario / Definiciones.....	22
Bibliografía.....	23
Listado de Anexos.....	27
Anexos	28

Autoría

Responsables de la actualización:	Titulación	Institución a la que pertenece / e-mail
Marco Marco, Julia	DUE	Instituto Aragonés de Servicios Sociales Jefa Sección de Calidad. jmarcom@aragon.es
Vicente Edo, Maria José	DUE	Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
Planas Pamplona, Mercedes	DUE	Inspección de Centros Sociales.
Mesa Raya, Carmen	Trabajadora Social	Jefa de Sección de Planificación de Servicios Sociales.
Aliaga Nueno, María Luisa	Trabajadora Social	Asesora Técnica de la Dirección General de Derechos y garantías de los usuarios.
Sanjuán Cuartero, Rosa	Geriatra	Servicio Geriatria HU Miguel Servet.
Magdalena Belio, Jesús	Médico A. Primaria	Centro de Salud Campo de Belchite. SALUD.
Hernández Bernal, Patricia	L. Derecho	Asapme. Foro Aragonés de Pacientes.

Revisión Externa

Nombre de la entidad
Comité de Bioética de Aragon.
Comisión de Calidad Centro Asistencial el Pinar. Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Teruel.
Foro de Pacientes.
Sociedad Aragonesa de Geriatria y Gerontología.
Sociedad Aragonesa de Medicina de Familia y Comunitaria .
Unidad de Calidad del Servicio Aragonés de Salud.

Declaración de conflicto de intereses de la autoría / Revisión externa

Ambas partes

declaran no tener conflictos de interés en la elaboración y revisión de este protocolo.

Justificación

Los cambios experimentados en la sociedad, el incremento de la esperanza de vida unida a una mayor discapacidad y dependencia y la actual consideración de la persona como sujeto de derechos, han llevado a una profunda reflexión sobre el modelo de atención a las personas en situación de dependencia.

Tal reflexión está originando cambios en el tipo de atención, pasando de asegurar la calidad de los cuidados profesionales, a la atención integral centrada en la persona y en su calidad de vida, como concepto comprensivo del respeto a los derechos, eje fundamental de las políticas de atención.

Este cambio de paradigma se va extendiendo en la implementación de los distintos cuidados, con especial énfasis en aquellos que pueden significar una confrontación entre los principios de beneficencia y el de autonomía^{1,2}. Este es el caso de las contenciones o sujeciones físicas, donde se está produciendo una transformación en el modelo de prescripción; donde imperaba el objetivo de seguridad de cuidados de la persona, pasa a plantearse como objetivo el respeto de la dignidad y el principio de autonomía de la misma.

Las sujeciones o contenciones físicas son el último recurso que se utiliza en determinadas situaciones para controlar conductas que suponen alto riesgo para el propio paciente, para otros usuarios y para los y las profesionales y/ o familiares. Se puede considerar la sujeción física como una medida terapéutica excepcional, de carácter temporal, y dirigida a limitar la movilidad, de manera parcial o generalizada, de la persona, para tratar de garantizar su seguridad o la de los demás.

Las sujeciones físicas, pueden entrañar riesgos para la salud de las personas que son objeto de las mismas y suponer una vulneración de derechos fundamentales, como el derecho a la integridad física y a la libertad y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes. Por todo ello, y con este protocolo, se pretende sensibilizar a instituciones públicas y a la sociedad en general acerca de la importancia de ofrecer a las personas en situación de dependencia cuidados seguros que garanticen sus derechos y su dignidad. En el anexo 1 se recogen algunas de las normas y documentos más relevantes.

El uso de contenciones en España es más frecuente que en los países de su entorno. Su uso está siendo tema de debate desde hace ya unos años donde se han comenzado a abordar temas sobre la idoneidad de su indicación, así como una mayor concienciación y racionalización del uso de las mismas³. Distintas Comunidades Autónomas, entre ellas Aragón, han previsto su uso en las leyes de servicios sociales o bien con normativa específica^{4, 5}.

Los datos de prevalencia del número de contenciones que se realizan son dispares, y varían según los diferentes autores consultados, dado que no siempre se consideran los mismos dispositivos como medidas de sujeción o restrictivas (barandillas, elementos atravesados). Las barandillas en las camas son con mucho los dispositivos más utilizados y que más controversia generan entre los profesionales; sin embargo son también los que pueden ocasionar lesiones físicas más graves^{6,7}.

En la Comunidad Autónoma de Aragón, la prevalencia de sujeciones en las residencias de atención a personas en situación de dependencia, de titularidad del Gobierno de Aragón, según los datos de la memoria de actividad del Instituto Aragonés de Servicios Sociales de 2017, está por encima del 45 %, incluyendo barandillas protectoras y dispositivos para mantener la postura en sedestación. En Atención domiciliaria, se desconoce la prevalencia de personas sometidas a sujeción física, si bien parece estar asociado al estado de dependencia y a la fatiga del cuidador por falta de recursos alternativos⁸.

El uso de sujeciones en los centros sociales y sanitarios, determina la calidad de los cuidados, influyen negativamente en el bienestar físico y psicológico de las personas y son factor de riesgo del estado de salud^{7,9}. Hay quienes indican que las sujeciones pueden eliminarse casi por completo con niveles razonables de seguridad¹⁰. Las organizaciones deben contemplar el uso de las sujeciones como un dilema ético y proporcionar a los profesionales de los centros educación y formación continuada, así como el apoyo especializado para afianzar un modelo de cuidados con medidas alternativas que respeten la dignidad y derechos de las personas. Los últimos estudios apuntan a un cambio de actitud por parte de los y las profesionales que dan prioridad a cualquier otro tipo de intervención alternativa a la sujeción.

En este protocolo no se abordan las medidas farmacológicas derivadas del uso de medidas de sujeción, ni tampoco las que pudieran darse en otros ámbitos como centros sociales de protección a la infancia y la adolescencia.

Objetivos

Generales

- Promover buenas prácticas en centros de atención social, centros sanitarios y en los domicilios, y el respeto de los derechos de las personas usuarias, que por razón de salud, discapacidad y/o dependencia, pueden necesitar medidas de contención o de limitación/restricción de la libertad de movimientos.
- Convenir los principios éticos (autonomía, beneficencia, dignidad y no maleficencia) con la práctica de las sujeciones físicas.

Específicos

- Fomentar la utilización de medidas alternativas a la sujeción física que favorezcan la disminución de su uso.
- Proporcionar a los y las profesionales de los servicios sanitarios y sociales los conocimientos y pautas que garanticen una adecuada utilización de la sujeción física en caso necesario.
- Proporcionar conocimientos y pautas de actuación al personal que realiza cuidados profesionales y a familiares que lo hacen en el entorno domiciliario.
- Establecer y unificar criterios y pautas de actuación en la aplicación de la sujeción física con referencia a:
 - Indicaciones de la sujeción física.
 - Fases o secuencias de actuaciones.
 - Procedimientos técnicos.
 - Registro de datos de utilidad clínica.
 - Evaluación.
- Garantizar la seguridad de los y las pacientes y de la persona que realiza los cuidados.
- Adecuar la práctica de sujeción física al cumplimiento de la normativa legal (anexo 1).

Profesionales a quienes va dirigido

Profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajen con personas en situación de dependencia o con necesidad de cuidados de forma temporal o permanente.

Familiares y no familiares que realizan los cuidados de personas en situación de dependencia en el entorno domiciliario.

Poblacion Diana

- En residencias y centros de día: personas en situación de dependencia que presentan conductas disruptivas por cualquier causa.
- En ámbito hospitalario: pacientes que presentan conductas disruptivas por síndrome mental u orgánico de múltiples etiologías.
- En ámbito domiciliario: personas en situación de dependencia o pacientes que presentan conductas disruptivas por síndrome mental u orgánico de múltiples etiologías.

Excepciones

Pacientes ingresados en unidades de agudos de psiquiatría.

Metodología

Tipo de estudios

La búsqueda bibliográfica se centró principalmente en revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorios.

Población diana

Se incluyeron estudios realizados en población anciana en centros residencias, centros sociales y sanitarios y en el ámbito domiciliario.

Tipos de intervenciones

Todas las intervenciones relacionadas con medidas de sujeción en población geriátrica podrán ser potencialmente elegibles.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed /MEDLINE, EMBASE, las bases de datos del Centre for Reviews and Dissemination (CRD): NHS Economic Evaluation Database (NHS EED), Health Technology Assessment Database (HTA), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) y Cochrane. Las estrategias de búsqueda se realizaron combinando términos en lenguaje controlado y libre con el fin de aumentar la sensibilidad y especificidad en cada una de las búsquedas.

Las búsquedas se centraron en los tipos de estudios ya mencionados, se limitó a artículos publicados en los últimos 5 años desde la búsqueda el anterior documento, y al idioma español e inglés.

Se realizó también búsqueda manual y de literatura gris. La estrategia completa de la búsqueda se encuentra recogida en el anexo 2.

Selección de artículos

Una vez finalizada la búsqueda bibliográfica, se llevó a cabo un primer cribado de los artículos encontrados por título y resumen. Aquellos que no tenían relación con el tema o la población a evaluar, se descartaron. Los artículos en lo que no estaba claro si cumplían con los criterios de inclusión se procedió a un segundo cribado mediante la lectura de los textos completos. Finalmente, tras la lectura de los textos completos, los artículos de interés para el protocolo, se evaluaron mediante la herramienta de lectura crítica de la Plataforma FLC 2.0 de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco – OSTEBA¹¹.

La literatura gris fue revisada por el equipo elaborador para valorar su inclusión o no en el protocolo.

Resultados

La búsqueda bibliográfica en las bases de datos identificó un total de 63 artículos que tras eliminar duplicados sumaron un total de 54. Las bases de datos que se consultaron fueron: [Pubmed/MEDLINE (n= 13), EMBASE (n= 29), CRD (n= 11) y Cochrane Library (n= 10)]. Además se localizaron 4 documentos por búsqueda manual de literatura gris. De esta manera el número total de artículos revisados fue de **58**.

Después de completar el primer cribado (revisión de título y resumen) y el segundo cribado (lectura a texto completo) se descartaron 30 artículos. Estos estudios fueron descartados, porque no se adecuaban al objeto de estudio del protocolo. Posteriormente se procedió a hacer una lectura crítica de los 24 artículos restantes. Ninguno de los artículos evaluados se incluyó o bien por la baja calidad de los mismos, o porque la intervención a evaluar no era el objeto de este protocolo.

Algunos de los artículos revisados indicaron que la formación a profesionales socio-sanitarios relacionada con el uso de contenciones físicas reducía sustancialmente ^{12,13,14,15}.

La literatura gris que se recuperó, consistía en declaraciones de comités bioéticos del uso de las medidas de sujeción, y recomendaciones de diferentes sociedades científicas o grupos de trabajo sobre las indicaciones, uso y complicaciones de las medidas de sujeción así como su marco normativo y legislativo.

Actividades o Procedimientos

1 ~ Indicaciones de la sujeción física (SF)

A) Situaciones o conductas que representan un riesgo o amenaza para la integridad física del paciente o de la persona cuidada:

- Prevención de golpes y autolesiones.
- Prevención del suicidio.
- Situaciones en las que se precisa el mantenimiento de la sedestación y control postural de la persona para evitar deformidades y en situaciones de grave deterioro neuromuscular.
- Cuando lo solicita voluntariamente el paciente o la persona cuidada y existe justificación clínica o terapéutica según criterio del personal técnico que lo atiende.
- Para evitar la salida de un usuario/paciente que pueda representar un peligro para sí mismo o para otros. Siempre que no puedan aplicarse otras medidas disuasorias.

B) Situaciones o conductas que representan una amenaza o riesgo para la integridad física de otras personas y/o el entorno: personas que conviven con el paciente o la persona cuidada como familiares, profesionales que realizan los cuidados, otras personas cuidadas, otros pacientes, visitantes, etc.

C) Situaciones en las que la medida sea necesaria para la aplicación y mantenimiento de programas terapéuticos del paciente o de la persona cuidada o de otros pacientes (sondas, pañales, catéteres, vías venosas periféricas).

No está indicada:

- Como medida punitiva, de antipatía o de represalia hacia la persona cuidada o el paciente.
- Para suplir falta de medios y/ o recursos materiales o humanos para la correcta atención de las personas residentes o pacientes.
- Orden médica expresa de no sujeción física.
- Siempre que exista la posibilidad de abordar la situación con otras medidas alternativas.
- Cuando la conducta agresiva es delictiva o el paciente está armado, en cuyo caso es competencia de las fuerzas de seguridad.
- Para prevenir caídas.

2 ~ Medidas alternativas a la contención/sujeción

Se consideran siempre medidas terapéuticas de seguridad, sin intención de limitar los derechos de las personas. La medida de contención adecuada a aplicar en cada momento, será adoptada en base a la valoración de la situación y en todo caso, se contemplarán las medidas ambientales y verbales como primera intervención frente a la conducta disruptiva del paciente, o de la persona cuidada.

Previamente a cualquier medida de sujeción voluntaria o involuntaria habrá habido una evaluación exhaustiva de la persona objeto de la misma, en relación al riesgo que se quiere evitar, que deberá constar en la historia clínica, así como las actuaciones o intervenciones previas llevadas a cabo. (Anexo 8).

A) Medidas ambientales

Destinadas a evaluar y adecuar el hábitat en el que se desenvuelve la persona con riesgo, para hacerlo más seguro en cada ámbito, especialmente en residencias y domicilios. Incluyen:

En el entorno:

- Generar espacios libres de obstáculos y bien iluminados, con luces fáciles de encender, que permitan a las personas en situación de riesgo, deambular de forma segura y estar visualmente localizadas.
- Retirar mobiliario y alfombras que pueden entorpecer o ser un riesgo para la persona con dificultad para la deambulación.
- Modificar el diseño de la estructura de las unidades de estancia para mejorar la visibilidad de los residentes en todo momento.

Reducir aquellos estímulos que puedan resultar agresivos para el paciente, o la persona cuidada, por ejemplo, luz excesiva, ruidos corrientes de aire etc.

- Reducir el riesgo de caídas utilizando materiales antideslizantes en suelos (tiras antideslizantes al lado de la cama), señalizando las zonas mojadas o cualquier otro tipo de obstáculo.
- Aplicar medidas disuasorias para evitar salidas o "huidas" incontroladas en zonas de estar y espacios comunes, donde hay personas con Alzheimer u otras demencias; siempre personalizadas y atendiendo a la historia de vida del paciente/usuario. (Por ejemplo, trampantojos, barreras de tela fijadas con velcro en las puertas).

Mobiliario y otros dispositivos:

- Facilitar la adecuación del mobiliario a las necesidades de la persona cuidada, como, por ejemplo, poner la cama a la altura idónea para acostarse y levantarse de la misma, individualizar la altura de las camas según las necesidades, colocar dispositivos que ayuden a identificar los laterales/bordes de la cama, colchones de bordes elevados (colchones cóncavos, rodillos acolchados), 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 etc.
- Colocación de trapecio que cuelgue del techo o de la propia cama para facilitar la movilidad en la misma.

- Recomendar calzado antideslizante, de tamaño y diseño adecuado y ajustado a las necesidades funcionales de las personas mayores con dificultades para la marcha.
- Sillones personalizados y confortables, con asientos profundos, cojines en cuña, respaldos abatibles, con apoyabrazos y reposacabezas que impidan la inclinación de las personas con dificultad para un correcto control postural.
- Colocar sensores de movimiento para avisar a la persona que realiza los cuidados cuando sea necesario y luces de posición o de emergencia en habitaciones pasillos y baños.
- Recordatorios visuales para animar a la persona a que utilice el timbre de llamada.

Actividades y programas:

- Incorporar programas de estimulación y/o relajación sensorial, por medio de imágenes o sonidos musicales.
- Desarrollar programas de rehabilitación y ejercicios que incluyan enseñar al residente técnicas seguras de movilización y equilibrio.
- Terapias físicas, ocupacionales y recreativas.
- Desarrollo de un programa seguro de deambulación incorporando el ejercicio en el plan diario de cuidados.
- Establecer rutinas diarias estructuradas.

B) Pautas de comunicación

Tienen como finalidad el “enfriamiento” de la situación, disminuyendo la ansiedad, la hostilidad y la agresividad y previniendo posibles ataques violentos; informando del carácter transitorio de la crisis y potenciando su autocontrol.

Pautas de actuación no verbales:

- Evitar gestos bruscos y espontáneos.
- Mostrar una actitud abierta y tranquila.
- No mirar de forma directa y continuada al paciente o la persona que requiere de cuidados (las miradas fijas aumentan la hostilidad).
- Mantener al paciente o la persona que requiere de cuidados dentro del campo visual.

Directrices para la comunicación:

- Escucharle con calma, permitirle expresar sus temores, sus miedos; no interrumpir su discurso.
- Facilitar un entorno seguro tanto para la persona cuidada o paciente como para el personal profesional que realiza los cuidados.
- Ser flexible pero manteniendo claros los límites de la institución y el personal que trabaja en ella.
- Reservarse los juicios propios.
- No buscar confrontaciones.

Otras consideraciones a evitar :

- Rechazar la irritación.
- Negarse a escuchar.
- Avergonzar a la persona por su mal comportamiento.
- Mantener discusión en público.
- Elevar el volumen de voz.

3 ~ Medidas físicas y dispositivos de sujeciones físicas (anexo 3)

Medidas Físicas

El uso de dispositivos de seguridad para inmovilizar o limitar la capacidad de movimientos lo consideramos siempre como medida terapéutica y sin intencionalidad de restringir derechos, aun en el caso de no ser aceptada por la persona o paciente que recibe los cuidados.

La sujeción puede ser:

- Voluntaria (Demandada por la persona usuaria o paciente).
- Involuntaria (A demanda o criterio del profesional).

A aplicar en:

- Cama.
- Silla/sillón.
- En estancia (Limitación o restricción del desplazamiento de la persona en espacio cerrado).

Dispositivos de sujeciones físicas

En cama

1. Barandillas o barras protectoras (se consideran solo cuando dificultan la salida de la cama).
2. Protección de barandillas.
3. Pijama mono.
4. Sábana de inmovilización.

5. Cinturón abdominal.
6. Cinturón abdominal con pieza perineal.
7. Muñequeras.
8. Tobilleras.

En silla/sillón

1. Cinturón abdominal.
2. Cinturón abdominal con sujeción perineal.
3. Chaleco de sujeción a tronco.
4. Chaleco con sujeción perineal.

Otros tipos de sujeción

1. Manoplas.
2. Elemento atravesado.
3. Sujeción con reducción inminente de la persona cuidada/paciente. En este protocolo se hace referencia porque tanto en el domicilio como en los centros sociales o sociosanitarios, se pueden presentar casos que requieran este tipo de sujeción y sea necesario reducir a la fuerza e inmovilizar a la persona si hay riesgo inminente de autolesión o lesión a terceras personas.
4. Limitación de la salida del centro/estancia.
5. Medida excepcional de aislamiento de la persona cuidada/paciente, en unidad/estancia, con cierre de la puerta para impedir su salida, siempre que exista la posibilidad de supervisión pautada, periódica o permanente.

4 ~ Competencias de profesionales y cuidadores

Médico/a

Valora y prescribe la medida.

Informa a la persona cuidada/paciente y al familiar o persona que ejerza la tutela.

Revisa la pauta y decide continuidad o finalización en el tiempo establecido.

En Atención Domiciliaria instruye y orienta a la persona que ejerce los cuidados en el uso de contenciones y sus cuidados.

Enfermera/o

Pauta la medida de modo temporal en situación de necesidad y en ausencia del médico/a.

Supervisa y/o participa en la aplicación del dispositivo.

Es responsable de evaluar el estado de la persona cuidada/ paciente con sujeción.

En Atención Domiciliaria instruye y orienta a la persona que ejerce los cuidados en el uso de contenciones y sus riesgos y buenas prácticas en los cuidados.

Es responsable del seguimiento y prevención de los efectos adversos.

En Atención Domiciliaria instruye y orienta a la persona que ejerce los cuidados en el uso de contenciones y sus cuidados y en los riesgos y buenas prácticas en los cuidados.

Auxiliar de enfermería / TCAE / Auxiliar de Ayuda a Domicilio

Coloca el dispositivo de sujeción a la persona que requiere los cuidados o paciente.

Participa en los cuidados y control de la persona que requiere los cuidados o paciente.

Cuida y custodia el material.

Fisioterapeuta y Terapeuta ocupacional

Instruye al personal en la técnica de aplicación de los dispositivos.

Aplica dispositivos y medidas alternativas en el entorno.

Otros profesionales en centros sociales especializados

(psicólogo/a, técnico/a recuperador, educador/a trabajadora social, celador/a, ordenanza...)

Intervienen en las medidas alternativas previas a la sujeción física y en el seguimiento posterior; colaboran con los otros profesionales en la aplicación de la sujeción cuando es necesario.

Personal no profesional que ejerce los cuidados

En el domicilio la persona cuidadora coloca los dispositivos, hace el seguimiento y aplica los cuidados de seguridad generales, de acuerdo con el asesoramiento de los profesionales de atención primaria.

Las competencias y tareas asignadas por categoría profesional estarán en concordancia con los recursos y estructura de que disponga el centro o servicio y se deberán adecuar en la implementación de este protocolo. Salvo la indicación de la medida que deberá constar en la historia clínica y corresponderá al profesional de medicina responsable de la atención sanitaria del paciente (médico/a de la residencia o del sistema de salud público o privado).

5 ~ Seguimiento y control de las sujeciones

Medidas de seguridad generales:

- Disponer y aplicar el protocolo establecido en su centro/unidad.
- En domicilio, seguir las indicaciones del profesional sanitario de referencia y/o las del profesional referente del servicio de ayuda domiciliaria (SAD).
- Utilizar dispositivos homologados.
- Seguir instrucciones del fabricante en cuanto al modo de colocar y mantener el dispositivo.
- Seleccionar el dispositivo de sujeción menos limitante y más adecuado para cada persona.
- Mantener control frecuente y sistemático de la persona con sujeción.
- Valorar periódicamente la pertinencia de mantener la sujeción.
- Formar a todos los profesionales que participan en el control y la gestión de las sujeciones.
- Asesorar y formar al familiar /representante legal que ejerce los cuidados sobre el uso de los dispositivos.

Seguimiento y control:

- En la historia clínica se registrarán todos los cuidados e incidencias relacionados con la sujeción física.
- La indicación inicial de cualquier tipo de contención física será revisada por el/la médico/a responsable del paciente en un plazo no superior a las 48 horas.
- Al menos durante los 4 primeros días de aplicación de la medida se supervisará de forma más estrecha el estado físico y psíquico de la persona, con el objeto de detectar, de forma precoz, cualquier alteración en su estado con relación a su situación previa.
- En una persona sometida a sujeción física hay que valorar al menos: el estado de ánimo, la existencia de posturas perjudiciales, la existencia de compresión de algún miembro, la aparición de rigideces, la temperatura de manos y pies y la necesidad de ir al baño.

Cuidados a aplicar:

- Realizar cambios posturales con la periodicidad pautada, para evitar el desarrollo de úlceras por presión u otras lesiones.
- Aplicar tratamientos de fisioterapia para prevenir rigideces y atrofas musculares.
- Realizar terapia ocupacional para reentrenamiento en las actividades de la vida diaria.
- Aplicar protección en las zonas de apoyo.

- Ubicar a la persona cuidada/paciente en zonas tranquilas pero frecuentadas para evitar el aislamiento.
- Llevar al baño cuando precise, o cada 2 o 3 horas y realizar la higiene necesaria en el caso de incontinencia para evitar lesiones y malos olores.
- Facilitar actividades de entretenimiento.

6 ~ Comunicación y registros

Comunicación

- Cuando se procede a realizar cualquier tipo de contención, hay que informar a la persona cuidada/paciente con el consiguiente registro en historia clínica y el consentimiento firmado.
- Si el/la paciente, a juicio del médico/a no está en condiciones de tomar decisiones para hacerse cargo de su situación, el consentimiento deberá obtenerse del familiar /representante legal que ejerce los cuidados, en el menor plazo posible desde la indicación de la medida.
- En caso de discrepancia entre el médico/a que indica la medida de contención y la persona que requiere de cuidados/paciente o familiar / representante legal que realiza los cuidados, se comunicará al órgano judicial competente en el menor tiempo posible (24 /48 horas).

Registros:

En la historia de la persona cuidada / paciente con medidas de sujeción deben constar las medidas alternativas previas y los formularios cumplimentados que procedan.

1.- Indicación de la sujeción física (anexo 4)

- Identificación de la persona usuaria / paciente.
- Información a la persona usuaria / paciente y familiar o representante legal.
- Motivo y medida adecuada.
- Horario de la contención.
- Identificación del profesional que indica la medida.
- Identificación del personal que coloca la medida y realiza el seguimiento.
- Fecha de la retirada de la sujeción.

2.- Registro de consentimiento informado/autorización (anexo 5)

- Identificación firmada del informante (médico-a/enfermero-a).

- Identificación de la persona a quien se informa y relación con la persona usuaria/paciente, en el caso de que no sea el mismo y firma.
- Identificación de los riesgos de la sujeción.
- Texto de autorización expresa.

3.- Documento de comunicación al juzgado en los casos de contención involuntaria o contención por indicación del familiar /representante legal (anexo 6)

- Identificación del usuario objeto de la sujeción.
- Identificación de la persona informante.
- Medida de sujeción impuesta.

7 ~ Recomendaciones

1.- Formación destinada a los y las profesionales

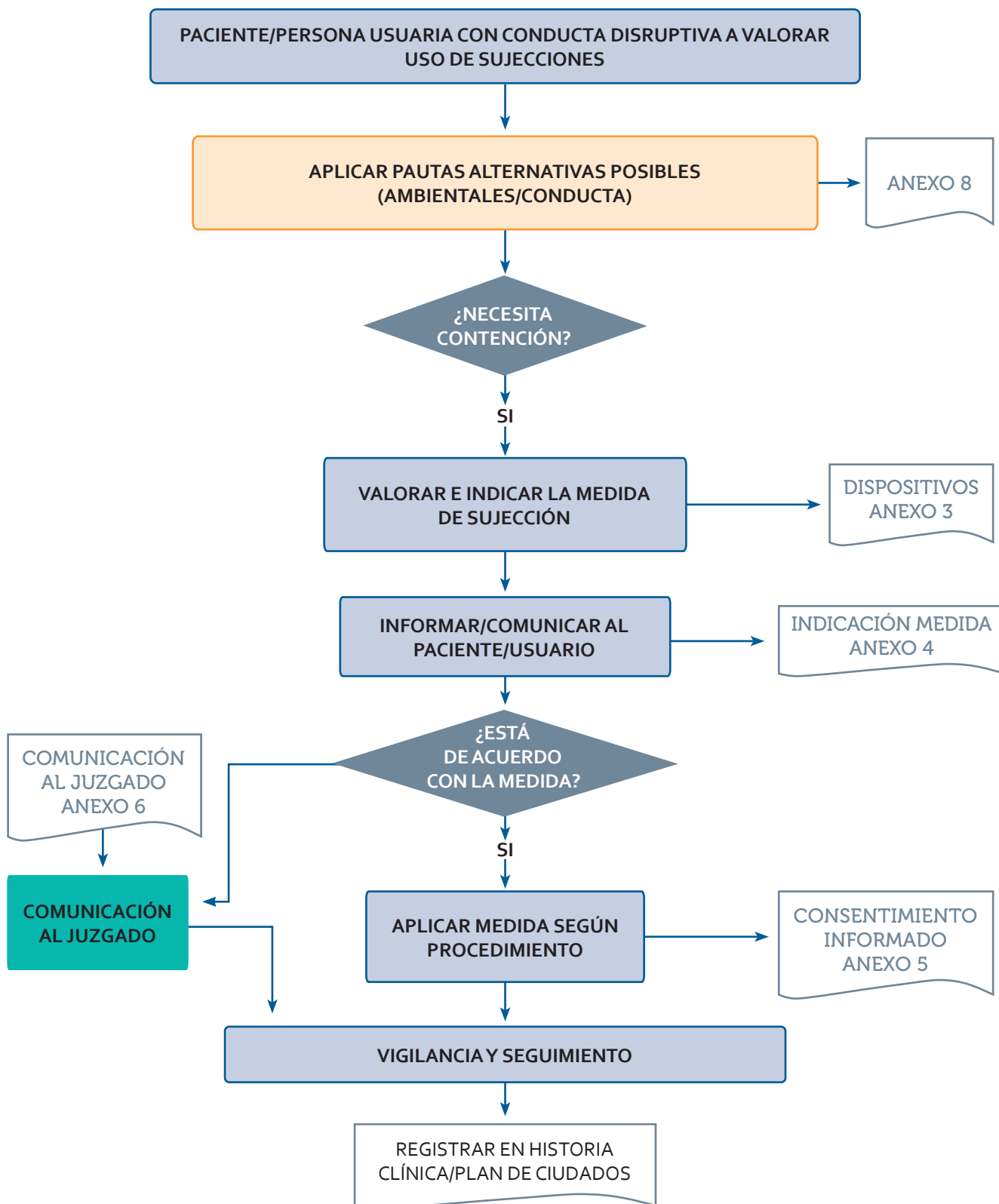
- Formación en ética y bioética aplicada a los cuidados de las personas que precisen sujeciones.
- Talleres de sensibilización sobre las medidas alternativas a la contención.
- Talleres sobre el uso y aplicación de sujeciones.
- Formación en práctica basada en la evidencia y el uso de sus herramientas.

2.- Promover el cambio en el modelo de atención desde las Organizaciones y la gestión

- Se recomienda que desde los órganos de gestión se fomente la formación en la aplicación de buenas prácticas en los cuidados de personas que puedan necesitar mecanismos de contención.
- Implementar programas de reducción/eliminación de sujeciones que incluyan la participación y sensibilización de la familia /representante legal / persona que ejerza los cuidados.

3. - Promover la formación y difusión de buenas prácticas a las personas que cuiden de personas en situación de dependencia, en el ámbito domiciliario.

Algoritmo de actuación



Indicadores de Evaluación

Indicadores de Proceso:

- Difusión del protocolo en el centro o servicio.
- Porcentaje de personas usuarias/pacientes con medidas de sujeción con consentimiento informado.
- Porcentaje de personas usuarias/pacientes con medidas de sujeción según protocolo.
- Porcentaje de personas usuarias/pacientes con medidas de sujeción que son comunicadas al órgano judicial correspondiente.

Indicadores de Resultado:

- Porcentaje de personas usuarias que padecen accidentes o lesiones producidas por el uso de sujeción.
- Disminución de la prevalencia de personas con medidas de sujeción tras implementación del protocolo en el Centro o en entorno domiciliario.

En el Anexo 7 se adjuntan las fichas de los indicadores

Glosario de definiciones

Conducta disruptiva:

Trastorno del comportamiento que puede producir daño o lesión a sí mismo, a otras personas o en el entorno.

Contención mecánica:

Medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo de una persona usuaria/paciente que lo precise, para tratar de garantizar la seguridad de ella misma o de los demás⁸.

Contención farmacológica:

Procedimiento químico de tipo invasivo, que contempla administrar una sustancia en el cuerpo de la persona agitada o alterada por crisis emocional para garantizar su propia seguridad o la de los demás.

Sujeción física:

Cualquier método aplicado a una persona, adyacente a ella, que limite su libertad de movimientos, la actividad física o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo y que no es fácil de remover⁹.

Confinamiento en estancia / restricción de movimientos :

Medida destinada a mantener a la persona en una estancia limitada y segura para su integridad y/o la de otras personas, de la que no pueda salir sin el conocimiento del responsable de la misma o de la persona que ejerce los cuidados.

Bibliografía

Referencias

1. Comité de bioética de Aragón. Declaración del comité de bioética de Aragón sobre las sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito social y sanitario; 2014.
2. López López MT, et al. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Comité de bioética de España; 2016.
3. El Comité de Bioética de España analiza el uso de contenciones mecánicas en el ámbito sanitario. Medicosypacientes.com [Internet]. 2016 jun [citado enero 2019]. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/el-comite-de-bioetica-de-espana-analiza-el-uso-de-contenciones-mecanicas-en-el-ambito>.
4. Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. BOE 20/08/2009, núm. 201, pág. 71537. DECRETO 66/2016, de 31 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la Carta de derechos y deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales de Aragón. Artículo 8. Derecho al respeto a la libertad y la autonomía individual.
5. DECRETO FORAL 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra. BON 14/10/2011, núm. 204.
6. Hofmann H, Hahn S. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *J Clin Nurs*. 2013; 23:3012-24.
7. Hofmann H, Schorro E, Haastert B, Meyer G. Use of physical restraints in nursing homes: a multicentre cross-sectional study. *BMC geriatrics*. 2015; 15:129.
8. Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, Paquay L, Milisen K. Restraint use in older adults in home care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. Volume 79, March 2018, Pages 122-136.
9. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, et al. Effect of a Guideline-Based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2012; 307(20):2177.
10. Muñiz R, Gómez S, Curto D, Hernández R, Marco B, García P, et al. Reducing Physical Restraints in Nursing Homes: A Report From Maria Wolff and Sanitas. *J Am Med Dir Assoc*. 2016 Jul 1;17(7):633-9.
11. López de Argumedo M, Rico R, Andrio E, Reviriego E, Hurtado de Saracho I, Asua J. OstFL-Critica. Fichas de Lectura Crítica de la literatura científica. Vitoria-Gasteiz: Osteba-Servicio de Evaluación de tecnologías sanitarias, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2006.
12. Enns E, Rhemtulla R, Ewa, V, Fruetel K, Holroyd-Leduc JM. A controlled quality improvement trial to reduce the use of physical restraints in older hospitalized adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014; 62:541-45.
13. Gordon SE, Dufour AB, Monti SM, Mattison, MLP, Catic, AG, Thomas, CP, et al. Impact of a videoconference educational intervention on physical restraint and antipsychotic use in nursing homes: Results From the ECHO-AGE Pilot Study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2016; 17:553-56.
14. Gulpers MJM, Bleijlevens MHC, Ambergen T, Capezuti E, van Rossum E, Hamers JPH. Reduction of belt restraint use: Long-term effects of the EXBELT intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013; 61:107-12.
15. Kong E, Song E, Evans LK. Effects of a Multicomponent Restraint Reduction Program for Korean Nursing Home Staff. *J Nurs Scholarsh*. 2017; 49(3):1-11.

Artículos científicos revisados

Abraham J, Möhler R, Henkel A, Kupfer R, Icks A, Dintsios CM, et al. Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing home residents (IMPRINT): study protocol for a cluster-randomised controlled trial. *BMC geriatrics*. 2015; 15(86):1-10.

Anderson K, Bird M, MacPherson S, Blair A. How do staff influence the quality of long-term dementia care and the lives of residents? A systematic review of the evidence. *International Psychogeriatrics*. 2016; 28(8):1263-81.

Dever Fitzgerald T, Hadjistavropoulos T, Williams J, Lix L, Zahir S, Alfano D, et al. The impact of fall risk assessment on nurse fears, patient falls, and functional ability in long-term care. *Disability and rehabilitation*. 2016; 38(11):1041-52.

Enns E, Rhemtulla R, Ewa, V, Fruetel K, Holroyd-Leduc JM. A controlled quality improvement trial to reduce the use of physical restraints in older hospitalized adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014; 62:541-45.

Estévez-Guerra GJ, Fariña-López E, Núñez-González E, Gandoy-Crego M, Calvo-Francés F, Capezuti EA. The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study. *BMC geriatrics*. 2017; 17(29).

Gaskin CJ, McVilly K, McGillivray J. A. Initiatives to reduce the use of seclusion and restraints on people with developmental disabilities: a systematic review and quantitative synthesis. *Research in Developmental Disabilities*. 2013; 34:3946-61.

Gordon SE, Dufour AB, Monti SM, Mattison, MLP, Catic, AG, Thomas, CP, et al. Impact of a videoconference educational intervention on physical restraint and antipsychotic use in nursing homes: Results From the ECHO-AGE Pilot Study. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2016; 17:553-56.

Gulpers MJM, Bleijlevens MHC, Ambergen T, Capezuti E, van Rossum E, Hamers JPH. Reduction of belt restraint use: Long-term effects of the EXBELT intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013; 61:107-12.

Heeren P, Van de Water G, De Paepe L, Boonen S, Vleugels A, Milisen K. Staffing levels and the use of physical restraints in nursing homes: a multicenter study. *Journal of Gerontological Nursing*. 2014; 40(12):48-54.

Hoben M, Chamberlain SA, Knopp-Sihota JA, Poss JW, Thompson GN, Estabrooks CA. Impact of Symptoms and Care Practices on Nursing Home Residents at the End of Life: A Rating by Front-line Care Providers. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2016; 17:155-161.

Hofmann H, Hahn S. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *J Clin Nurs*. 2013; 23:3012-24.

Hofmann H, Schorro E, Haastert B, Meyer G. Use of physical restraints in nursing homes: a multicentre cross-sectional study. *BMC geriatrics*. 2015; 15:129.

Kong EH, Evans LK. Staff perceptions of barriers to physical restraint-reduction in long-term care: a meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; 26:49-60.

Kong E, Song E, Evans LK. Effects of a Multicomponent Restraint Reduction Program for Korean Nursing Home Staff. *J Nurs Scholarsh*. 2017; 49(3):1-11.

Kuronen M, Kautiainen H, Karppi P, Hartikainen S, Koponen H. Physical restraints and associations with neuropsychiatric symptoms and personal characteristics in residential care: a cross-sectional study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2017;32:1418-24.

Low LF, Fletcher J, Goodenough B, Jeon YH, Etherton-Beer C, MacAndrew M. A Systematic Review of Interventions to Change Staff Care Practices in Order to Improve Resident Outcomes in Nursing Homes. *PLoS One*. 2015;10(11):e0140711.

Luk JK, Chan TY, Chan DK. Falls prevention in the elderly: translating evidence into practice. *Hong Kong Med J*. 2015;21(2):165.

Miu DKY, Chan KC Under-detection of pain in elderly nursing home residents with moderate to severe dementia. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2014; 5:23-27.

Möhler R, Gabriele M. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *International Journal of Nursing Studies*. 2014; 51:274-88.

Nakanishi M, Hirooka K, Morimoto Y, Nishida A. Quality of care for people with dementia and professional caregivers' perspectives regarding palliative care in Japanese community care settings. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016.

Muñiz R, Gómez S, Curto D, Hernández R, Marco B, García P, et al. Reducing Physical Restraints in Nursing Homes: A Report From Maria Wolff and Sanitas. *J Am Med Dir Assoc*. 2016 Jul 1;17(7):633-9

Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, Paquay L, Milisen K. Restraint use in older adults in home care: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2018; 79:122-36

Testad I, Mekki TE, Forland O, Oye C, Tveit EM, Jacobsen F, et al. Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED)--training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia. A cluster randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016; 31:24-32.

Zwijssen SA, Smalbrugge M, Eefsting JA, Twisk JWR, Gerritsen DL, Pot AM, et al. Coming to grips with challenging behaviour: A cluster randomized controlled trial on the effects of a multidisciplinary care program for challenging behavior in dementia. *JAMDA*. 2014; e1-e10.

Literatura gris revisada

Comité de bioética de Aragón. Declaración del comité de bioética de Aragón sobre las sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito social y sanitario; 2014.

López López MT, et al. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Comité de bioética de España; 2016.

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Comité Interdisciplinar de Sujeciones. Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2014 [citado enero 2019]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf

Burgueño Torijano A. 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» [Internet]. Madrid: Confederación española de asociaciones de organizaciones de mayores (CEOMA), [citado enero 2019]. Disponible en: http://ceoma.org/wp-content/uploads/2017/06/10-guia_para_personas_mayores.pdf.

Listado de Anexos

Anexo 1

Documentos y normas relevantes .

Anexo 2

Estrategia de búsqueda.

Anexo 3

Dispositivos de sujeciones físicas.

Anexo 4

Indicación de la sujeción física.

Anexo 5

Registro consentimiento informado/autorización.

Anexo 6

Documento de comunicación al juzgado.

Anexo 7

Fichas de indicadores de calidad.

Anexo 8

Alternativas a las sujeciones por grupos específicos.

Anexo 1

Documentos y normas relevantes.

Normativa Internacional

- ~ La Asamblea General de las Naciones Unidas, aprobó, el 16 de diciembre de 1991, unos **"Principios en favor de las personas de edad"** (Resolución 46/91), con el fin de alentar a los gobiernos a que introduzcan en sus programas nacionales, cada vez que sea posible, los principios a favor de las personas de edad.
- ~ El 4 de abril de 1997 fue firmado en Oviedo el **Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina** Posteriormente fue aprobado y ratificado, entrando en vigor en España el 1 de enero de 2000.
- ~ En abril de 2002 las Naciones Unidas celebran en Madrid la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Fruto de esta cumbre mundial surge el **Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento** y la Declaración Política correspondiente. En esta Declaración se advierte explícitamente que el abandono, el maltrato y la violencia contra las personas de edad pueden adoptar muchas formas, tanto física, psicológica, emocional o financiera, y se producen en todas las esferas sociales, económicas, étnicas y geográficas.
- ~ Posteriormente la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su resolución 66/127, designa el 15 de junio como **Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez**, representando el día del año en el que todo el mundo expresa su oposición a los abusos y los sufrimientos infligidos a los mayores.
- ~ Principios para la protección de las personas con enfermedad mental y la mejora de la atención en salud mental, aprobados por la Asamblea General en su Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991. (Punto 11.11).
- ~ En septiembre de 2004 el **Consejo de Europa**, a través del Comité de Ministros, adopta la **"Recomendación Rec (2004)10"** a los Estados miembros relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastorno mental. El **artículo 27** establece que las medidas de contención o restricción sólo se podrán emplear en instalaciones adecuadas, y según el principio de mínima restricción, para prevenir daños inminentes en la persona afectada o en otras, y en proporción a los riesgos existentes, y que esas medidas sólo podrán aplicarse bajo supervisión médica y deberán quedar adecuadamente documentadas.
- ~ En el año 2005, la **Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO** proclama en su artículo 8 el principio de respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal, que es de especial aplicación en el campo de las medidas de contención, en los térmi-

nos siguientes: "Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos."

- ~ En abril de 2008 se promulga en España el Instrumento de ratificación del Protocolo Facultativo a la **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>
- ~ En 2012, el Consejo de Derechos Humanos adoptó la resolución 21/23 referente a los **derechos humanos de las personas de edad**. En ella se exhorta a todos los Estados a garantizar el disfrute pleno y equitativo de los derechos de este grupo social, considerando para ello la adopción de medidas para luchar contra la discriminación por edad, la negligencia, el abuso y la violencia, y para abordar las cuestiones relacionadas con la integración social y la asistencia sanitaria adecuada. En esta resolución se acogen las iniciativas regionales y subregionales destinadas a promover y proteger estos derechos, incluso por medio del desarrollo de pautas normativas.

Normativa Estatal

- ~ La **Constitución Española de 1978**, en el artículo 1.1, se proclama que la libertad es uno de los valores superiores de nuestro ordenamiento jurídico, y al referirse a los derechos fundamentales menciona en sus artículos 10, 15 y 17 algunos aspectos que debemos destacar.
- ~ La **Ley 14/1986, de 25 de Abril, la Ley General de Sanidad**, tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo dicho derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución. Artículo 10 son de destacar entre los derechos que tenemos todos, con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias, el respeto a la personalidad la dignidad humana y la intimidad, sin que pueda haber discriminación por razón de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.
- ~ **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. <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- ~ **Ley 44/2003, de 21 de noviembre, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias**, regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena. De esta manera, establece que los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables.
- ~ **Código Penal**, cuya versión vigente data de 2015. Son de especial interés en nuestro caso algunos artículos que hacen referencia a malos tratos, e indirectamente a la sujeción, que puede tentar a la dignidad de la persona. Así debemos tener en cuenta los artículos 147, 148 y 153 del Título III referidos a lesiones. Del Título VI de delitos contra la libertad el artículo 169 sobre

amenazas, y 172 sobre coacciones. Del Título VII el artículo 173 sobre torturas y otros delitos contra la integridad moral. Del Título XII de los delitos contra las relaciones familiares, los artículos 226 y 299 en relación con el abandono de familia, menores o personas con discapacidad necesitadas de especial protección.

Normativa Autonómica

- ~ **Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón**, (revisión vigente desde el 21 de diciembre de 2016). Artículos 12 y siguientes, relativos al respeto a la autonomía del paciente.
- ~ **Carta de derechos y deberes de los usuarios del sistema de salud de la Comunidad Autónoma de Aragón**, (revisada a fecha 16 de noviembre de 2014).
- ~ **Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón**. Artículo 7, derechos de las personas usuarias de los servicios sociales. Apartado o): Derecho a no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o restricción de la capacidad física o intelectual por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o terceras personas <http://www.boe.es/boe/dias/2009/08/20/pdfs/BOE-A-2009-13689.pdf>
- ~ DECRETO 66/2016, de 31 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la **Carta de derechos y deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales de Aragón**. Artículo 8. Derecho al respeto a la libertad y la autonomía individual. <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VERDOC&BASE=BOLE&PIECE=BOLE&DOCS=1-36&DOCR=1&SEC=FIRMA&RNG=200&SEPARADOR=&&PUBL=20160608>

Libros de consulta y otros documentos:

Protocolo Contención mecánica. Hospital Universitario Miguel Servet. Abril 2010. Revisado Abril 2013.

Bonete Perales, E. Ética de la dependencia. 1ª edic. Editorial Tecnos. Madrid, 2009.

Feito L y Gracia D. Bioética el estado de la cuestión. Editorial Triacastela. Madrid, 2011.

Gracia Ibañez, J. El maltrato familiar hacia las personas mayores. Un análisis sociojurídico. Prensas Universitarias de Zaragoza. 2012.

Documento Consenso de sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas. Comité interdisciplinar de sujeciones Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. 2014 www.segg.es

- ~ **Promoción del buen trato y detección de malos tratos (2017).**

https://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesServicios-Sociales/IASSE_new/Documentos/recursos/documentos/dependencia/2017_El_trato_a_las_personas_mayores.pdf

- ~ **Estrategias de atención y protección social para las personas mayores en Aragón** (septiembre 2018).

http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesServicios-Sociales/Documentos/Estrategia_atencion_personas_mayores2.pdf

Anexo 2

Estrategia de búsqueda.

Fecha de búsqueda: 1/06/2018

Fuentes consultadas:

- Pubmed.
- Embase.
- CRD.
- Cochrane.

Límites:

- Idioma: inglés, español.
- Fecha: 2013-2018.
- Tipo de estudio: RRSS y ECAs.

Pubmed

#1 "residential care"[TIAB] OR "home care"[TIAB] OR "Home Nursing"[Mesh] OR "nursing home" [TIAB] OR "home nursing"[TIAB].

AND.

#2 "Restraint, Physical"[Mesh] OR Physical Restraint*[TIAB] OR Mechanical restraint*[TIAB] OR "Immobilization/adverse effects"[Mesh] OR Physical Immobilization*[TIAB] OR (coercive[TIAB] AND inpatient*[TIAB] AND intervention*[TIAB]).

#3 "Wounds and Injuries"[Mesh] OR (Wound*[TIAB] Injur*[TIAB]) OR Trauma*[TIAB] OR "adverse effects" [Subheading] OR (Side[tiab] effect*[tiab]) OR "Treatment Outcome"[Mesh] OR (Treatment*[tiab] response*[tiab]) OR (undesirable[tiab] effect*[tiab]) OR (injurious[tiab] effect*[tiab]) OR abuse[tiab] OR maltreatment[tiab] OR care[tiab] OR "dependency (psychology)"[-MeSH Terms] OR "dependency"[tiab] OR dignity[tiab] OR ethic*[tiab].

13 resultados.

Embase

#1 'residential care'/exp OR 'residential care' OR 'home care'/exp OR 'home care' OR 'home nursing'/exp OR 'home nursing' OR 'nursing home'/exp OR 'nursing home' OR (('home'/exp OR home) AND ('nursing'/exp OR nursing)) OR (('home'/exp OR home) AND care) OR (residential AND care).

#2 'physical immobilization' OR ('immobilization'/exp OR immobilization) AND ('adverse event'/exp OR 'adverse event') OR (physical AND restraint) OR (mechanical AND restraint) OR (physical AND ('immobilization'/exp OR immobilization)) OR (coercive AND intervention).

#3 wounds AND injur* OR 'trauma'/exp OR trauma OR (adverse AND effects) OR (side AND effects) OR (treatment AND outcome) OR (treatment AND response) OR (undesirable AND effects) OR (injurious AND effects) OR 'injury'/exp OR injury OR 'wounds'/exp OR wounds OR 'injuries'/exp OR injuries OR 'abuse'/exp OR abuse OR 'maltreatment'/exp OR maltreatment OR 'care and caring'/exp OR 'care and caring' OR 'dependency'/exp OR dependency OR 'human dignity'/exp OR 'human dignity' OR 'dignity'/exp OR dignity OR ethic*.

#4 #1 AND #2 AND #3.

#4 AND (2013:py OR 2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py) AND ([cochrane review]/lim OR [systematic review]/lim OR [meta analysis]/lim OR [controlled clinical trial]/lim OR [randomized controlled trial]/lim OR 'clinical trial'/de OR 'controlled study'/de OR 'randomized controlled trial'/de OR 'systematic review'/de) AND ([english]/lim OR [spanish]/lim) AND [embase]/lim.

29 resultados.

Cochrane Library

#1 Home Nursing:ti,ab,kw (Word variations have been searched).

#2 MeSH descriptor: [Home Nursing] explode all trees.

#3 "HOME CARE":ti,ab,kw (Word variations have been searched).

#4 "residential care":ti,ab,kw (Word variations have been searched).

#5 #1 or #2 or #3 or #4.

#6 MeSH descriptor: [Restraint, Physical] explode all trees.

#7 MeSH descriptor: [Restraint, Physical] explode all trees.

#8 Physical Restraint*:ti,ab,kw (Word variations have been searched).

#9 Mechanical restraint*:ti,ab,kw (Word variations have been searched).

#10 Physical Immobilization*:ti,ab,kw (Word variations have been searched).

#11 coercive intervention*:ti,ab,kw (Word variations have been searched).

#12 #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11.

#13 #12 and #5.

Publication Year from 2013 to 2018from 2013 to 2018.

10 Resultados.

CRD Databases

#2 patient*.

#3 MeSH descriptor: [Home Nursing] explode all trees.

#4 (residential care*) or (home care) or (nursing home).

#5 MeSH descriptor: [Restraint, Physical] explode all trees.

#6 MeSH descriptor: [Immobilization] explode all trees.

#7 (Physical Restraint*) or (Mechanical restraint*) or (Physical Immobilization*) or (coercive intervention*).

(#2 or #3 or #4) and (#5 or #6 or #7).

11 resultados.

Resultados totales: 63.

Resultados sin duplicados: 54.

Literatura Gris: 4 documentos.

Total de documentos: 58.

Anexo 3 Dispositivos de sujeciones físicas

DISPOSITIVOS EN CAMA

Barandillas o barras protectoras:

Definición:

Dispositivo abatible que se coloca a ambos lados de la cama, con el propósito de evitar que el paciente/ usuario se caiga por el lateral, o se levante en ausencia del cuidador.

Técnica:

Se colocan a los lados de la cama ancladas al somier, según modelo del fabricante.

Riesgo:

Aprisionamiento de miembros inferiores y/o encajonamiento del paciente entre el colchón y la barandilla.

Personal implicado:

Indica el medico y realiza el equipo del centro.

Seguimiento:

Cada 2 horas o según pauta del personalizada.



Pijama mono

Definición:

Pijama de manga y pernera larga, con cremallera en la parte interior de las piernas (de tobillo a tobillo), impide que el paciente pueda abrir y manipular el pañal.

Técnica:

Según modelo del fabricante y la movilidad del usuario.

Riesgo:

Pérdida autoestima.

Personal implicado:

Indica el medico y realiza el equipo del centro.

Seguimiento:

Cada 2 horas o según pauta del personalizada.



Sábana de inmovilización:

Definición:

Sabana cerrada que impide al paciente levantarse o caerse de la cama, así como manipular los empapadores, sondas etc. Permite sentarse en la cama, girarse y mover libremente brazos y piernas.

Técnica:

Colocar sabana según instrucción del fabricante.

Riesgo:

Pérdida autoestima.

Personal implicado:

Indica el medico y realiza el equipo del centro.

Seguimiento:

Revisión cada 2 horas o según pauta personalizada.



Cinturón abdominal. Cinturón con pieza perineal

Definición:

Cincha o cinturón que se coloca en el abdomen del paciente, permitiendo el giro lateral y la incorporación parcial en la cama. La pieza perineal evita el deslizamiento del paciente en la cama.

Técnica:

El cinturón que tiene dos cuerpos, se ancla al somier de la cama con la cincha inferior y se ajusta al tronco del paciente con la superior todo ello por medio de cierres magnéticos.

Riesgo:

Rozaduras y/o hematomas en la zona de contacto.

Personal implicado:

Indica el medico y realiza el equipo del centro.

Seguimiento:

Cada 2 horas o según pauta personalizada.



Muñequeras

Definición:

cinta almohadillada ajustable a la muñeca con velcro, anillas o cierre magnético.

Técnica:

se coloca alrededor de la muñeca, ajustando bien, sin apretar y procurando el máximo confort.

Riesgo:

Rozaduras y/o hematoma en la zona.

Personal implicado:

Indica el medico y realiza el equipo del centro.

Seguimiento:

Cada 2 horas o según pauta del personalizada.



Tobilleras

Definición:

Abrazaderas que se colocan en los tobillos para limitar el movimiento de miembros inferiores.

Técnica:

Según modelo e instrucciones del fabricante. Sujetar ajustando al tobillo sin producir excesivo aprisionamiento.

Riesgo:

Rozadura, hematoma, rigidez.

Personal implicado:

Indica el medico y realiza el equipo del centro.

Seguimiento:

Cada 2 horas o según pauta del personalizada.



DISPOSITIVOS EN SILLA O SILLÓN

Cinturón abdominal

Definición:

Cincha que se coloca abrazando el abdomen del usuario y sujeta al respaldo de la silla o sillón, para evitar que se levante de la misma en ausencia del cuidador o evitar que se caiga hacia delante.

Técnica:

Según modelo. Colocar abrazando el abdomen de la persona, sin que apriete excesivamente ajustado al cuerpo y procurando el mayor confort.

Riesgo:

Rozaduras y hematomas.

Personal implicado:

Indica el medico y realiza el equipo del centro.

Seguimiento:

Cada 2 horas o según pauta del personalizada.



Cinturón abdominal con sujeción perineal

Definición:

Sujeta el tronco y el perineo evita que el cinturón se desplace hacia arriba.

Técnica:

Colocar el cinturón abdominal y posteriormente la cincha perineal por fuera de la silla, según instrucciones del fabricante.

Riesgo:

Rozaduras, hematomas.

Personal implicado:

Indica el medico y realiza el equipo del centro.

Seguimiento:

Cada 2 horas o según pauta del personalizada.



Chaleco de sujeción a tronco

Definición:

Prenda que sujeta el tronco del paciente o usuario al respaldo de la silla.

Técnica:

Colocar a modo de chaleco, sujetando por detrás y según instrucciones del fabricante.

Riesgo:

Rozaduras, hematomas, disconfort pérdida de autoestima.

Personal implicado:

Indica el medico y realiza el equipo del centro.

Seguimiento:

Cada 2 horas o según pauta personalizada.



Chaleco con sujeción perineal

Definición:

Prenda que sujeta el tronco y zona pélvica, para impedir el deslizamiento del paciente en la silla y mantener la postura funcional.

Técnica:

Colocar a modo de chaleco, sujetando por detrás y por debajo del asiento; según instrucciones del fabricante.

Riesgo:

Rozaduras, hematomas, disconfort pérdida de autoestima.

Personal implicado:

Indica el medico y realiza el equipo del centro.

Seguimiento:

Cada 2 horas o según pauta personalizada.



OTROS TIPOS DE CONTENCIÓN

Manoplas

Definición:

Protector que impide el rascado directo, el arrancamiento de vías o apósitos y el libre acceso a cualquier parte del cuerpo.

Técnica:

Se colocan a modo de guante, según el modelo.

Riesgo:

Rozaduras y rigideces, pérdida de autoestima.

Personal implicado:

Indica el medico. Realiza personal del equipo, auxiliar, enfermera....

Seguimiento:

Cada dos horas o según pauta personalizada.



Elemento atravesado

Definición:

Bandeja o mesita que se coloca formando una barrera delante de la persona en la silla, con el fin de impedir o dificultar que pueda levantarse sin ayuda.

Técnica:

Se ancla a la silla según el modelo del fabricante.

Riesgo:

Aprisionamiento de miembros superiores, lesiones por deslizamiento.

Personal implicado:

indica el medico y realiza el equipo del centro.

Seguimiento:

Cada 2 horas o según pauta del personalizada.



Sujeción con reducción de la persona

Definición:

reducción y limitación de movimientos parcial o total de la persona, en situación de daño inminente para la misma o para otras personas.

Técnica:

1.- Si la persona está de pie, se abordará de frente, mirando a los ojos explicando lo que se va a hacer. Se coge al paciente entre dos personas por las axilas, con determinación y firmeza, con una mano tirando hacia arriba y otra empujando hacia abajo desde las muñecas (FIGURA 1).

2.- Cuando opone resistencia, se aborda al paciente deslizándolo hacia el suelo sujetando la cabeza hacia atrás y los hombros, antebrazos, rodillas y tobillos, cuidando la cabeza para evitar que se lesione o lesione a algún miembro del equipo (FIGURA 2).

Una vez en el suelo el personal sujetará cada uno una extremidad por las articulaciones y otro la cabeza, procediendo a la inmovilización y desplazamiento a la cama (FIGURA 3).

Riesgo:

Lesión en miembros superiores e inferiores, golpes en la cabeza, lesión grave y/o fallecimiento.

Personal implicado:

Indica el medico. Realiza personal del equipo, auxiliar, enfermera....

Seguimiento:

Se lleva a cabo por todo el equipo.

Seguimiento: Cada media hora hay que evaluar el estado del paciente.

FIGURA 1



FIGURA 2

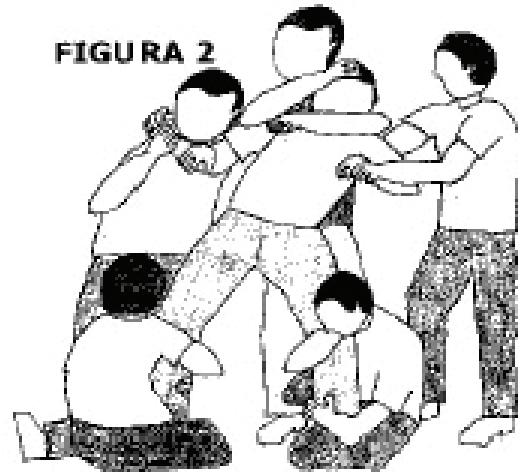
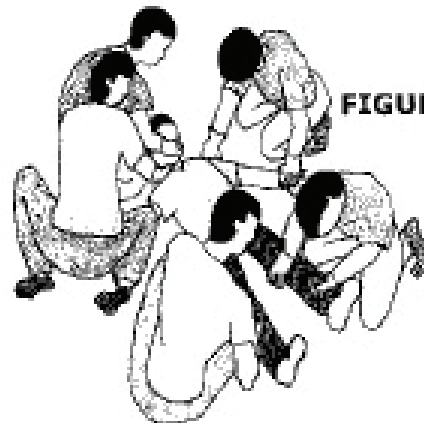


FIGURA 3



Anexo 4

Indicación de la sujeción física

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO/SERVICIO/ UNIDAD	Apellidos	Nombre
	Nº Historia.....	Nº Afiliación

INFORMACIÓN A USUARIO/FAMILIA/TUTOR

Se ha explicado la necesidad de contención a:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Paciente/Persona usuaria. | <input type="checkbox"/> Familia. |
| <input type="checkbox"/> No ha sido posible en ninguno de los casos. | <input type="checkbox"/> Consentimiento informado. |

INDICACIONES DE LA CONTENCIÓN (Márquese la casilla correspondiente):

Motivo de la sujeción:

- Por riesgo o amenaza para la integridad física del paciente o de la persona cuidada.
- Por riesgo o amenaza para la integridad física de otras personas y/o el entorno: personas que conviven con el paciente o la persona cuidada.
- Aplicación y mantenimiento de programas terapéuticos del paciente o de otros pacientes (sondas, catéteres, vías venosas periféricas, absorbentes).
- Solicitud del paciente o persona cuidada.

Estado del Paciente/ persona usuaria:

- Agitado.
- Violento/agresivo.
- Confuso/Desorientado.
- Impulsividad suicida.

Pauta temporal (por la noche/ día y noche/ horario determinado...):

Observaciones: _____

TIPO DE CONTENCIÓN:		
Sujeción en silla	Sujeción en cama	Otros tipos de contención
<input type="checkbox"/> Cinturón abdominal. <input type="checkbox"/> Cinturón abdominoperineal. <input type="checkbox"/> Chaleco de sujeción a tronco. <input type="checkbox"/> Chaleco de sujeción tronco perineal. <input type="checkbox"/> Tobilleras <input type="checkbox"/> Muñequeras.	<input type="checkbox"/> Cinturón abdominal. <input type="checkbox"/> Cinturón con pieza perineal. <input type="checkbox"/> Tobilleras. <input type="checkbox"/> Muñequeras. <input type="checkbox"/> Sabana inmovilizadora. <input type="checkbox"/> Pijama mono. <input type="checkbox"/> Barras protectoras. <input type="checkbox"/> Barras con protección de barandillas.	<input type="checkbox"/> Manoplas. <input type="checkbox"/> Reducción física. <input type="checkbox"/> Medida excepcional de aislamiento. <input type="checkbox"/> Limitación de salida del Centro/Estancia.
Fecha de indicación: El/la responsable de la indicación:	Fecha de la revisión: El/la responsable de la ejecución y seguimiento.	
Fdo.Médico/a	Fdo.Enfermera/o	
INCIDENCIAS RELACIONADAS CON LA MEDIDA		
INDICACIÓN DE LA RETIRADA DE LA SUJECIÓN		
Fecha: Hora:		
Fdo. Enfermero/a Fdo. Médico/a		

Anexo 5

Registro Consentimiento informado / Autorización

Se propone que el usuariosea limitado en su capacidad de movimientos mediante:

Sujeción en silla

- Cinturón abdominal.
- Cinturón abdominoperineal.
- Chaleco de sujeción a tronco.
- Chaleco de sujeción tronco perineal.
- Tobilleras.
- Muñequeras.

Sujeción en cama

- Cinturón abdominal.
- Cinturón con pieza perineal.
- Tobilleras.
- Muñequeras.
- Sabana inmovilizadora.
- Pijama mono.
- Barras protectoras.
- Barras con protección de barandillas.

Otros tipos de contención

- Manoplas.
- Reducción física.
- Medida excepcional de aislamiento.
- Limitación de salida del Centro/Estancia.

El motivo de esta propuesta se debe a:.....

- Riesgo o amenaza para la integridad física del paciente o de la persona cuidada.
- Riesgo o amenaza para la integridad física de otras personas y/o el entorno: personas que conviven con el paciente o la persona cuidada.
- Aplicación y mantenimiento de programas terapéuticos del paciente o de otros pacientes (sondas, catéteres, vías venosas periféricas).
- Solicitud del usuario o persona cuidada.

Informante: (T.S /Médico/Enfermero/ Director Del Centro)

Fdo.

PERSONA INFORMADA:

D. /Dña.:..... en calidad de:

- Persona Usuaría/Paciente. Familiar. Tutor/Representante legal.

Manifiesto que he recibido información de los riesgos (*) que conlleva la medida de sujeción y

- DOY** mi conformidad con las medidas de sujeción propuestas.
 NO DOY mi conformidad con las medidas de sujeción propuestas.

En a de de

Fdo.

(*) Riesgos directos de las sujeciones.

Efectos físicos de las sujeciones: estrangulamiento, hematomas, úlceras por presión, infecciones, pérdida de tono muscular, rigideces, incontinencia, estreñimiento, disminución del apetito, caídas.

Efectos psicológicos: pérdida autoestima, vergüenza, miedo, agresividad, agitación, aislamiento social, apatía, depresión.

Se entregará copia de este documento a la persona firmante.

Anexo 6

Documento de comunicación al juzgado

D./Dña -----

médico/a del Centro -----

COMUNICA A V.I.

Que en el día de la fecha se ha procedido a la restricción temporal de movimientos del usuario D./ Dña.....

....., DNI.....

en contra de su voluntad y con carácter de urgencia, por estar facultativamente indicado al encontrarse incluido en uno de los supuestos contemplados en el Protocolo de Sujeciones Físicas IASS/SALUD de este centro.

La finalización de dicha restricción involuntaria de movimientos se realizará cuando la situación del usuario lo permita.

Lo que informo a V.I. para su conocimiento y efectos oportunos.

En _____ a ____ de _____ de 20

Fdo.: Dr./a _____

Nº de colegiado _____

ILMO. SR. FISCAL /JUEZ DE 1ª INSTANCIA DE : _____

Anexo 7

Ficha del indicador

Nombre del indicador: Difusión del protocolo en el centro o servicio.

Tipo de indicador:	Proceso.
Objetivo / justificación:	Una mayor difusión del protocolo facilita el conocimiento y uso del mismo en el centro de trabajo.
Fórmula:	$\frac{\text{Nº de personas de la unidad o centro que conocen el protocolo.}}{\text{Nº de personas de la unidad o centro que trabajan en el centro.}} \times 100$
Explicación de términos:	Difusión: talleres, cursos, sesiones realizadas en la unidad y profesionales que han participado en ellos.
Estándar:	90%.
Fuente de datos:	Registro de personal/responsable de enfermería/auditoría interna/encuesta de satisfacción.
Población:	Todo el personal de la unidad.
Responsable de obtención:	Responsable de enfermería.
Periodicidad de obtención:	Anual.
Observaciones Comentarios:	

Nombre del indicador : Pacientes/usuarios con medidas de sujeción con consentimiento informado.

Tipo de indicador:	Proceso.
Objetivo / justificación:	Asegurar que la medida de sujeción responde al principio de beneficencia por encima de la vulneración del derecho de autonomía del paciente/usuario.
Fórmula:	$\frac{\text{Nº de pacientes/usuarios con sujeciones y consentimiento informado.}}{\text{Nº de pacientes/usuarios con sujeciones.}} \times 100$
Explicación de términos:	El consentimiento puede estar firmado por el familiar o tutor en el caso de pacientes/usuarios con incapacitación legal o presunta incapacidad.
Estándar:	90%.
Fuente de datos:	Registro de personal/responsable de enfermería/Expediente personal/ documentación asistencial: auditoría.
Población:	Todo los usuarios/pacientes con medidas de sujeción.
Responsable de obtención:	Responsable de enfermería.
Periodicidad de obtención:	Anual.
Observaciones Comentarios:	

Nombre del indicador: Pacientes/usuarios con medidas de sujeción según protocolo.

Tipo de indicador:	Proceso.
Objetivo / justificación:	Unificar criterios y pautas de actuación. Valorar exhaustivamente la indicación de la medida para hacer la sujeción solo cuando se hayan agotado las otras posibilidades.
Fórmula:	$\frac{\text{Nº de pacientes/usuarios con sujeción que tienen, en su documentación asistencial, los registros del protocolo debidamente cumplimentados.}}{\text{Nº de pacientes/usuarios con sujeciones.}} \times 100$
Explicación de términos:	<ul style="list-style-type: none"> ~ Datos de identificación del paciente/usuario. ~ Información al usuario. ~ Motivo de la sujeción. ~ Estado del paciente/usuario. ~ Tipo de sujeción. ~ Incidencias. ~ Fecha de indicación, pauta temporal y retirada.
Estándar:	90%.
Fuente de datos:	Documentación clínico asistencial/expedientes.
Población:	Todos los expedientes de las personas usuarias con medidas de sujeción.
Responsable de obtención:	Responsable de enfermería.
Periodicidad de obtención:	Anual.
Observaciones Comentarios:	

Nombre del indicador: Porcentaje de personas usuarias con medidas de sujeción que son comunicadas al órgano judicial correspondiente por falta de consentimiento informado.

Tipo de indicador:	Proceso.
Objetivo / justificación:	Cumplir la normativa y garantizar los derechos de las personas usuarias de los servicios sociales y sanitarios.
Fórmula:	$\frac{\text{Nº de comunicaciones hechas al juzgado correspondiente.}}{\text{Nº total de personas usuarias con medidas de sujeción sin consentimiento informado que se han realizado en el centro o servicio en el periodo fijado.}} \times 100$
Explicación de términos:	<p>Solo se comunican al fiscal las sujeciones impuestas, sin el consentimiento del usuario/paciente o tutor.</p> <p>La comunicación al órgano judicial, se hará en las primeras 24 horas por la vía establecida.</p>
Estándar:	100%.
Fuente de datos:	Documentación clínico asistencial/registro de comunicaciones al juzgado.
Población:	Todas las personas usuarias con medidas de sujeción.
Responsable de obtención:	Responsable de enfermería.
Periodicidad de obtención:	Anual.
Observaciones Comentarios:	

Nombre del indicador : Porcentaje de personas que padecen incidencias y/o lesiones producidas por el uso de la sujeción física.

Tipo de indicador:	Resultado.
Objetivo / justificación:	Los usuarios/pacientes con sujeciones físicas tienen riesgo de presentar lesiones a consecuencia de las mismas; la monitorización de casos permite abordar el problema para reducirlo y evitarlo si es posible.
Fórmula:	$\frac{\text{Nº de personas con sujeción que han sufrido lesiones (al menos una vez)}}{\text{Nº total de personas con sujeción}} \times 100$
Explicación de términos:	Lesiones o incidencias directamente relacionadas con la medida: caídas de la silla, úlceras por presión, hematomas, inmovilidad, agitación.
Estándar:	10%.
Fuente de datos:	Documentación clínico asistencial/expedientes/registro de caídas.
Población:	Todos los expedientes de los pacientes/usuarios con medidas de sujeción.
Responsable de obtención:	Responsable de enfermería.
Periodicidad de obtención:	Anual.
Observaciones Comentarios:	

Nombre del indicador : Porcentaje de reducción de contenciones derivadas de la aplicación del protocolo

Tipo de indicador:	Resultado.
Objetivo / justificación:	Disminuir la prevalencia de sujeciones tras implementación del protocolo.
Fórmula:	$\frac{\text{Nº de personas con sujeción.}}{\text{Nº total de personas residentes en el centro.}} \times 100$
Explicación de términos:	Incluye cualquier dispositivo referido en este protocolo que se haya aplicado a la persona.
Estándar:	(a definir en cada ámbito).
Fuente de datos:	Documentación clínico asistencial/expedientes.
Población:	Toda la población residente en el centro/pacientes de una unidad o centro de salud. (A definir).
Responsable de obtención:	Responsable de enfermería.
Periodicidad de obtención:	Anual.
Observaciones Comentarios:	En dependencia del ámbito donde se quiere medir este indicador, se definirá el estándar y la población destinataria.

Anexo 8

Alternativas a las sujeciones por grupos específicos

Personas con daños cognitivos:
Pizarra donde se anoten 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 usuario en las conversaciones.
Uso de cajas de estimulación sensorial que contengan ropa para doblar, peluches, monederos y carte- ras.
No sentar a los usuarios siempre en el mismo lugar durante el día.

Personas con deambulación errática:
Identificación mediante foto en el control de enfermería para ayudar a encontrarlos.
Barreras visuales para las puertas.
Barreras de tela fijadas con velcro en las puertas.
Mantener la puerta de la unidad cerrada pero practicable.
Sistemas de alarma en la puerta de salida.
Patios y jardines protegidos, 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.
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 usuarios con confusión cerca del control de enfermería.

Personas con riesgo de caídas:

Identificación de factores de riesgo individualizados.

Programa de prevención de caídas.

Personas agitadas o violentas:

Mecedoras o asientos reclinables.

Música relajante.

Personas con problemas de movilidad:

Terapia física y ocupacional.

Programas de rehabilitación y ejercicio.

Enseñar técnicas seguras de traslado.

Crear un camino libre de muebles .

Tratamiento de suelo antideslizante.

Ayudas de movilidad.

Zapatos apropiados y zapatillas de estar en cas apropiadas.

Animar al usuario par el uso de sistemas de apoyo.

Protocolo de buenas prácticas

en el uso de medidas de sujeción
en el ámbito domiciliario
y centros asistenciales:
sociales y sanitarios.