



Desatar para cuidar.

Guía de herramientas,
estrategias y alternativas
para eliminar las sujeciones



Desatar para cuidar : guía de herramientas, estrategias y alternativas para eliminar las sujeciones / Romina Rubín ... [et al.] ; coordinación general de Susana Amelia Rosario Ordano ; dirigido por Monica Laura Roqué ; Romina Rubín. - 1a ed. -

Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Inst. Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - INSSJP ; Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria -SAGG , 2023.

140 p. ; 14 x 21 cm.

ISBN 978-987-48963-1-5

1. Salud. I. Rubín, Romina, dir. II. Ordano, Susana Amelia Rosario, coord. III. Roqué, Monica Laura, dir.

CDD 362.0425

Hecho el depósito que indica la ley 11.723 / Todos los derechos reservados.

Esta publicación no puede ser reproducida, en todo ni en parte, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la editorial.

Desatar para cuidar.

Guía de herramientas, estrategias y alternativas para eliminar las sujeciones

Autoridades

PAMI

Lic. Luana Volnovich

Directora Ejecutiva

Lic. Martín Rodríguez

Subdirector Ejecutivo

Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría

Comisión directiva 2021-2024

Dr. Julio Nemerovsky

Presidente

Dra. Fabiana Giber

Secretaría general

Dirección de la Publicación

Dra. Mónica Roqué

Secretaria General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado

Dra. Romina Rubin

Vicepresidenta de la SAGG

Coordinación General

Mg. Susana Ordano

Subgerenta de Capacitación Gerontológica

Autoras y autores

Romina Rubin

Edgardo Di Virgilio

Hugo Pisa

María Laura Robledo

Sonia Irene Hanine

Sandra Claria

Mariana Sorrentino

María Perla Goizueta

Silvina Munilla

Clara María Cullen

Lorena Peralta

Alejandro Sneibrum

Índice

Prólogo 08

Módulo 1: Mitos y verdades de las sujeciones físicas

Introducción al tema de las sujeciones. Aspectos demográficos. La salud y los cuidados a largo plazo. Definición e historia de la sujeción física, prevalencia. Distintos tipos, evidencias en el uso de sujeción física, mitos y realidades.

12

Módulo 2: La cuestión: No sujetar. Un puente entre la bioética y la prevención cuaternaria

Prevención cuaternaria y sujeciones. La persona con demencia. Personas con mayor riesgo de ser sujetadas. Consecuencias o daños que producen las sujeciones físicas. Actores involucrados. Intervenciones psicosociales como parte del tratamiento. Cuestiones éticas.

30

Módulo 3: Alternativas para evitar el uso de sujeciones

Entornos seguros. Estrategias para evitar el uso de sujeciones. Alternativas en personas con deambulación errática. En personas con riesgo de caídas. En personas que se deslizan de la silla. En personas con dispositivos médicos.

52

Módulo 4: La verdadera relación entre sujeción física y caídas

La verdadera relación entre sujeciones físicas y caídas. Definiciones de caídas. Factores de riesgo. Seguridad pasiva. La evaluación de la caída como una herramienta de gestión. Caídas a repetición. Sistemas de información de caídas en una institución. Registro de caídas. Programa de prevención. Intervención individualizada.

67

Módulo 5: Marco legal en la Argentina sobre sujeciones físicas

Marco legal en Argentina sobre sujeciones físicas en Residencias de Larga Estadía. Jerarquía normativa. Constitución Nacional y tratados internacionales sobre Derechos Humanos. Consentimiento informado y dignidad. Ley local 5670. Irrupción de las sujeciones físicas en el ámbito judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Escenarios distintos, sujetos distintos.

86

Módulo 6: Cuidados paliativos y no uso de sujeciones

Definición de cuidados paliativos (CP), principios que los rigen. Los CP y la Geriátría. Epidemiología. Enfoque curativo versus enfoque paliativo. La trayectoria de la enfermedad. Relación de los cuidados paliativos con el uso de sujeciones.

106

Módulo 7: Casos prácticos para la integración de conocimientos

Casos clínicos y resolución. Cómo analizar los casos, integración de contenidos. Presentación de dos casos: antecedentes y evaluación inicial. Objetivos e implementación de estrategias.

121

Palabras finales

139

Prólogo

En el nuevo modelo de atención en las Residencias de Larga Estadía nos hemos propuesto garantizar el respeto a los Derechos Humanos consagrados en la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDHPM). El uso de sujeciones físicas en estas instituciones es una práctica muy común en nuestro país. Su utilización conlleva consecuencias en la salud física, psíquica y anímica de las personas mayores y de las personas de su entorno.



Las razones esgrimidas para aplicarlas se centraron, erróneamente, en la intención de proteger a la persona mayor, a fin de evitar que se haga daño o sufra episodios de caídas; no obstante, las sujeciones no solo generan más caídas, sino que además avasallan la libertad, la autonomía y la dignidad de las personas mayores, generan sentimientos negativos que disminuyen la autoestima y las conduce al aislamiento social.

La Convención (CIDHPM) en su “artículo 4” plantea no usar las sujeciones de manera habitual y prolongada y es por ello que su utilización debe ser considerada en casos muy excepcionales, por un mínimo de tiempo, siempre que haya sido prescrita por un profesional y que esté en riesgo la vida de la persona mayor.

Es por ello que se hace necesario un cambio de paradigma. El nuevo Programa de Atención Integral en Residencias de Larga Estadía para Personas Mayores que acaba de ser aprobado por resolución N° 896/2023, establece un nuevo modelo prestacional basado en el paradigma de los Derechos Humanos, en el que se determina la existencia de Residencias Libres de Sujeciones y, para ello, se aplicará un Plan de atención que permita su implementación gradual.

Para acompañar estos cambios desde el PAMI junto a la SAGG (con la financiación del BID) pusimos en marcha un curso sobre herramientas, estrategias y alternativas para eliminar las sujeciones físicas. Los contenidos de esa capacitación quedan a disposición de todas las personas que se encuentran trabajando en políticas de cuidado mediante esta publicación. Así, estamos dando un paso más hacia la conquista de más derechos, principalmente la libertad, la autonomía y la dignidad de las personas mayores.

Luana Volnovich
Directora Ejecutiva

La Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría tiene, desde sus orígenes en 1951, el objetivo de transmitir los conocimientos geronto-geriátricos para que los profesionales de distintas disciplinas puedan brindar atención socio-sanitaria de excelencia en el abordaje de los cambios relacionados con el envejecimiento saludable y con el tratamiento de las noxas que afectan a las Personas Mayores.



En el convencimiento que no puede existir un envejecimiento saludable sin una adecuada preservación de la capacidad intrínseca de las personas envejecientes, la liberación de las restricciones físicas, en contexto de las internaciones agudas o de las institucionalizaciones en residencias de larga estadía, no representa solo el respeto por los derechos humanos de ese grupo etario, sino también la promoción de sus capacidades funcionales. La promoción de la optimización de las capacidades funcionales, incluyendo las capacidades sensoriales y la integración en el medio ambiente, social y físico, hace a la independencia y autonomía de las personas mayores.

Este texto, es el producto de largos años de arduo trabajo por parte de los integrantes del grupo Desatar. El contenido se desarrolló en oportunidad del curso que organizó el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) junto con nuestra Sociedad. Está redactado por un verdadero equipo interdisciplinario. Este equipo interdisciplinario se formó bajo la protección de la SAGG pero surge de la inquietud de profesionales de numerosas instituciones que

trabajan en residencias de larga estadía con una modalidad de atención centrada en la persona, privilegiando las acciones tendientes a mantener la independencia funcional y el respeto de los derechos humanos de las personas mayores, pero también incentivando la mejor utilización de los recursos humanos con respeto de sus condiciones laborales. LA SAGG se siente muy orgullosa de contar con Desatar, porque en el tiempo que lleva como parte de nuestra Sociedad ha logrado transmitir no solo sus conocimientos, sino también sus principios filosóficos y éticos a otras instancias de la sociedad civil, como por ejemplo a integrantes de los cuerpos judiciales que atienden las necesidades de la personas mayores, a otras sociedades científicas, a residencias de larga estadía y a autoridades legislativas en procura de poner en forma de leyes esos principios.

En este libro están plasmados desde los principios filosóficos hasta las cuestiones prácticas que hacen al estudio de las sujeciones. Abordados desde la medicina, la psicología, la enfermería, la fisiatría, el derecho, la terapia ocupacional, etc. Un ejemplo del trabajo interdisciplinario.

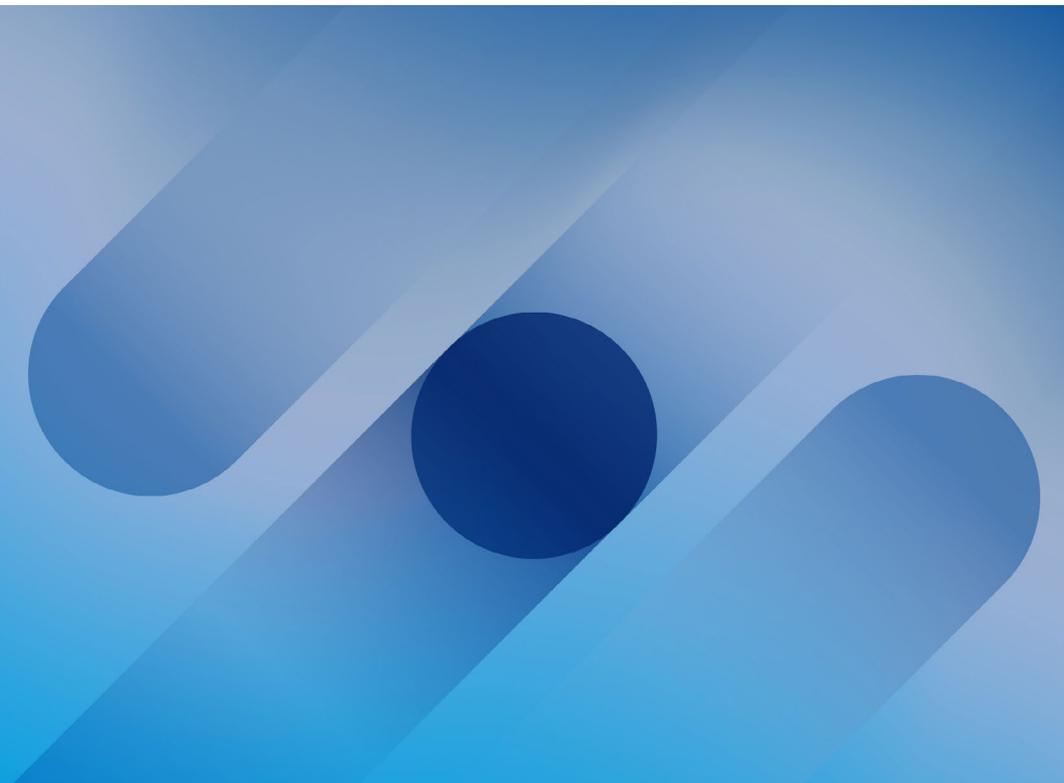
Debo agradecer a quienes hicieron posible este material, cada uno de los integrantes del equipo Desatar. Destaco la función directriz del equipo en la persona de la Dra. Romina Rubín. La función de editora dentro del PAMI, la Dra. Mónica Roqué. Y, a través de ellas, hago extensivo el agradecimiento a ambas Instituciones, Desatar y PAMI.

Dr. Julio Nemerovsky
Presidente SAGG (2021-2024)



Módulo 1:

Mitos y verdades de las sujeciones físicas



Romina Rubin

Médica Clínica. Médica Geriátra. Mg. en Gestión de Servicios Gerontológicos. Directora Asistencial de Fundación Nuevo Hogar Le Dor Va Dor. Vicedirectora carrera Geriátria UBA. Vicepresidenta de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátria. Miembro del Grupo DESATAR Argentina.

Edgardo Di Virgilio

Licenciado en Gerontología (Universidad Maimónides, Buenos Aires). Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional (Universidad Nacional de Mar del Plata). Miembro de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátria (SAGG). Miembro del Grupo DESATAR Argentina. Integrante del Equipo técnico del Área de Cuidados en la Comunidad, Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores – Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Introducción

El envejecimiento poblacional se ha convertido en una de las transformaciones más reveladoras del siglo XXI; la distribución por edades de la población mundial se encuentra transitando un gran proceso de cambio debido al descenso en las tasas de fertilidad y mortalidad, factores que favorecen a la expansión del grupo etario de mayor edad. Este fenómeno se está extendiendo inevitablemente a nivel universal y, si bien los países europeos continúan siendo los más envejecidos, es la región de América Latina y el Caribe la que presenta un proceso de envejecimiento más acelerado: en los últimos 50 años ha visto prolongada su esperanza de vida en 20 (veinte) años (Huenchuan, 2018).

A su vez, la incursión de la pandemia, producto del SARS-CoV-2 (virus causante de COVID-19), ha sido un hecho de gran relevancia y sin precedentes en la historia de la humanidad, que impactó en gran medida en las personas mayores. En efecto, se observaron altas tasas de mortalidad en pacientes con comorbilidades y deterioro funcional, fragilidad en los sistemas de salud, dispositivos de cuidados endebles y fragmentados, entre otros (OPS, 2023).

Estos factores invitan a reflexionar acerca de **la necesidad de una transformación y cambio de mirada** acerca del trato, abordaje y capacidad de respuestas brindadas a la población mayor al momento de requerir apoyos o cuidados que les permitan **desarrollar una vida con dignidad, autonomía, libertad y con derechos**. Esta situación genera **nuevos retos para todos los actores** involucrados: comunidad, cuidadores formales e informales, equipos interdisciplinarios e intersectoriales, instituciones públicas y privadas, decisores gerontológicos.

La institucionalización de las personas mayores es hoy una creciente realidad, y en este escenario el uso de sujeciones físicas es una rutina aceptada en los establecimientos para personas mayores. Consideramos de relevancia e interés la formación en cuidados a las personas mayores y la profundización en la temática del cuidado sin sujeciones.

Por todo lo anterior, haremos un abordaje sobre el uso de las sujeciones físicas en dispositivos de baja complejidad, como pueden ser el domicilio de persona mayor asistida, así como aquellos que se encuadran dentro de los cánones de alta complejidad como las RLE, mecanismo utilizado que representa uno de los ejes temáticos más controvertidos dentro del campo asistencial gerontológico (Bourbonniere et al., 2003; Burgueño, 2008; Alarcón, 2001).

Aspectos demográficos



A escala mundial, la esperanza de vida pasó de 47 años en 1950-1955 a 65 años en 2000-2005, y está previsto que llegue a los 75 años en 2045-2050. Se considera que, al finalizar la Década del Envejecimiento Saludable, la cantidad de personas de 60 años o más se habrá incrementado en un 34%, pasando de 1000 millones en 2019 a 1400 millones en el 2030. Por lo tanto, se duplicaría la brecha existente hacia 2050, cuando la población mayor alcanzará los 2100 millones. Se estipula que la gran mayoría residirá en países de ingresos bajos y medianos, en vías de desarrollo (Huenchuan, 2018).

En la actualidad, la **Argentina** tiene una población aproximada de 45.376.763 habitantes, de los cuales el grupo de personas mayores de 60 años y más alcanza el 15.7%. Las proyecciones para 2025 referencian llegar al 16.6% y para 2040, al 20.59%, porcentuales estos que la instalan junto a Cuba, Uruguay y Chile, dentro de los países más envejecidos de la región.

Las investigaciones realizadas por diversos organismos internacionales revelan que las sociedades en su conjunto se encuentran atravesadas por las siguientes particularidades:

- a. Incremento de la esperanza de vida al nacer.
- b. Disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad.
- c. Aumento de hogares unigeneracionales y unipersonales.
- d. Personas mayores que transitan distintos estadios: fragilidad, dependencia de grado leve, moderado o severo; discapacidad; patologías crónicas no transmisibles, tales como cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes.
- e. Cambios en las familias y en la estructura de los cuidados (esencialmente desde la perspectiva de género, donde la mujer siempre ha asumido el protagonismo al momento de cuidar).

Con el escenario graficado, se percibe entonces un significativo aumento de enfermedades crónicas, discapacidades y mayores probabilidades de sufrir algún grado de dependencia, especialmente el grupo poblacional perteneciente al de 75 años y más, considerados más proclives al riesgo de demandar servicios múltiples por la condición de vulnerabilidad o fragilidad (Huenchuan, 2018).

Historia del uso de sujeciones físicas

Las sujeciones físicas fueron empleadas en el pasado para controlar el comportamiento de pacientes agitados, a los que comúnmente se los denominaba “enfermos mentales”; este grupo formaba parte de las personas marginadas, consideradas, además, un problema para la sociedad. Se las encerraba en lugares parecidos a cárceles, manteniéndolas aisladas, siendo habitual el uso de cadenas, azotes, inmersión en agua helada, entre otros.

Durante tiempo inmemorial los antiguos manicomios y los asilos sujetaban a las personas –que llamaban “internos” – con cuerdas, sábanas, correas de cuero, con las que les ataban los tobillos a las camas o alrededor de una silla o las muñecas. En pocas palabras, equivalía a un tormento que casi nadie cuestionaba, incluso si sangraban por hacer fuerza para liberarse, se consideraba un efecto adverso esperado.

Luego de los años '80 comenzaron a usarse los dispositivos actuales, cuando una empresa alemana introdujo en España cintas más anchas y de algodón que la empresa comercializaba bajo el lema “más humano, más ético”. Una ley en 1986 cerró los psiquiátricos, pero la empresa mantuvo su negocio al encontrar su nicho en las residencias.

La historia de la Psiquiatría está colmada de ejemplos de tratos inhumanos, entre ellos, la inmovilización mediante correas o camisas de fuerza; prácticas que, lejos de haber quedado superadas, como se describió anteriormente, continúan vigentes con diferentes modalidades en las RLE, como una estrategia de supuesta “protección y cuidados”; (Fariña-López et al., 2008), **basada en mitos como en la prevención de caídas**. No obstante, actualmente existe fuerte evidencia de que las sujeciones no se asocian con menos caídas en residencias. Por el contrario, **pueden incrementar la gravedad de los problemas y vulneran los derechos fundamentales de las personas**, tales como el derecho a la libertad, la dignidad, la autonomía y la autoestima, valores que impactan por completo en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores (Fariña-López et al., 2008).

Vale aclarar que nos referiremos a la utilización de alternativas al uso de sujeciones en personas mayores que viven en residencias de larga estada o en domicilio. El uso de sujeciones físicas y químicas en psiquiatría tiene un abordaje diferente en la población de personas con enfermedades mentales, quienes presentan características específicas.

Conceptos relacionados: la salud y los cuidados a largo plazo

La salud de una población tiene un enfoque multicausal ya que depende esencialmente de factores biológicos, psicológicos y sociales que representan determinantes fundamentales al momento de tener que evaluar las particularidades y necesidades de la población en todos sus ámbitos.

Por lo tanto, el cuidado de la salud amerita un esfuerzo que se extiende más allá de la puesta en marcha de la tecnología médica y el accionar de sus profesionales. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como **“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”**. Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) incorporó un nuevo factor determinante de alto impacto en la persona que es precisamente el **medio ambiente**.

Asimismo, la OMS define a los **CUIDADOS A LARGO PLAZO** (CLP) al sistema de acciones llevadas a cabo por cuidadores no formales (familia, amigos, vecinos, voluntarios) o formales (profesionales del campo bio-psico-social) para lograr que aquella persona, que por su condición de salud se encuentre impedida de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) por sus propios medios, pueda optimizar su calidad de vida el máximo posible, respetando sus deseos individuales, autonomía, participación, satisfacción personal, dignidad y derechos.

Los CLP se constituye en dos principios centrales: primero, aunque la persona mayor sufra un deterioro cognitivo y funcional severo, continúa teniendo un proyecto de vida; segundo, poder arbitrar los medios y mecanismos adecuados para mejorar y potenciar no solo la calidad asistencial, sino también la calidad de vida en cada uno de los procesos desarrollados, independientemente del déficit o pérdida de la capacidad intrínseca que posea la persona.

Schalock y Verdugo (2003) definen a la **CALIDAD DE VIDA** como **“un estado deseado de bienestar personal compuesto por varias dimensiones centrales que se encuentran influenciadas por factores personales y ambientales. (...) pueden variar individualmente en la importancia y el valor que se les atribuye. Sus evaluaciones están basadas en indicadores que son sensibles a la cultura y al contexto que se aplica”**.

Un adecuado **SISTEMA DE CUIDADOS** debe contemplar ciertos principios:

- a. **Progresividad:** dispositivos de baja complejidad que se irán incrementando acorde a las necesidades asistenciales.
- b. **Prevención:** la prevención se aborda en todo momento del proceso, independientemente de la pérdida o limitación de la persona mayor asistida.
- c. **Gradualidad**
- d. **Interacción y coordinación de los distintos servicios de cuidados** de acuerdo con el nivel de complejidad.

Los CLP pueden implementarse en diversos ámbitos que se extienden desde el domicilio de la persona (baja complejidad) que requiere asistencia, hasta los centros comunitarios (todos aquellos dispositivos que se brindan asistencia pero que no amerita una residencia permanente de la persona mayor a nivel institucional), viviendas asistidas, residencias de larga estadía y otras instituciones de salud (alta complejidad).

Asimismo, es esencial un mayor nivel de integración y coordinación entre los servicios sociosanitarios. Estos deben colocar en el centro de atención a la persona mayor, según el enfoque denominado **“modelo de atención integral centrado en la persona”**. En otras palabras, frente a la fragmentación de un servicio, tal modelo coloca la mirada hacia la integralidad. Para ello es prioritario conocer las necesidades y preferencias de la persona asistida o cuidada para poder dar respuestas adecuadamente.

Las personas mayores que se encuentran transitando algún grado de dependencia (leve-moderada o severa) perciben un cambio muy significativo en el desarrollo de sus vidas y en su funcionalidad.

Definiciones de sujeción física

Diferentes organismos definen las sujeciones físicas en contexto de la emergente revisión de esta práctica. En la literatura científica existen varias definiciones, que no han sido modificadas sustancialmente desde las últimas décadas.

Asimismo, cabe destacar que las sujeciones se dividen en dos tipos: **físicas o mecánicas y químicas o farmacológicas**. Si bien vamos a definir ambas, el presente curso centrará su abordaje en las físicas o mecánicas.

Sujeciones físicas	Sujeciones químicas
“Cualquier dispositivo, material o equipo aplicado a una persona, unido a ella o cerca de su cuerpo, que no puede ser controlado o retirado con facilidad por ella misma y que deliberadamente evita o intenta evitar su libertad de movimiento y/o el natural acceso a su cuerpo”.	“El uso de fármacos, fundamentalmente aquellos que actúan a nivel del sistema nervioso central (SNC), que reducen la movilidad de la persona, de manera que quedan inhibidas sus actividades (subir o bajar de la cama, ir al baño, participar en actividades sociales, entre otras) con el objetivo de manejar o controlar una conducta inadecuada o molesta (vagabundeo, agresividad verbal, no colaboración en los cuidados, otras)”.

(Camino-Sánchez, 2016)

Por otro lado, según la *Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domiciliaria*, basada en la norma **libera-care** de la fundación Dignos, **las sujeciones se dividen en voluntarias e involuntarias y según su intencionalidad, en restrictivas** (la persona no puede retirar el material o dispositivo fácilmente y se encuentra impedida en su libertad de movimientos o normal acceso a parte de su cuerpo) **y no restrictivas** (permite a la persona mantener una posición corporal correcta y lo más fisiológica posible).

Los autores de este curso, que conformamos el grupo de estudio “Desatar Argentina”, asumimos la definición por consenso internacional tomada por Camino y Sánchez en 2016, pues consideramos que las sujeciones deberían eliminarse siempre que se haya realizado el camino de aprendizaje hacia alternativas, las modificaciones ambientales y de recursos necesarias y sobre todo el cambio cultural organizacional. Asimismo, comprendemos que pueden existir situaciones excepcionales que las requieran temporalmente hasta poder realizar las modificaciones descriptas.

Ahora bien, aun si se requirieran sujeciones en forma excepcional, no pueden utilizarse por un tiempo prolongado ni permanente, ni sin consentimiento y protocolo, ni tampoco si no responden a necesidades o no son terapéuticas. **Claramente vulneran derechos y generan daño.**

Derechos de las personas mayores

Los sistemas de cuidados a largo plazo para las personas mayores con dependencia deben ser abordados desde un enfoque de derechos.

En tal sentido, la aprobación de la **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores** ha resultado un insoslayable avance en materia de derechos de las personas mayores. Si bien fue aprobada por la Organización de Estados Americanos (OEA) el 15 de junio de 2015, nuestro país ha culminado el proceso de ratificación el 9 de mayo de 2017, mediante la sanción de la ley N° 27.360, posteriormente promulgada por Decreto N° 375/17.



Su génesis se basa en promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir con su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.

En este punto, la Convención destaca en su artículo 12 el alcance y amplitud de los derechos de la persona mayor que debe recibir servicios de cuidados a largo plazo.

Con respecto a las **residencias de larga estadía** –motivo de este curso–, la ley establece que estas instituciones debieran **destinarse para aquellas personas mayores que estén cursando un importante grado de dependencia**.

Se sabe que el propósito de este tipo de hogares colectivos tiene su punto nodal en mejorar la calidad de vida de sus residentes, pero la realidad indica que en varias oportunidades las rutinas asistenciales se ven teñidas de acciones y formas de trabajo que no siempre se alinean con los derechos ni promueven el bienestar de la persona mayor institucionalizada.

Las residencias de larga estadía son dispositivos en los cuales el uso de la sujeción física representa uno de los temas más controvertidos dentro del campo asistencial ya que su práctica atenta y afecta básicamente los derechos fundamentales de la persona mayor (libertad, dignidad, autoestima, autonomía y la calidad de vida) tipificados con amplitud en el artículo 4 del mencionado instrumento (Robino, s.f.).

Por otro lado, existen estudios de investigación que denotan que la utilización de este mecanismo no logra disminuir problema alguno para los cuales se lo prescribieron, sino que pueden incluso agravar la situación de la persona. **Solo puede ser justificada ante un riesgo inminente y grave para la persona o para personas del campo de la salud y el cuidado.**

Estamos ante una eximia oportunidad para comenzar a promocionar la humanización de las instituciones sociosanitarias (en todos sus ámbitos), de los equipos de trabajo interdisciplinarios y de los modelos de intervención utilizados y que se vienen desarrollando en la actualidad cuándo se habla de los sistemas de apoyos o cuidados. La responsabilidad ética y la mirada integral son eslabones fundamentales para promocionar la dignidad intrínseca de la persona asistida.

Prevalencia

La prevalencia del uso de sujeciones físicas varía en diferentes países: el 20% en Hong Kong, mayor al 30% en España, 28% en Alemania (Feng, 2009), 26.8% en Suiza y 62% en Taiwán, en tanto que en países como Japón y Dinamarca están prohibidas (Meyer et al., 2009), (Burgueño, 2008).

Desde 1990, en Estados Unidos, a partir de la implementación de la Ley OBRA de reforma de instituciones geriátricas, la prevalencia de sujeciones físicas ha disminuido progresivamente, desde un 33% hasta un 3.3% en 2012 (Kong & Evans, 2012), llegando a un 1.2% en 2014. En Ontario, Canadá, en 2001, se promulgó la Ley de minimización de sujeciones y, desde entonces, los centros han puesto en marcha procedimientos para eliminar su uso y promover alternativas (Ontoso Bringas, 2019; Rodríguez Delgado, 2013).

La amplia variabilidad en la prevalencia del uso de sujeciones no puede ser explicada solamente por el tipo de población o de organización. (Meyer et al., 2009); otros factores, tales como la filosofía del cuidado o las creencias y actitudes del personal de enfermería serían poderosos determinantes (Hofmann & Hahn, 2014).

El uso de sujeciones físicas es frecuente en nuestro país, sin embargo, no contamos en la actualidad con datos de su prevalencia dentro de las residencias de larga estada, un factor preocupante por el avasallamiento de los derechos de las personas mayores institucionalizadas que esta práctica implica. Disponemos de muy escasa información sobre la situación dentro del ámbito domiciliario.

Un estudio descriptivo efectuado en 2007 en España demostró que los familiares de las personas mayores dependientes tenían una actitud positiva frente las sujeciones físicas, considerando que su uso era adecuado; los autores adjudican esta actitud a la falta de conocimiento sobre alternativas posibles y sobre las consecuencias que dicha práctica puede originar. (Camino-Sánchez, 2016).

Los trabajos publicados sobre la prevalencia de sujeciones en unidades de media estancia o de rehabilitación reportan una prevalencia mayor al 50%, con una mayor frecuencia en pacientes con diagnóstico principal de ictus o accidente cerebrovascular al ingreso, y las demencias como factor condicionante en pacientes que ingresan a estas unidades (García Cabrera, 2018).

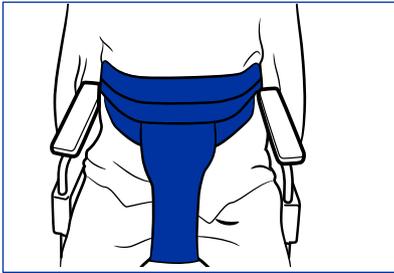
En otras publicaciones describen que hay un incremento progresivo de su uso en domicilio y que la prevalencia oscila entre 7 y 38% (Scheepmans et al., 2020).

La disminución en la prevalencia del uso de sujeciones físicas en la población mayor dependiente implica un significativo progreso en la defensa de los derechos fundamentales de las personas, lo cual implica reflexionar también acerca de los principios de la bioética y la atención dentro de los sistemas de cuidados a largo plazo.

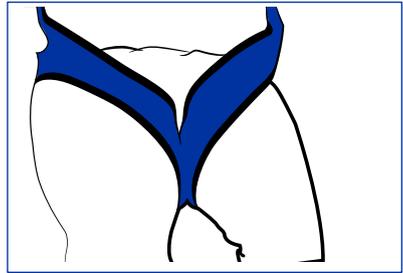
Tipos de sujeción física

Existe una amplia gama de dispositivos de sujeción física; todos los cuales limitan, restringen o imposibilitan la libertad de movimiento en mayor o menor grado (Alarcón, 2001). A continuación, se enumeran los más empleados:

1. Cinturón abdominal



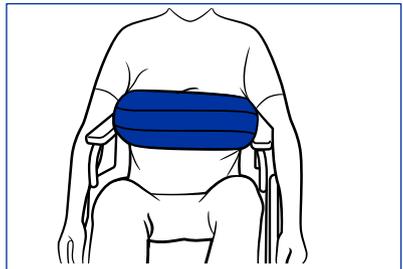
2. Cinturones anchos



3. Sábana de sujeción



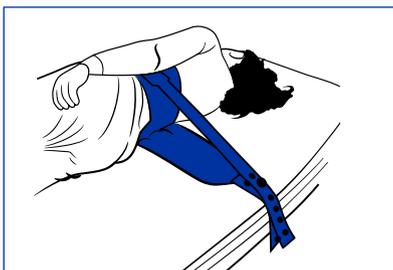
4. Arnés



5. Cinturón torácico en silla



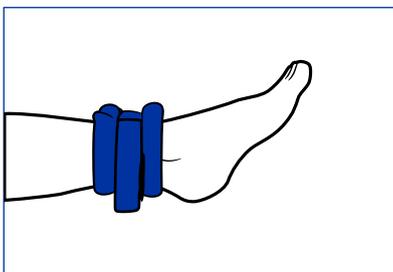
6. Cinturón en cama



7. Muñequeras



8. Tobilleras



Podemos agregar al listado el uso de pecheras, barandas y mitones. Con respecto a las barandas, cabe aclarar que algunos autores las consideran como dispositivo de sujeción física, mientras que otros no. Su importancia radica en que pueden ser causales de lesiones, sobre todo, si son colocadas de manera tal que la persona que esté en condiciones de bajarse de la cama, quiera salir por encima de las barandas.

Mitos para justificar su uso

Diversos artículos académicos y científicos, utilizados como material de estudio, argumentan el uso de sujeciones físicas como una **supuesta herramienta de seguridad o prevención**, pero en realidad este tipo de enfoque obstaculiza la puesta en marcha de programas alternativos de intervención.

La **justificación principal radica en evitar caídas y lesiones**, es decir, la “seguridad”; asimismo, para el **manejo de la agitación y agresividad**; por último, con la finalidad de **evitar la interferencia de la persona con procedimientos terapéuticos o para proteger dispositivos de monitorización** (protección de vías, sondas, catéteres, cables de monitorización, tubos de drenaje). Estos argumentos constituyen lo que podemos denominar mitos para justificar el uso de sujeciones físicas (Burgueño, 2015).

También se lo justifica **porque las familias lo piden** (Fariña-López et al., 2008), o se asegura que ayudan a tratamientos, que mejoran el posicionamiento, que es más fácil trabajar con sujeciones, que no hacen daño y que la persona no se entera por tener deterioro cognitivo, esto último además del **desconocimiento** está fuertemente ligado a **prejuicios y la despersonalización y cosificación de la persona con demencia**.

En el artículo publicado en Alemania en 2012 sobre sujeciones y mortalidad, se investigaron 27.353 autopsias, entre las cuales 26 fallecidos estaban con sujeciones físicas. 3 de esos casos fallecieron por causas naturales, 1 caso de suicidio y en los 22 casos restantes la muerte fue causada exclusivamente por las sujeciones físicas. 11 casos por estrangulamiento, 8 casos por compresión torácica, 3 casos por colgar de la cama cabeza abajo. Lo cual da cuenta de la gravedad de esta intervención (Deaths Due to Physical Restraint - PMC (nih.gov)).

Conclusión

La práctica de sujeciones está plagada de mitos, claramente vulnera derechos y puede generar daños a nivel físico y psicológico. Existen movimientos mundiales para la eliminación de su uso. España, Japón, EE.UU., Brasil, también en Argentina a partir de la iniciativa del **Grupo Desatar Argentina**, de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica.

Para poder eliminarlas no alcanza solo su prohibición, debido a que es necesario recorrer un camino de capacitación, de uso de alternativas, de modificaciones ambientales que garanticen la seguridad pasiva y sobre todo de un **cambio cultural**.

Esta práctica, independientemente del lugar de residencia de la persona, debería aplicarse como **último recurso, ante un riesgo inminente de pérdida de vida para sí misma o para terceros**; prefiriendo siempre la opción menos restrictiva que garantice la seguridad de la persona a ser sujeta y con la duración más acotada posible, habiendo intentado previamente estrategias alternativas, pero también con un plan de intervención para retirarla en el menor tiempo posible.

De todo lo visto hasta aquí, queda claro que el tema del envejecimiento y de los cuidados a largo plazo deben ser tema de la agenda gubernamental, especialmente pensando en aquellos grupos que se encuentren transitando situaciones de vulnerabilidad o fragilidad al momento de requerir asistencia.

Bibliografía

Alarcón, T. A. (2001). Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI ¿Necesidad o falta de formación? Revista Española de Geriátría y Gerontología. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X01746823>

Bourbonniere, M., Strumpf, N. E., Evans, L. K., & Maislin, G. (2003). Organizational characteristics and restraint use for hospitalized nursing home residents. Journal of the American Geriatrics Society, 51(8), 1079–1084.

Burgueño, A. A. (2008). Atar para cuidar. Uso de sujeciones físicas y químicas en personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados. Obtenido de: <http://www.Navarra.es/NR/rdonlyres/5E315864-34F9-4236-9319-931E610416DB/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1>. Pdf [Consulta: 17/8/2011].

Burgueño Torijano, A. A. (2010). Atar para Cuidar. Uso de Sujeciones Físicas y Químicas en Personas Mayores dependientes que reciben cuidados prolongados. Recuperado el.

Burgueño, A. (2015). Falacias sobre sujeciones (contenciones) físicas. Dilemata, 7(19), 135-147. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28261905_falacias_sobre_sujeciones_contenciones_fisicas

Camino-Sánchez, T. (2016). Centros Libres de Sujeciones y desarrollo del “Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer” en un centro gerontológico. Disponible en: <https://reunir.unir.net/handle/123456789/6556>

Castle, N. G., Fogel, B., & Mor, V. (1997). Risk factors for physical restraint use in nursing homes: pre- and post-implementation of the Nursing Home Reform Act. The Gerontologist, 37(6), 737–747.

Estévez-Guerra, G. J.; Fariña-López, E.; Núñez-González, E. y otros (2017). The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study. BMC Geriatrics, 17(1), 29.

Fariña-López, E.; Estévez-Guerra, G. J.; Núñez González, E. y otros (2008). Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 43(4), 201–207.

Fundación Dignos. <https://cuidadosdignos.org/>

Higuera, J. C. B., & Durbán, M. V. (2013). El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias. *Fund Caser Para Depend*, 1–23.

Hofmann, H., & Hahn, S. (2014). Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21-22), 3012–3024.

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

Huang, H. C.; Huang, Y. T.; Lin, K. C., & Kuo, Y. F. (2014). Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: a community-based epidemiological survey.Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 130–143.

Huenchuan, S. (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. Santiago de Chile: CEPAL, N 154. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.Pdf.

Huizing, A. R., Hamers, J. P. H., de Jonge, J., Candel, M., & Berger, M. P. F. (2007). Organisational determinants of the use of physical restraints: a multilevel approach. *Social Science & Medicine*, 65(5), 924–933.

Kong, E.-H., & Evans, L. K. (2012). Nursing staff views of barriers to physical restraint reduction in nursing homes. *Asian Nursing Research*, 6(4), 173–180.

Meyer, G.; Köpke, S., Haastert, B., & Mühlhauser, I. (2009). Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7), 981–990.

Ontoso Bringas, A. (2019). Introspección sobre la restricción física en el anciano y sus posibles alternativas [Universidad de Cantabria]. <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/16489>

OPS (2023) La COVID y adultos mayores. Disponible en <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable/covid-19-adultos-mayores> (última consulta: febrero, 2023)

Phillips, C. D.; Hawes, C.; Mor, V.; Fries, B. E. y otros (1996). Facility and area variation affecting the use of physical restraints in nursing homes. *Medical Care*, 34(11), 1149–1162.

Pinazo-Clapés, C.; Pinazo-Hernandis, S., & Sales, A. (2020). Behavioural changes in institutionalised older people: a gender perspective. *Technium Social Sciences Journal*, . 8, 350–357. <https://doi.org/10.47577/tssj.v8i1.736>.

Robino, A. (s.f.) Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, en Ministerio de Desarrollo Social, Contenidos gerontológicos para la formación de cuidadores domiciliarios. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia/Cuidados domiciliarios. Disponible en <http://registroncd.senaf.gob.ar/Terminos/CONVENCIONINTERAMERICANA.pdf>

Rodríguez Delgado, J. (2013). Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. *Revista Española de Geriatría Y Gerontología*, 48(4), 185–189.

Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de Vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.

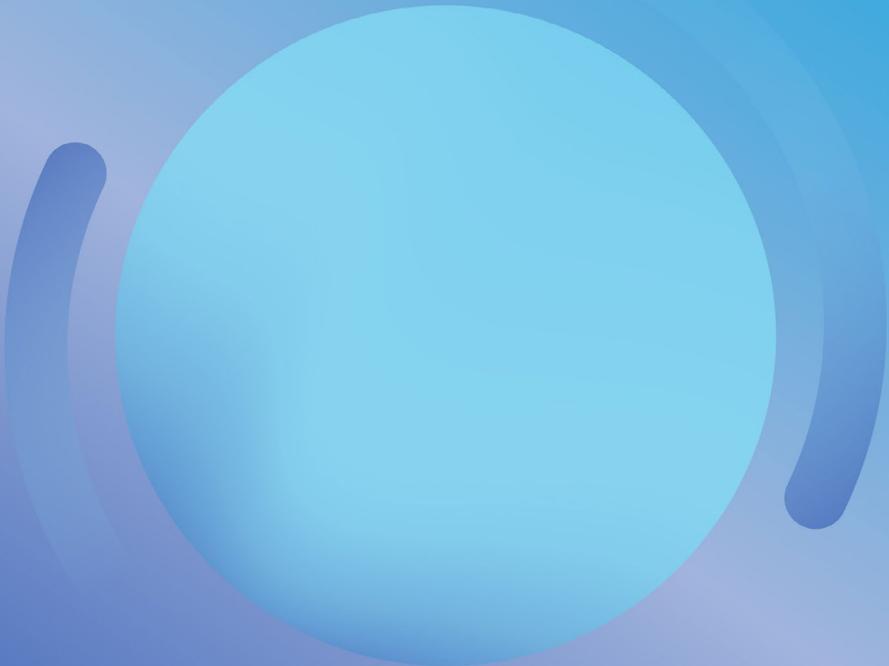
Scheepmans, K.; Dierckx de Casterlé, B.; Paquay, L. y otros (2020). Reducing physical restraints by older adults in home care: development of an evidence-based guideline. *BMC Geriatrics*, 20(1), 169.

Verdugo, M. A.; Schalock, R. L., & Arias, B. (2013). *Calidad de vida. Discapacidad e inclusión*. Salamanca: Amarú: Disponible en https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Verdugo/publication/283211086_Calidad_de_Vida/links/562e0c4a08aef25a24432ec3/Calidad-de-Vida.pdf



Módulo 2:

La cuestión: No sujetar. Un puente entre la bioética y la prevención cuaternaria



Dr. Hugo Pisa

Médico. Especialista en Psiquiatría. Mg. en psicofarmacología (Fundación Favalaro). Especialista en Desarrollo Humano (FLACSO). Presidente del Capítulo de Psicogeriatría de APSA (Asociación de Psiquiatras Argentinos).

Dra. María Laura Robledo

Médica (Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H. A. Barceló, La Rioja, con diploma de honor). Especialista en Geriatría (UBA). Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría. Miembro del Grupo DESATAR Argentina. Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional (UNMdP). Directora Médica del Instituto del Corazón (INCOR), La Rioja

Introducción

¿Sujetar para prevenir o prevenir para no sujetar? Por más que resulte llamativo, hablamos de un dilema porque presenta dos proposiciones contrarias. En la práctica, ambas se traducen en posturas cuyo impacto se observa en las residencias de larga estancia. Allí, la sujeción física de personas mayores se estableció como “natural” en muchos casos, hasta el punto de convertirse en una conducta repetitiva, sobre la que no suele involucrarse a todo el equipo de salud en su uso.

La prevalencia del uso de sujeciones en las instituciones geriátricas es del 4 al 68% (Feng et al, 2009). Los estudios muestran una gran variabilidad respecto de su uso, lo cual no puede atribuirse solamente al tipo de población o a las características de la organización y/o institución (Meyer, 2009), pues concluyen que existen múltiples factores al momento de elegir utilizarlas; como, por ejemplo, la **filosofía de cuidado**. En otras palabras, lo que consideramos que constituye la manera de “cuidar” o las **creencias y actitudes que tiene el personal de enfermería y de salud**, en general.

Esta gran –y por momentos inexplicable– variabilidad en la prevalencia de la sujeción física; así como lo relacionado al uso de antipsicóticos en las residencias de larga estadía, se presenta entre y dentro de los países. Más allá de esta realidad, tanto las sujeciones como los **antipsicóticos** (pensados y/o indicados como una “**sujeción química**”) se asocian con resultados adversos.

Su uso tan difundido se fundamenta en que evitan otros problemas como la caída (y sus consecuencias), la agresión hacia terceros, la falta de cooperación con el “cuidado”. Sin contemplar que –al mismo tiempo– se deja por fuera el impacto que tienen las sujeciones a nivel físico y emocional.

Por consiguiente, el presente módulo se propone desarrollar el tema sujeciones en el contexto del deterioro cognitivo desde la **mirada de la prevención cuaternaria**.

Sujecciones y demencias

Las personas sometidas a sujeciones físicas, refiere Burgueño (2015), presentan algún grado de deterioro cognitivo. En ese sentido, hace ya veinte años Whitehouse (2000) nos alertaba que las cuestiones éticas relacionadas con las demencias se harían más evidentes en el futuro. Un porvenir que, sin duda, constituye nuestro presente y permite vislumbrar el futuro próximo. En este marco, el aumento de la expectativa de vida generó una mayor prevalencia de enfermedades crónicas.

Dentro de estas, las demencias en particular, son frecuentes a partir de los 65 años. En 2015 había alrededor de **47 millones de personas con esta enfermedad en el mundo, y se proyecta una prevalencia para 2050 de 130 millones de personas** (Livingston et al, 2017). Esto genera una demanda creciente de asistencia y cuidado en los servicios de salud; así como cambios en la dinámica social, familiar y profesional. Debemos pensar que asistimos y asistiremos a un número creciente de personas con deterioro cognitivo y sus respectivos familiares.

En este contexto, actual y futuro, con el objetivo de deconstruir –y deconstruirnos– nos preguntamos sobre el uso de las sujeciones a partir de la **perspectiva que nos brinda la prevención cuaternaria** (P4). Se trata de una **postura ética** que nos involucra. Pretendemos que las sujeciones dejen de pensarse como una solución a partir de eufemismos “clínicos” como intervención o indicación.

Ya en 1972, Ziman escribía: “Los pobres necios que se negaron a mirar por el telescopio de Galileo sabían lo que traían entre manos; si veían las lunas de Júpiter, se verían obligados a creer lo que no deseaban creer; por lo tanto, resultaba más sabio no mirar”. Algo parecido a lo que plantea la película “No mires arriba”. Esta frase nos remite a un punto importante: “mirar” las sujeciones a partir de implicarnos en la problemática.

Prevención cuaternaria y sujeciones

Restringir la movilidad de una persona mayor a partir de un medio físico y/o químico trae aparejadas numerosas consecuencias, que van desde **úlceras y contusiones** a **complicaciones clínicas** (respiratorias, cardiovasculares; constipación, desnutrición); a esto se suma el **impacto psicológico y emocional**; así como una mayor necesidad de asistencia y **episodios de agitación** con el consecuente incremento –por ejemplo– del uso de antipsicóticos que figuran entre los psicofármacos más habituales (Feng et al, 2009).

Existen **cuatro etapas de prevención** relacionadas con reducir los riesgos a la salud de la población:

- La **prevención primaria** está ligada a evitar enfermedades;
- la **secundaria**, a detectar de forma temprana un problema de salud para “curarlo” o reducir sus consecuencias;
- la **terciaria**, busca reducir los efectos de la enfermedad ya diagnosticada.
- Por último, la **cuaternaria** es aquella que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario; en fin, de nosotros (Pisa & Agrest, 2015). Dicho de otro modo, se ocupa de “proteger” a las personas –pacientes– de nuestras acciones sin necesidad (De Vito, 2013).

La prevención cuaternaria interpela las intervenciones de los equipos de salud, les coloca un signo de pregunta, las cuestiona. Incluso, las denuncia. La palabra “prevención” no debe confundirnos, la prevención cuaternaria no remite exclusivamente a las prácticas preventivas, sino a todas las áreas de la actividad médica, dado que en todas ellas se pueden producir excesos (Noble, 2015).

Prevención primaria Evitar enfermedades. Por ejemplo: vacunación.	Prevención secundaria Detección temprana de un problema de salud. Por ejemplo: testeos, estudios, diagnóstico precoz.
Prevención terciaria Reducir los efectos de una enfermedad Por ejemplo: rehabilitación para prevenir complicaciones de una patología crónica.	Prevención cuaternaria Evita o atenúa intervenciones innecesarias del equipo de salud. Por ejemplo: detección de pacientes con riesgo de intervenciones excesivas.

Fuente: Burgueño (2015).

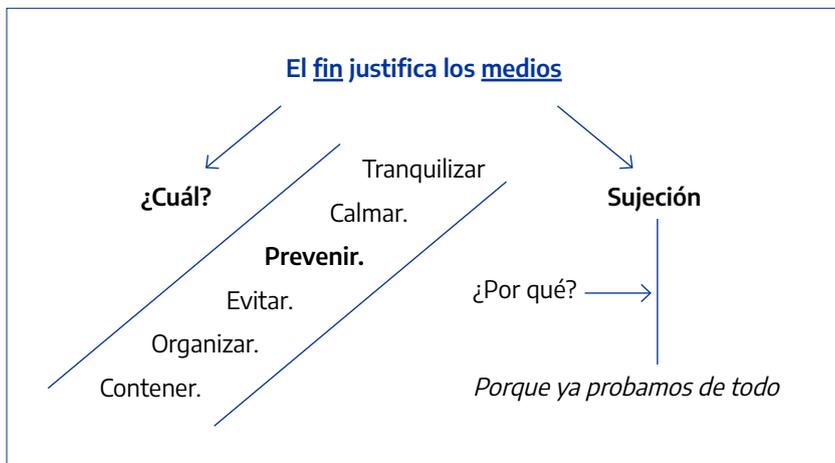
Llegados a este punto, analizaremos un razonamiento habitual en la práctica que propone la perspectiva de la prevención cuaternaria con el objetivo de re-pensar el lugar de las sujeciones.

-El paciente presenta debilidad en tronco y miembros inferiores, por lo que se indica sujeción prolongada en silla y cama para prevención de caída.

-Se indica sujeción prolongada de tipo pretal en cama como tratamiento de prevención de caídas.

Pensemos. Tenemos un fin que justifica el medio. El fin en estos casos: evitar una caída; el medio: la sujeción física. Cabe la pregunta respecto de **cuáles fueron las intervenciones que se realizaron o pusieron en práctica con el objetivo de “prevenir” la caída**. En general, se suele argumentar que ya “se probaron varias estrategias que no tuvieron resultado”.

El siguiente gráfico condensa y sirve para orientarnos sobre cuáles son las diferentes proposiciones a las que se alude o se encuentran involucradas al momento de explicar o justificar una sujeción:



Fuente: elaboración propia

El fin o finalidad de las sujeciones podrían generar todo lo contrario del objetivo que persiguen. Es decir, podemos “evitar” la tan temida caída a costa de sus consecuencias a nivel físico, psicológico y emocional. Como refieren Laurin (2004) **causan más daño que beneficio y atentan contra el principio de respeto a la autonomía de las personas mayores.** También es importante aclarar que, más allá de que logremos un “resultado”, eso no convierte a las sujeciones en algo –éticamente– “aceptable”.

Por último, deberemos ser precisos con aquello que hicimos para prevenir su uso. A continuación, profundizaremos sobre situaciones particulares.

¿Qué personas están en riesgo de usar sujeciones físicas?

Analizar el perfil de la persona que puede llegar a ser sometida a una sujeción física es importante para identificar quiénes presentan un riesgo mayor, tanto por la aplicación como a sus posibles complicaciones. Existen características comunes asociadas con ese riesgo incrementado; de acuerdo con Kirkevold (2004), en general son aquellas personas con:

- Enfermedad de Alzheimer u otras demencias
- Deterioro cognitivo
- Deterioro funcional
- Riesgo de caídas
- Uso de psicofármacos
- Pobreza
- Desarraigo familiar
- Necesidad de cuidados instrumentales
- A cargo de cuidadores no capacitados
- Síntomas conductuales
- Alteración de la movilidad
- Internación en Terapia Intensiva

Resulta relevante destacar que el perfil que se encuentra frecuentemente es el de síndrome geriátrico; lo que permite inferir la importancia de realizar una valoración geriátrica integral por parte de un médico geriatra, en estos casos.

La persona con demencia

Entre las personas con mayor riesgo de sufrir una sujeción física se encuentran aquellas que presentan un deterioro físico; que requieren más ayuda para las actividades de la vida diaria; que evidencian una marcha inestable, riesgo de caída y alteración de la movilidad; que se encuentran medicados con psicofármacos (sobre todo con efectos sedativos). Asimismo, presentan más riesgo de ser sujetadas las mujeres, por ser las más longevas y con mayor prevalencia de deterioro cognitivo, así como quienes no cuentan con apoyo y acompañamiento familiar.

Burgueño (2015) afirma que un paciente con mayor riesgo de excesos médicos es una persona con demencia. Sobre todo, en estadios avanzados. Refiere que dichos “**excesos**” suelen ser más **de manejo y tratamiento** que los relacionados con los procedimientos diagnósticos. Puntualiza que esto se produce ante la presencia de **síntomas conductuales** (agitación, agresividad física y/o verbal, deambulación, conductas vocales disruptivas, alteraciones del sueño, delirios, alucinaciones, ansiedad, depresión).

Estos síntomas se presentan en el 90% de los casos de demencias en algún momento de la evolución de su enfermedad (Ballard, 2009), lo que puede generar situaciones de difícil manejo que conducen tanto al uso de sujeciones como al abuso en la prescripción de psicofármacos (sujeción química); de ahí la frase que mencionábamos más arriba: “Porque ya probamos todo”.

Razones para el uso de sujeciones

En este contexto, veremos en la práctica que son diversas las razones por las que se usan (o justifican) habitualmente las sujeciones físicas y/o químicas.

Muchos profesionales consideran la restricción física como una medida necesaria para **garantizar la seguridad** de la persona atendida, a fin de dar seguridad a los pacientes más frágiles y así **evitar las caídas y lesiones, manejo de la agitación, mantenimiento de sondas o catéteres y proteger los elementos de monitoreo**. En ese sentido, algunos autores sugieren que la contención física se usa, a veces, más por **conveniencia de los profesionales y cuidadores** que por razones terapéuticas o de seguridad. Su uso se asocia también con el **desconocimiento de las consecuencias negativas** de la intervención y con la preocupación o el miedo a litigios, en el caso de lesiones por caídas (Rubin, 2016).

Entre las principales razones se describen las siguientes:

1. Prevención de accidentes, como caídas, en personas con marcha inestable. Sin embargo, no hay evidencias de que la sujeción física reduzca el riesgo de caídas, o prevenga los accidentes, al contrario, se han publicado riesgos y hasta muertes asociadas a su uso (Capezutt, 2002).
2. Uso en personas con deambulación permanente, con riesgo de extraviarse o de acceder a lugares peligrosos.
3. Disminución o contención de las alteraciones de conducta.
4. Mantenimiento de vías periféricas, sondas nasointerales, oxígeno, gastrostomías, sondas vesicales.

Nos centraremos en dos de los puntos mencionados: **personas con deambulación permanente asociado a demencias** y ante la **presencia de alteraciones de la conducta**.

Consecuencias del uso de sujeciones

A pesar de su elevada tasa de prevalencia, numerosos estudios afirman que su aplicación tiene importantes efectos negativos sobre la salud de los pacientes, lo cual incrementa la complejidad y el coste de su asistencia. Entre estos, se encuentran los relacionados con la inmovilidad prolongada como **úlceras por presión, pérdida de masa ósea, sarcopenia, infecciones, hiporexia, deshidratación, estreñimiento, incontinencia**, etc.; también suele **aumentar la confusión y agitación**, al tiempo que genera **humillación, miedo, retraimiento** y otros **trastornos emocionales**.

El uso de restricciones físicas se asocia, además, a otros graves efectos adversos. Una parte de estos ocurre cuando las personas quedan atrapadas por los dispositivos en una posición que genera un **riesgo de asfixia**; también se ha mencionado que la **muerte súbita** de pacientes sometidos a este procedimiento podría relacionarse con el estrés que produce y, por último, estarían las **lesiones por golpes y caídas** referidas a su aplicación.

Si bien estas complicaciones están directamente relacionadas a un aumento en la morbilidad en este grupo de personas, también se ha establecido injerencia en el aumento de la mortalidad. Miles (1992) afirmó que alrededor del **1% de los fallecimientos en centros geriátricos se debía a este motivo**. Por su parte, la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) considera que en EE.UU. se producen anualmente unas 100 muertes o graves lesiones por uso de contenciones (Strumpf, 1997). Por otro lado, Hamers (2005) señaló que alrededor de cuatro personas mayores morían cada año en las residencias de larga estadia de Holanda como consecuencia del uso inadecuado de barras laterales (Hamers & Huizing, 2005).

Mortalidad asociada a mecanismos de sujeción

Describiremos los mecanismos de sujeción que más frecuentemente se asocian con casos de mortalidad:

1. **Asfixia mecánica:** un mecanismo de sujeción mal colocado podría ocasionar en la persona sujeta una presión en cuello, tórax o parte superior del abdomen, al dificultar la entrada de aire en los pulmones. La asfixia suele ser causada por:
 - a. **Estrangulación:** El dispositivo comprime el conducto aéreo contra el plano prevertebral, lo que causaría una anoxia de origen respiratorio. La presión sobre estructuras adyacentes también podría provocar una isquemia encefálica, o incluso un síncope vasovagal si afectase al seno carotídeo.
 - b. **Asfixia postural o posicional por suspensión:** La persona queda colgada del mecanismo, normalmente a nivel del tórax o de la zona abdominal, posición que dificulta la inhalación y reduce el volumen pulmonar. El cuadro suele agravarse por el peso que ejerce la persona mayor contra la restricción, o si la cabeza queda en un plano inferior al cuerpo; la hiperflexión de esta sobre el cuello también obstruiría la entrada de aire.
 - c. **Sofocación por compresión toraco-abdominal:** Puede ocurrir cuando la persona queda atrapada en alguna parte de la cama, como por ejemplo entre el colchón y la barra lateral, lo que generará una presión sobre el tórax, dificultando su expansión y, por tanto, la inspiración pulmonar. Además, las personas atadas suelen acabar con la cara aplastada contra el colchón y uno de los brazos colocado bajo el cuerpo, lo que les impide agarrarse a algo para liberarse.
2. **Muerte súbita:** Diversos trabajos señalan que la restricción física causa en muchas personas **un gran estrés físico y emocional**, acompañado de **ansiedad intensa, resistencia y agitación**. Esto desencadenaría una fuerte descarga de glucocorticoides y catecolaminas, las cuales podrían sobreestimular el corazón y provocar una arritmia fatal en pacientes con enfermedad vascular previa (Kapp, 1996) (Hamers, 2004).

Otras posibles complicaciones que se pueden dar producto de las medidas de sujeción física son:

- **Lesiones por caídas y golpes:** Son frecuentes los traumatismos que siguen al intento de la persona de salir de la cama pasando por encima de la **barra lateral**, la cual suele agravar las consecuencias al incrementar, de forma considerable, la distancia al suelo. El **uso de cinturones o chalecos de restricción** en personas sentadas tampoco elimina el riesgo de caídas.
- También se han descrito otro tipo de lesiones como **laceraciones, hematomas e incluso luxaciones o fracturas** producidas tras golpearse contra las barras laterales, así como **daños en el plexo braquial**, debido a la presión de chalecos de restricción que se deslizaron a la zona axilar, o en los nervios cubital o radial por uso de muñequeras.

Si bien el número de incidentes es bastante reducido con respecto a la elevada prevalencia de uso de restricciones, no puede obviarse que todo efecto adverso asociado con un procedimiento pensado para la seguridad de la persona mayor cuidada es siempre significativo.

¿Qué podemos hacer para evitarlas?

Una vez mencionadas las graves consecuencias que acarrea la práctica de uso de sujeciones físicas, consideramos de gran importancia la implementación de intervenciones alternativas.

Desde la perspectiva de la prevención cuaternaria, no solo cabe exponer el problema, sino también implicarse como parte de una potencial solución. La mayor parte de las recomendaciones para reducir las restricciones físicas en las residencias de personas mayores no se adhirió a métodos científicos rigurosos (Möhler & Meyer, 2015). En este marco, consideramos que existen dos claves para evitar sujeciones: comprensión y prevención (Evans & Cotter, 2008).

Es importante aquí ubicar a la **amplia gama de intervenciones psicosociales** como parte fundamental del tratamiento (Health Quality Ontario, 2008), que se diseñan **interdisciplinariamente**, porque se utilizan a partir de –y desde– la persona para aliviar la carga y el estrés que genera el “manejo” de la persona con demencia (Mune & Pisa, 2015).

Deben utilizarse siempre como primera opción, y reservar la prescripción del psicofármaco para aquellas situaciones en las cuales estas medidas resultaron insuficientes (Mintzer et al, 2000).

Pensar la aproximación psicosocial de los síntomas conductuales y psicológicos nos permite aliviar el sufrimiento, reducir la carga, el malestar y la angustia que pueden generar los pacientes con demencia. Asimismo, proporciona al personal un sentido de control de la situación y reduce las expectativas poco realistas de los resultados inmediatos (Omelan, 2006).

¿A qué llamamos síntomas psicológicos y conductuales?

Es una actividad inapropiada verbal o motora que no es juzgada por un observador externo como un resultado evidente de necesidades o de confusión de la persona cuidada. Es decir, que la reacción de la persona es desmedida, exagerada o inadecuada y no tiene un desencadenante que la justifique.

¿Cuáles son los síntomas que lo conforman?

Psicológicos	Conductuales
<ul style="list-style-type: none">• Delirios• Alucinaciones• Falsos reconocimientos• Ansiedad• Depresión• Apatía	<ul style="list-style-type: none">• Vagabundeo (wandering)• Agitación (actividad motora o vocal inapropiada que no se debe a un síndrome confusional o necesidad de la persona mayor; pueden ser agresivas o no agresivas)• Reacciones catastróficas• Quejas/acusaciones• Desinhibición• Negativismo

Desencadenantes de los síntomas psicológicos y conductuales

Desde un punto de vista clínico y práctico, consideraremos una intervención como parte de una aproximación psicosocial, en la medida que se hayan contemplado, en primer lugar, los probables desencadenantes de los síntomas psicológicos y conductuales. Cohen-Mansfield (2001) sugiere los siguientes modelos teóricos:

1. **Las “necesidades insatisfechas”.** Personas con cuadros de demencia avanzada, algo frecuente en las residencias de larga estadía, evidencian dificultades para expresarse; situación que puede traducirse en lo cotidiano como perseveraciones, preguntas repetidas e incesantes, quejidos, gritos, agresividad.
2. **Un modelo conductual de aprendizaje.** Se refiere a la presencia de una conducta “inapropiada” que se refuerza a partir de la obtención de un resultado por parte del paciente, como sería el hecho de recibir, a partir de dicha conducta, una asistencia determinada, ya sea de la persona cuidadora, del personal de enfermería, incluso la visita o mayor presencia familiar.
3. **Un modelo de vulnerabilidad ambiental.** Alude a la sensibilidad que presentan las personas con demencia a descompensarse frente a un cambio de cualquier índole: del ambiente (habitación, lugar en el comedor, compañero de mesa), de la persona que la asiste, de los profesionales, de un horario, etc.
4. **A causa de la evolución de la demencia.** Una vez descartadas las causas que se expusieron, se puede pensar que el “síntoma” psicológico o conductual se debe a la evolución de la enfermedad.

Estos modelos nos permiten ubicarnos al momento de llevar a cabo la semiología correspondiente del **síntoma**; así como constituir un punto de partida para pensar el marco en el cual se pueden llegar a indicar las sujeciones físicas.

Es importante profundizar sobre el **patrón** con el cual se presentan los síntomas; es decir, su **frecuencia** y probables **desencadenantes** que puede brindar uno u otro modelo teórico –siempre– **desde la singularidad de la persona**. De esta manera, nos permitirá cumplir con el objetivo que nos planteamos desde el principio: **llevar a cabo una aproximación psicosocial del problema o síntoma y realizar a partir de ahí intervenciones personalizadas**.

Teniendo en cuenta la naturaleza compleja y desafiante que nos plantean las demencias y –dentro de estas– los síntomas psicológicos y conductuales, el tratamiento y manejo de las personas mayores deben ir más allá del abordaje farmacológico y de las sujeciones físicas. En esta línea, la aproximación psicosocial tiene como objetivo permitir el **diseño de intervenciones específicas para aliviar la carga y el estrés de cuidar**, aspectos esenciales para las personas encargadas del acompañamiento y asistencia de la persona con demencia en residencias de larga estadía.

Cuestiones éticas

En el artículo “Las elecciones responsables frente a las supersticiones académicas”, Klimovsky (1996) refiere que el problema de la Medicina es que, ante un síntoma, un síndrome o una enfermedad (una problemática), el médico tiene que elegir un curso de acción y según cómo lo lleve a cabo tendrá efectos positivos o negativos. Esto nos ubica frente a una responsabilidad desde el punto de vista ético: hablamos de elecciones que pueden involucrar grandes cambios, como sería el hecho de sujetar a una persona. Para Klimovsky existen **tres factores de conocimiento y filosóficos** al momento de tomar una decisión:

1. En primer lugar, **proponer un objetivo frente a una decisión**. El paso inicial, aquí, consiste en preguntarnos si desde un punto de vista lógico **hay o no contradicciones**, a partir de las deducciones y creencias que están involucradas en el objetivo. Si las hubiere, el objetivo se torna inaplicable. Con relación a la restricción física entre otras preguntas surgen las siguientes: **¿son claras sus indicaciones?, ¿se usa de manera adecuada?, ¿existen alternativas?, ¿existe o es conocido el protocolo por quienes la llevan a cabo?, ¿es aceptada por los propios profesionales, pacientes y allegados?** (Fernández Rodríguez & Zabala, 2014).
2. En segundo lugar, si las posibles elecciones no fueron rechazadas por la lógica; es decir, tenemos una elección que no es contradictoria, entra en juego el conocimiento. Porque si no existe un **marco de conocimiento científico adecuado** que nos indique lo que es fácticamente posible de llevar a cabo, la decisión pasa a ser algo hecho casi al “voleo”, una especie de apuesta azarosa que puede terminar mal. **¿De dónde proviene parte del conocimiento que utilizamos con relación a las sujeciones?** En general, la información es escasa y se focaliza en las consecuencias negativas que generan su uso (Hofmann & Hahn, 2014).

3. En tercer lugar, una vez eliminadas las elecciones y objetivos que la lógica y el conocimiento consideran inaceptables; es ahí donde **entra en juego la dimensión ética**. Esta nos permitirá valorar, en definitiva, la importancia o conveniencia de las elecciones restantes: sabemos que no existe un método ni una forma específica para dejar de usarlas; tampoco para persistir en su uso. Evitarlas y/o prevenir su uso es, en palabras del Dr. BURGUEÑO, **una “cuestión de actitud”**. Es decir, constituye una postura en la que el cuidado de la persona mayor con demencia no contemple las sujeciones como intervención. Una postura que nos involucra e incumbe: requiere por parte de nosotros y nosotras establecer un puente entre la bioética y la prevención cuaternaria que evite, en fin, el uso de las sujeciones.

Sobre este particular, Badiou (2006) recomienda:

La posición ética no renunciará jamás a buscar en esa situación una posibilidad hasta entonces inadvertida. Aunque esa posibilidad sea ínfima. Lo ético es movilizar, para activar esa posibilidad minúscula, todos los medios intelectuales y técnicos disponibles. Solo hay ética si el equipo de salud, día tras día, confrontado a las apariencias de lo imposible no deja de ser un creador de posibilidades.

Por su parte, Robert Perske utilizó la expresión **“dignidad de riesgo”**, para aludir al hecho de que “hay dignidad en tomar un riesgo y puede haber una indignidad deshumanizadora en la seguridad” (González & Mercado, 2019). En nuestro caso, en la “seguridad” que aportarían las sujeciones.

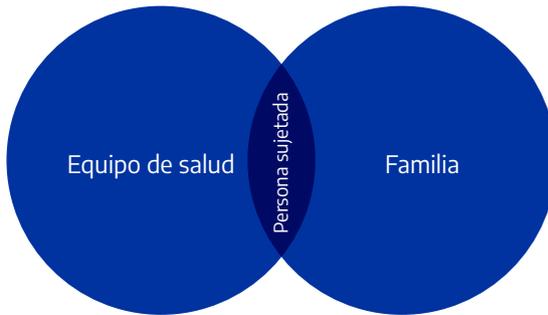
Actores involucrados en la sujeción física

En la experiencia de sujeción además de la persona mayor, están involucrados la familia, el equipo médico, el personal que realiza el cuidado, entre otros. Cada uno de ellos percibe esta práctica de manera singular. A continuación, describimos algunas de las percepciones o reacciones de cada uno de los actores relacionados con las sujeciones.

 <p>La persona sujeta</p>	<p>Algunas personas relatan sentirse “encarceladas”, “disminuidas”, “encadenadas”; otras reaccionan al principio, luchan, hasta que “se entregan o agotan”. A muchas, el uso de estos métodos les provoca sentimientos de vergüenza, de pérdida de dignidad e identidad, acompañados de un aumento de ansiedad y de agresividad, generando también aislamiento social.</p>
 <p>La familia</p>	<p>De la limitada investigación acerca de la experiencia de familiares de personas con sujeción física se desprende que está principalmente asociada a la idea de finalidad. Se han descrito expresiones tales como: “No creo que lo que le están haciendo lo ayude”. La mayoría de los familiares consultados expresaron la necesidad de apoyo emocional para poder ver a su familiar “atado”.</p>
 <p>El personal de enfermería y cuidadores:</p>	<p>Algunas personas refieren el temor a que la persona a su cargo pueda caer, con las consecuencias posibles, pero además con el temor a ser responsabilizados de ese evento. Es por ello que, en estos casos, la sujeción física puede ser percibida como una herramienta de “seguridad jurídica” para el personal de salud, más que una necesidad terapéutica de las personas a su cargo. Refieren sentimientos ambiguos y hasta contradictorios, habitualmente desconocen alternativas y manifiestan disgusto al tener que usarla.</p>

Cochrane identificó solo cinco estudios controlados aleatorizados de intervenciones para eliminar el uso de sujeciones físicas en RLE. Este meta-análisis sistemático reveló resultados inconsistentes e insuficientes con respecto a la efectividad de las intervenciones para prevenir y reducir el uso de las mismas (Möhler et al, 2011). Se destaca que, a pesar de los esfuerzos, el personal todavía enfrenta muchas dificultades para cambiar la práctica.

Actores involucrados



Fuente: imagen propia

La interacción de los actores involucrados no está exenta de una complejidad: la incumbencia de cada uno de los que intervienen. Son frecuentes comentarios del estilo: “La familia prefiere la sujeción a que vuelva a su casa”, “La familia lo pidió”, “Prefiero sujetarlo a la silla antes que comerme un juicio de la familia si se llegara a caer”. En este marco cabe preguntarse **¿de quién es en definitiva la indicación?**; así como, **¿de quién es en definitiva la responsabilidad?** Desde ya que la responsabilidad siempre recaerá en el equipo de salud, no obstante, la idea de preguntarnos de manera más amplia tiene como objetivo, justamente, el involucramiento de todas las personas.

Conclusiones

Evitar el uso de las sujeciones físicas implica una postura ética. En palabras del Dr. Burgueño, como vimos, es una cuestión de actitud. El punto de partida de dicha postura o actitud es el conocimiento de la problemática de las sujeciones en su conjunto, que contemple las diferentes aristas que se encuentran involucradas. **Las sujeciones físicas constituyen una práctica cuestionada, porque atenta contra los derechos fundamentales y, por lo tanto, tiene implicancias éticas y morales.**

La situación, como miembros del equipo de salud, nos implica e interpela. Nuestro objetivo fue desarrollar y profundizar diferentes cuestiones que consideramos necesarias tener en cuenta para pensar el uso de las sujeciones y, a partir de ahí, evitarlas o, llegado el caso, dejar de utilizarlas como una intervención “naturalizada” frente a una persona agitada, por ejemplo. Esto es equivalente a pensar que a una persona deprimida simplemente se le indique un antidepresivo.

Como mencionamos anteriormente, es importante considerar que todo efecto adverso asociado con un procedimiento pensado para la seguridad de la persona atendida es siempre significativo. Por lo tanto, consideramos que el énfasis debe estar puesto en la búsqueda de alternativas adecuadas a su uso. No debe usarse en forma rutinaria e indiscriminada, prolongada o por conveniencia, por presión familiar o por inseguridad profesional.

Las personas mayores son particularmente vulnerables al paternalismo-proteccionismo, y a la manipulación y restricción de su libertad, con vulneración de su autonomía. Esto constituye razón suficiente para extremar el cuidado del uso de sujeciones, tanto físicas como químicas, a casos excepcionales.

Bibliografía

Badiou, A. (2006). Reflexiones sobre nuestro tiempo. Buenos Aires: Ediciones del Cífrado.

Ballard, C.; Corbett, A.; Chitramohan, R. y Aarsland, D. (2009). Management of agitation and aggression associated with Alzheimer's disease: controversies and possible solutions. *Current Opinion in Psychiatry*, 22:532-540.

Burgueño, A. A. (2015). Prevención Cuaternaria en Demencias: Excesos asistenciales en personas con demencia. *Neurama*, (2)1:46-64.

Capezutt E. Maislin G, Strumpf N, et al (2002). Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*, 50: 90-6.

Churchill, M.; Safaoui, J.; McCabe, B. y Baun, M. (1999). Using a therapy dog to alleviate the agitation and desocialization of people with Alzheimer's disease. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 37(4):16-22.

Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviours in dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*, 9(4): 361-81.

De Vito, E. L. (2013). Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. *Medicina*, 73(2):187-90.

Evans. L.K.; Cotter, V.T. (2008). Avoiding restraints in patients with dementia: understanding, prevention, and management are the keys. *Am J Nurs*, 108(3): 40-9.

Feng, Z.; Hirdes, J.P.; Smith, T.F. y otros (2009). Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 24(10): 1110-8.

Fernández Rodríguez, A., Zabala Blanco, J. (2014). Restricción física: revisión y reflexión ética. *Gerokomos*, 25(2): 63-67.

González Casas, D.; Mercado García, E. (2019). El modelo social como perspectiva de intervención desde el trabajo social en personas con la capacidad modificada. *Revista Española de Discapacidad*, 7(1): 241-249.

Hamers, J.; Gulpers, M.; Stirk, W. (2004). Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *J Adv Nurs*, 45:246-51.

Hamers, J.P., Huizinga, A.R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr*, 38(1): 19-25.

Health Quality Ontario (2008). Caregiver- and patient-directed interventions for dementia: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*, 8(4): 1-98.

Hofmann, H.; Hahn, S. (2014). Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *J Clin Nurs*, 23(21-22): 3012-24.

Kapp, M.B. (1996). Physical restraint use in critical care: Legal issues. *AACN Clin Issues*, 7: 579-584.

Kirkevold, O.; Sandvik, L.; Engedal, K. (2004). Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, 19: 980-8.

Klimovsky, G. (1996). Las elecciones responsables frente a las supersticiones académicas, *Conversaciones sobre ética y salud*. Buenos Aires: Centro editor de la Fundación Favaloro, 53-65.

Laurin, D. y otros (2004). Physical restraint use among nursing home residents: A comparison of two data collection methods. *BMC Nurs*, 15, 3(1):5.

Livingston, G. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet*. 16; 390(10113): 2673-2734.

Meyer, G.; Köpke, S.; Haastert, B. y Mühlhauser, I. (2009). Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs*, 18: 981-90.

Miles, S.H.; Irvine, P. (1992). Deaths caused by physical restraints. *Gerontologist*, 32: 762-6.

Mintzer, J. F.; Mirski, D.; Hoernig, K. (2000). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a practicing psychiatrist's viewpoint. *Dialogues Clin Neurosci*, 2(2):139-55.

Möhler, R. y otros (2011). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. *Cochrane Database Syst Rev*, (16)2.

Möhler, R.; Meyer, G. (2015). Development methods of guidelines and documents with recommendations on physical restraint reduction in nursing homes: a systematic review. *BMC Geriatr*, 21;15:152.

Mune, L.; Pisa, H. (2015). Aproximación psicosocial de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias en las instituciones geriátricas. *Vertex*, 26(120): 115-9.

Noble, M. (2015). Prevención cuaternaria: un intento de evitar los excesos de la medicina. *Vertex*, 26(123):343-9.

Omelan, C. (2006). Approach to managing behavioural disturbances in dementia. *Can Fam Physician*, 52:191-9.

Pisa, H.; Agrest, M. (2015). Prevención cuaternaria en Salud Mental. *Vertex*. 26 (123):340-342.

Rubin, R. (2016). Problemas frecuentes en el adulto mayor: Contención física en los ancianos institucionalizados. Programa de Cuidados del Adulto Mayor. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Strumpf, N.; Evans, L.; Capezuti, E. y Maislin, G. (1997). Consequences of hospital restraint use for older nursing home residents. *Gerontologist*, 37: 252.

Whitehouse, P.J. (2000). Ethical issues in dementia. *Dialogues Clin Neurosci*, 2(2):162-7.

Ziman, J. (1972). El conocimiento público. México, DF: Fondo de Cultura Económica.



Módulo 3:

Alternativas para evitar el uso de sujeciones



Dra. Sonia Irene Hanine

Médica egresada de la UBA. Residencia en Medicina interna y jefatura de residentes. Especialista en Geriátría y Gerontología (SAGG). Miembro de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría. Miembro del grupo DESATAR Argentina.

Lic. Sandra Claria

Licenciada en Terapia Ocupacional. Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional (2010) Universidad Nacional de Mar del Plata. Diplomada en Psicogerontología para la Atención Integral Centrada en la Persona (2020). Universidad Maimónides y Fundación Pilares (España). Miembro del capítulo de Gerontología de la Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales (AATO). Miembro del grupo DESATAR Argentina. Coordinadora del Servicio de Terapia Ocupacional del Hogar Ledor Vador.

Introducción

En aquellas instituciones, cuyo enfoque de trabajo contempla a la seguridad como eje principal en la atención, es muy común la utilización de sujeciones mecánicas/físicas en personas mayores que padecen demencia para controlar alteraciones conductuales, evitar la deambulación errática y prevenir situaciones de riesgo.

Dado que las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia son especialmente vulnerables a recibir un trato que no respete su dignidad, es imperioso el **cambio de la cultura del cuidado**.

Es fundamental acompañar a las organizaciones, sus profesionales y trabajadores en la búsqueda de nuevas estrategias para transitar hacia un cuidado focalizado en valores, donde se evite una excesiva protección. Si bien la seguridad es un eje a tener en cuenta, no lo es a cualquier precio.

Está comprobado que las sujeciones físicas, lejos de garantizar la seguridad, conllevan claros riesgos físicos y psicológicos para la persona sometida a esta práctica, porque afecta su calidad de vida (Burgueño, 2014).

El objetivo principal de toda estrategia, tal como lo describe el Comité Interdisciplinar de Sujeciones (SEGG, 2014), reside en **fomentar entornos seguros en los que se pueda cuidar a las personas mayores sin necesidad de ser restrictivos**. Para poder generar espacios seguros debemos hacerlo desde una **perspectiva interdisciplinaria**, en la cual, a partir de la valoración geriátrica integral, las distintas disciplinas puedan aportar ideas concretas, fácilmente realizables, al alcance del centro, que sean creativas y flexibles al cambio. Ello, sin necesidad de incrementar los gastos ni los recursos materiales, con el compromiso del equipo a partir de la capacitación y del principio de brindar un cuidado digno.

Entornos seguros

Diversos autores (Lawton,1970; Tilly y Reed, 2004) han descrito la importancia de considerar a la persona y su comportamiento como resultantes del dinamismo de una **triada**, compuesta por **la persona, el ambiente físico y el ambiente social**. En tal sentido, en la valoración geriátrica integral cobra importancia la singularidad de la persona, sus capacidades, habilidades, necesidades, historia, intereses y cómo estas se relacionan con los **entornos que pueden ser facilitadores o inhibidores de la persona mayor**, como base para pensar toda estrategia (Domínguez, 2014).



Para fomentar entornos seguros, en los que se pueda cuidar a las personas mayores dependientes, sin necesidad de restringirlos, es indispensable trabajar de manera interdisciplinaria, lo cual implica abordar los entornos físicos y capacitar a todo el personal que tenga contacto con las personas mayores.

A tales efectos, se sugiere:

- Instrumentar **un modelo de atención centrado en la persona**: conocer su historia, establecer la organización diaria en base a su rutina, favorecer habilidades y desempeño de la persona mayor. Planificar en clave individual.
- **Comunicación asertiva, escucha, empatía**: fomentar el vínculo para detectar comportamientos que queremos resaltar y aquellos a modificar en favor del cuidado de la persona mayor.
- **Ambiente físico y social: accesible y favorecedor**. Detectar aquellos aspectos del entorno próximo que benefician o dificultan el comportamiento de la persona mayor; a fin de efectuar las modificaciones pertinentes para beneficiar siempre un desempeño seguro y un entorno amigable.
- **Reevaluación constante de la estrategia aplicada**: evaluar el impacto resultante de su aplicación, considerando la necesidad de cambio, ajustes y permanencia en el tiempo.

Algunas alternativas

Si queremos lograr el objetivo de **brindar cuidados dignos** que respeten los derechos de las personas mayores, es crucial que logremos **implementar alternativas al uso de sujeciones físicas**.

Comprendemos que la toma de decisiones es difícil, por lo que nos proponemos acercarnos, de forma ordenada y clara, todas las intervenciones conocidas hasta el momento que podemos realizar ante una situación particular. A modo ordenador, clasificaremos las **intervenciones según la causa** más frecuente para el uso de las sujeciones mecánicas. Entonces, hablaremos de alternativas frente a personas con deambulación errática o wandering, personas con dificultad para mantener posición anatómica en sedestación, personas con requerimiento de instrumentación médica (sondas de alimentación, accesos venosos, traqueotomía, etc.) y personas con riesgo de caídas.

Personas con deambulación errática, *wandering*



Ambientes seguros

Evitar muebles bajos, con ruedas, alfombras móviles.



Organización de rutinas

Jardinería, actividades de cuidado del hogar, etc.



Anticipación de necesidades

Organizar rutinas de micción/defecación.



Señalización del ambiente

Altura correcta y con buen contraste de fondo de la cartelería.



Implementación de productos de apoyo

Sensores de movimiento/peso.



Organización de rutinas nocturnas

Armado de cajas personalizadas para residentes con despertares nocturnos.



Áreas especiales para deambulación

Armado de circuitos seguros tanto internos como al aire libre, con espacios de descanso (bancos y/o sillas ver que tengan una altura adecuada).

Personas que tienen riesgo de caídas

Como se mencionó, la justificación principal para el uso de sujeciones radica en evitar caídas, lesiones, por lo que mencionaremos algunos ejes de cuidado sin sujeciones.



Entrenamiento físico

Entrenamiento físico: rutina de ejercicios para el fortalecimiento muscular y del equilibrio.



Entorno amigable y seguro

Evitar desniveles entre ambientes, alfombras despegadas, cables en el piso. Ambientes ordenados, pasamanos fácilmente identificables, buena iluminación.



Indumentaria

Talle adecuado. Examinar periódicamente el estado de las suelas y agarre del calzado. Revisar dobladillos y largo de los pantalones. Evitar prendas pesadas que limiten el movimiento. Preferir cinturas elásticas antes que botones, cierres o cinturones ya que promueven autonomía e independencia.



Altura de la cama

Si la persona se incorpora sola, debe estar a 45 cm del piso, es posible que necesite media baranda para incorporarse. Si no deambula, se recomienda que sea lo más baja posible y piso acolchado. Se recomienda: cama articulable de altura regulable.



Urgencias miccionales nocturnas

Urgencias miccionales nocturnas: Equipar la habitación con luz nocturna, cinta antideslizante del lado que se levanta de la cama. Rutina de micciones e higiene del sueño.



Utilizar técnicas de comunicación para comprender qué necesidad se encuentra insatisfecha

(Imágenes: <https://residenciamanantial.com.ar>)

Personas con dificultad para mantener posición anatómica en sedestación



Sillas de ruedas

Luego de una exhaustiva evaluación, seleccionar la silla que mejor se adapte a las necesidades y características antropométricas de la persona mayor. Verificar altura, apoyabrazos, reposapiés (ver que respete angulación anatómica del pie). De no contar con una silla apropiada, efectuar las adaptaciones necesarias. Muchas personas utilizan sillas de ruedas del tipo trasladados en forma permanente. Esto hace que se gaste el asiento y no garantice una buena postura en sedestación.



Deslizamientos

Se recomienda usar sillas de ruedas tilt, butacas inclinadas, almohadones en cuña hacia atrás. Prendas de vestir confeccionadas con telas texturadas (evitar lycra, seda, etc.). Colocar tapete antideslizante en el asiento que favorezca el agarre.



Inclinación del tronco

Si es hacia adelante, usar silla de ruedas respiratoria con inclinación 100/110°, sillones posturales. Si la inclinación es lateral, optar por sillas de ruedas con tilt, cuña en asiento para compensación y acolchar los laterales.

Personas con requerimiento de instrumentación médica (sondas de alimentación, accesos venosos, traqueotomía, etc.)

Acciones, recomendaciones	Ejemplos
<p>Accesos venosos (ev) y subcutáneos (sc) para hidratación: Se sugiere la vía subcutánea que resulta menos invasiva, acceso por la propia persona más limitado, permite mantener la movilidad (libertad) cuando no está siendo usada.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Utilizar región supraescapular (sc), fijar con apósitos autoadhesivos transparentes.• Utilizar dispositivos símil coderas, de textura suave y blandos para el caso de ev.
<p>Sonda nasogástrica y/o gastrostomía</p>	<ul style="list-style-type: none">• Adecuada fijación de la sonda para evitar que el paciente la vea.• Coderas en los momentos donde no se pueda supervisar o vigilar a la persona.• Utilizar fajas abdominales para reducir riesgo de autoextracción de gastrostomía.• Evitar sonidos alarmantes de las bombas de alimentación (anticiparse).
<p>Traqueotomía, cánulas nasales, máscaras con reservorio</p>	<ul style="list-style-type: none">• Asegurar adecuadamente el collarín, reduciendo la presión de apoyo.• Higiene periostomal, control de posibles infecciones o lesiones que generen malestar a la persona.• En sedestación, utilizar mesas sensoriales para disuadir la manipulación del circuito cerrado en caso de que la persona lo corte.

Problemas comunes en entornos residenciales

No podemos dejar de señalar algunas situaciones comunes que se presentan en residencias de larga estadia, derivados del propio espacio.



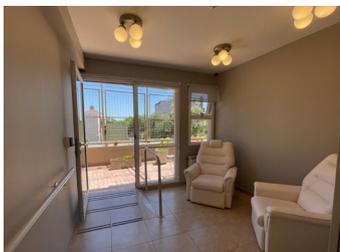
Señalización deficiente

Suele estar ausente o no acorde a las necesidades de las personas mayores. Se recomienda para la cartelería elegir tipografía Sans Serif con un fuerte contraste con el fondo seleccionado, si es posible acompañar con imágenes claras. Deben favorecer la accesibilidad.



Pisos

Prestar especial atención. Evitar cerámicos brillantes, porcelanato o pisos encerados ya que son muy resbaladizos. Algunos diseños pueden confundir a la persona mayor, ej. pisos de granito; que puede generar una percepción incorrecta (creer que hay insectos) o ser muy intrincados y confundir. Colocar antideslizantes, evitar desniveles.



Iluminación

Preferir la iluminación natural. La luz artificial debe ser cálida, que no genere sombras.



Decoración

Preferir la ambientación hogareña más que el diseño hotelero. Diseñar espacios que inviten a la actividad.

(Imágenes: <https://residenciamanantial.com.ar>)

Conclusiones

Se puede cuidar sin sujeciones; la sintomatología conductual problemática asociada al deterioro cognitivo puede abordarse sin la utilización de sujeciones físicas ni químicas, favoreciendo el desarrollo del paciente como persona libre y con derechos. Las estrategias pueden ser ilimitadas, estas son solo recomendaciones basadas en nuestras experiencias. Cada organización hallará aquellas que respondan a sus necesidades y a las de la persona mayor dependiente.

Cabe recordar que estas tendrán una duración limitada debido a que el cuadro que presenta la persona mayor suele ser dinámico, por ello, será necesario ajustarlas o implementar otras que se adecúen al nuevo status. La creatividad es la clave que permitirá nuevos abordajes terapéuticos, mediante soluciones novedosas de alta tecnología o de bajo costo.

Las sujeciones físicas pueden eliminarse, aumentando el bienestar, la dignidad y la calidad de vida de las personas mayores.

Bibliografía

Peisah, C; Skladzien, E. (2014). The use of restraints and psychotropic medications in people with dementia. Talking about Alzheimer´s Australia. Paper 38.

Burgueño, A. (2014). Evidencias sobre el uso de sujeciones. Guía para personas mayores y Familiares .Madrid: CEOMA.

Comité interdisciplinar de Sujeciones. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, SEGG (2014). Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. Madrid: SEGG.

Domínguez-Ardila, A.; García- Manrique, J.G. (2014). Valoración Geriátrica Integral. Aten Fam, 21(1), 20-23.

Rodríguez Sánchez, M.I.; Rodríguez Cabello, M.P. y Martínez Martin, M. L. (2021). Modelo de cuidados sin sujeciones en residencias de ancianos. Revisión narrativa. Gerokomos, 32(4), 238-244. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000500238&lng=es&nrm=iso>. Epub 17-Ene-2022. ISSN 1134-928X.



Módulo 4:

La verdadera relación entre sujeción física y caídas



Mariana Sorrentino

Lic. en Kinesiología y Fisiatría. Esp. en Kinesiología Cardiorrespiratoria. Diplomada en Gerontología (SAGG). Miembro del Grupo DESATAR Argentina. Postgrado en Reeducción Postural Global. Kinesióloga de planta del Hogar LeDor VaDor.

Introducción

Las caídas de personas mayores, tanto institucionalizadas como en cuidados domiciliarios, suele ser una de las principales preocupaciones de familiares, asistentes y profesionales de la salud. En este sentido, se hace necesario abordar la temática de una manera responsable y desde una perspectiva que contemple a la persona mayor como sujeto de derecho priorizando la dignidad y la calidad de vida.

La justificación principal para el uso de sujeciones radica en evitar caídas, lesiones y para el manejo de la agitación y agresividad. En el presente módulo, veremos el tema de caídas, factores de riesgo y predisponentes, su relación con las sujeciones, y cómo abordar el problema en un contexto libre de sujeciones.

¿Qué entendemos por caída?

Es necesario comenzar por definir caídas y los factores de riesgo que las predisponen. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las caídas se definen como **acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga** (OMS, 2018). Aunque una definición más completa es considerarlas como **consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo por debajo de un nivel postural previo, en contra de su voluntad, lo que ocurre de forma repentina, involuntaria e insospechada**, pudiendo ser confirmado por el paciente o por un testigo (López Locanto, 2011).

Sin dudas es un fenómeno que aumenta su frecuencia a mayor edad y deterioro cognitivo. **El 50% de los residentes en instituciones de larga estadía se caen cada año.** De ese porcentaje es esperable que el **25% reitere el evento entre una y cinco veces más en el año**, que conforma el grupo denominado **“caedor recurrente”** (Berry, 2017). Por otro lado, los porcentajes aumentan en personas con deterioro cognitivo, un 40 y un 80% de los adultos mayores con esta condición sufren caídas cada año (Profound, 2015).

¿Cuáles son los factores de riesgo de las caídas?

Aquellas características o sucesos que aumenten las probabilidades de sufrir una caída se entenderán como factores de riesgo y se los puede clasificar de diferentes maneras, como, por ejemplo, intrínsecos y extrínsecos.

Factores de riesgo intrínsecos	Factores de riesgo extrínsecos
Aluden a las características propias de la persona, por ejemplo, edad, antecedentes de caídas previas, reducción de la agudeza visual, deterioro cognitivo, enfermedades crónicas neurológicas, óseas, articulares, polifarmacia, entre otras.	Aquellos que tienen que ver con el entorno; por ejemplo: obstáculos, falta de iluminación, pisos resbaladizos, calzado inadecuado, poca o ninguna señalización, poco o ningún mantenimiento de ayudas para la marcha (gomas gastadas, frenos deteriorados de sillas de ruedas, etc.).

Sin embargo, una manera eficaz en la práctica de entender los factores de riesgo es pensarlos como modificables y no modificables.

Factores de riesgo modificables	Factores de riesgo no modificables
Polifarmacia, ambiente, rutina, status funcional mediante rehabilitación/entrenamiento.	Edad, comorbilidades, status cognitivo.

Siempre debemos tener en cuenta que las caídas son un fenómeno **multifactorial** y complejo que puede verse agravado por la falta de comunicación entre el personal de una institución.

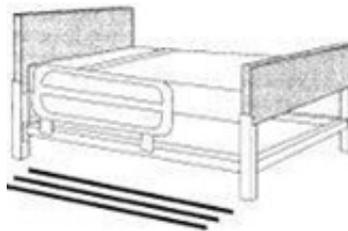
Un mecanismo frecuente de caída se da al momento de la transferencia, en cualquiera de sus variantes: cama-silla de ruedas, silla-inodoro; de hecho, el 50% de las caídas en instituciones de larga estadía ocurren en situación de transferencia (Burgueño, 2015). En este caso, existen factores de riesgo modificables como la técnica y los dispositivos de transferencia que usa el asistente en personas dependientes. En el caso de personas autoválidas, se puede modificar el entorno para reducir los factores de riesgo a través del concepto de **“ambiente facilitador”**.



Transferencia

Ambiente facilitador:

Algunos ejemplos consisten en poner la mirada en una correcta altura de la cama, utilizar el acceso a la cama por el lado más habitual para la persona, colocar cintas antideslizantes en el piso, barandas bastón, iluminación nocturna, pensar rutinas adecuadamente adaptadas a las necesidades de la persona. Una correcta evaluación funcional es fundamental para ver con cuál de estos ejemplos podría beneficiarse.



Cintas antideslizantes del lado habitual de ingreso y egreso de la cama.

Fuente: Burgueño, 2017.



Baranda bastón: baranda corta utilizada para asistir el ingreso y egreso de la cama. Fuente: Burgueño, 2017.

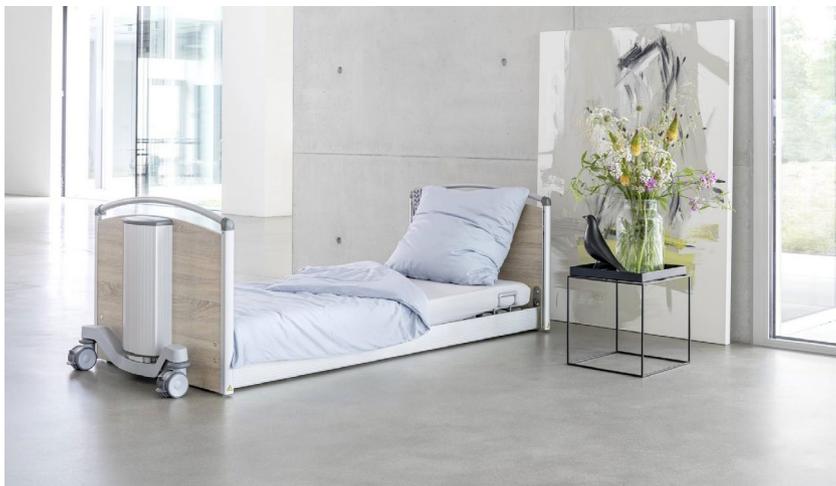
Asimismo, otro concepto fundamental, acuñado por el Dr. Antonio Burgueño, es el de **“seguridad física pasiva”**, bajo este término entendemos todas **aquellas acciones que modifiquen el ambiente a fin de disminuir las consecuencias de una caída**. Por ejemplo: camas ultra bajas para personas con deterioro cognitivo, chichoneras, pisos blandos, colchones en el piso al lado de la cama.

Cada estrategia requiere una evaluación individualizada de costo-beneficio.

Una persona con grave deterioro cognitivo, pero con funcionalidad moderada como para levantarse de la cama –aunque no para mantenerse parada–, puede beneficiarse de un colchón en el piso. Sin embargo, si esta misma persona logra caminar sobre el colchón estaremos agregando un elemento desestabilizador que provocará una caída. Por lo tanto, **el trabajo en equipo, intercambiando ideas entre todos los asistentes del residente, será de gran utilidad para abordar los factores de riesgo que presenta cada individuo.**



Colchón en el piso. Fuente: Burgueño, 2017



Cama ultrabaja. Fuente: Burgueño, 2017

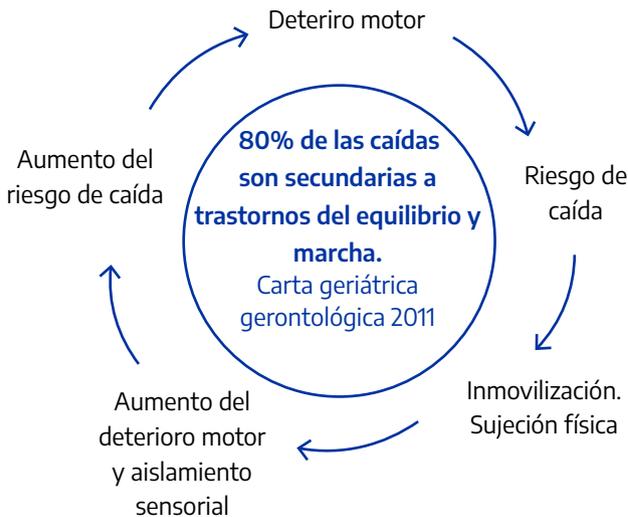


Protección blanda en puntas y esquinas.

Caídas y sujeciones: un círculo vicioso

Una de las principales causas por las que se utilizan sujeciones físicas deriva de la creencia de que previenen caídas. Sin embargo, **prevenir está relacionado con actuar sobre los factores de riesgo** y las sujeciones físicas provocan un acelerado deterioro funcional de la persona porque, justamente, incrementa su riesgo de caídas (Burgueño, 2015).

Como se puede ver en el gráfico, **el deterioro motor representa un factor de riesgo** de caídas, pero intentar prevenirla con **inmovilización solo aumentará ese deterioro motor**, exponiendo a la persona a una probabilidad mayor de caída con lesión.



Por otro lado, el *Emergency Care Research Institute* (ECRI) de Pensilvania se dedica a la investigación para mejorar la seguridad, calidad y rentabilidad en todos los entornos de atención médica a nivel mundial. Este instituto advierte que los pacientes inmovilizados con el fin de prevenir caídas tienen tres veces más posibilidades de sufrir una lesión seria cuando intentan levantarse estando sujetos que quienes no se encuentran sujetos (ECRI, 2009).

En este sentido, Aranda y colaboradores publicaron en 2018 los resultados de un estudio multicéntrico llevado a cabo en España, donde evaluaron las características típicas de una persona mayor caedora institucionalizada, examinando la asociación entre las caídas y las medidas preventivas utilizadas. En el estudio, 647 residentes completaron el seguimiento de 9 meses, en ese lapso se registraron 411 caídas totales con un 17% de incidencia de sujeciones. Como medidas preventivas analizaron la sujeción física, las barandas en la cama y la suspensión de medicación psicotrópica.

Al estudiar las consecuencias de las caídas versus las medidas preventivas utilizadas, lograron encontrar una asociación significativa en el uso de sujeción física y caídas con lesión. Asimismo, la literatura acerca de caídas y sujeción física es abundante, muchos estudios concluyen que la utilización de sujeción física no disminuye el riesgo y que las intervenciones llevadas a cabo para retirar sujeción física no aumentaron la tasa de caídas ni las caídas con lesión (Capezzuti, 1998; Tortosa, 2016).

¿Cómo abordar las caídas en un contexto libre de sujeciones?

A continuación, se mencionan los principios rectores sugeridos por la Registered Nurses Association of Ontario (2012), ya que reflejan la filosofía y el espíritu de trabajo deseables para lograr el entorno adecuado.

Principios rectores

- Muchas caídas se pueden predecir y prevenir.
- Se debe trabajar para prevenir las lesiones por caída de forma proactiva y reducir su frecuencia.
- La prevención de las caídas es una responsabilidad compartida por todo el sector sanitario.
- Los cuidados centrados en la persona y la familia son un aspecto básico de la atención de personas con riesgo de caídas y lesiones derivadas de caídas.
- Se deben tener en cuenta los riesgos y beneficios para la persona siempre que se pongan en marcha intervenciones de prevención de caídas y minimización de lesiones.
- Los adultos y adultas mayores competentes tienen derecho a asumir riesgos (es decir, tomar decisiones o adoptar medidas que puedan aumentar el riesgo de caídas).

Trabajar libre de sujeciones es mantener una política comprometida con la preservación de la autonomía de la persona. Pensemos cuántas veces reemplazamos la funcionalidad del residente sólo por ahorrar tiempo: es común ver asistentes llevando al baño con silla de ruedas a personas que todavía pueden caminar. Por ello, es crucial hacer énfasis en mantener y estimular la movilidad, una asistencia acorde al deterioro funcional es la clave para que una persona mantenga sus cualidades físicas lo que redundará en una prevención de caídas más adecuada.

Conformar un “Equipo de caídas”

Toda institución de larga estadía debería contar con un equipo conformado por 2 o más personas, siempre que sea posible de manera interdisciplinaria, a fin de llevar a cabo un programa de prevención de caídas, un registro de caídas y una planificación de intervenciones individualizadas.

Tener en cuenta que una caída prevenible es aquella susceptible de evitarse mediante el empleo de intervenciones ambientales y el manejo adecuado a la necesidad del residente.

Programa de prevención de caídas

- Un Programa de prevención de caídas debería incluir, según Vitolo (2013):
- Utilización de una **herramienta de evaluación de riesgo** de caídas (escalas).
- **Evaluación continua** de los factores de riesgo de la persona (intrínsecos) y del ambiente (extrínsecos).
- **Capacitación** del paciente, familia y personal de asistencia, sobre riesgos y estrategias de intervención.
- Adecuada evaluación/protocolo **post caída**.
- Programa de **mejora continua**, con adaptaciones basadas en los datos recogidos a partir de los incidentes ocurridos en la institución.

En cuanto a la **capacitación del personal** es necesario abordar con énfasis temas básicos como cuáles son los factores de riesgo de caídas, pero, sobre todo, cómo llevar un **manejo adecuado de residentes con deterioro cognitivo** mejorando aspectos en la comunicación. Para ello se sugiere indagar diferentes métodos como el *Método de Validación de Naomi Feil*, el *Método Montessori para adultos mayores* o el *Enfoque Capacitante desarrollado por el Dr. Pietro Vigorelli*.

También es de utilidad abordar diferentes estrategias de manejo acordes a las capacidades de la institución, algo que denominamos **“gestión de agrupabilidad”**, es decir, **cómo organizar los sectores de la institución de manera de optimizar recursos y necesidades de los residentes**. Por ejemplo, todos los residentes que necesitan ayuda para comer pueden situarse en una parte del comedor con más asistentes.

Asimismo, la capacitación al personal requiere que todos conozcan el **protocolo** que cada institución maneja ante una persona en el suelo. Es deseable que las capacitaciones al personal no se limiten solo a los equipos asistenciales, ya que áreas como mantenimiento, cocina y limpieza son fundamentales en el sostenimiento de un ambiente seguro.

La **capacitación del residente** incluye charlas con grupos autoválidos que hablen de la importancia del manejo seguro. Se deben incluir temas como la relevancia de **usar calzado adecuado**, realizar **ejercicio físico**, utilizar **barandas**, usar correctamente andadores y bastones con el fin de crear conciencia respecto de los riesgos que cada uno asume, pero teniendo presente que no pretendemos atemorizar. Por el contrario, buscamos alentar a las y los residentes a participar de tareas y actividades que estimulen una vida activa dentro de los gustos y capacidades que cada uno presente.

Mantener un **diálogo fluido con la familia** es fundamental para trabajar en un contexto libre de sujeciones a fin de que la familia conozca cabalmente los fundamentos por los cuales la sujeción no equivale a una alternativa, así como también para gestionar diferentes emociones y sentimientos que surgen ante un familiar que va perdiendo funcionalidad teniendo en cuenta que su cuidado y acompañamiento requiere de una responsabilidad compartida entre institución y su familia.

Por otra parte, un programa de prevención de caídas puede beneficiarse de la utilización de folletería como estrategia de divulgación. Un ejemplo de posters de precauciones universales frente a caídas, lo encontramos en Fraser Health: <https://www.fraserhealth.ca/>

Registro de caídas

Otra de las funciones recomendables para un equipo de caídas es el correcto y actualizado registro de las caídas, para comprender en qué situación se encuentra la institución y detectar sus puntos débiles. Para ello se sugiere armar una planilla de registro que asiente ítems como los siguientes:

Planilla de registro

Fecha

Hora

Lugar de la caída: habitación, baño, comedor es lo más habitual, pero hay que tener en cuenta las particularidades de la institución como patio, jardín, ascensores.

Mecanismo de caída: breve detalle que consigne si fue en contexto de transferencia con o sin asistencia, si hubo aspectos del entorno o hábitos que influyeron, como por ejemplo no tener al alcance objetos personales, obstáculos en la habitación.

Medicación: tener en cuenta si la persona recibió o no medicación que pueda influir en la caída

Consecuencias: aquí se puede subdividir el ítem para consignar si hubo lesión mayor, lesión menor o no hubo lesión.

Lesión mayor: aquellas que ponen en riesgo la vida de la persona o que generan necesidad de internación, intervención quirúrgica y/o que generan una pérdida permanente de función, ejemplo TEC, fracturas, hemorragias.

Lesión menor: lesiones que no requieren intervención médica importante y que no extiende el tiempo de internación del paciente, con excepción del tiempo necesario para observación y estudios, como hematomas, contusiones.

Llevar un registro al día de las caídas permite tomar decisiones más efectivas para cada institución en particular, ya que de su análisis surgen cuáles son los aspectos que requieren intervención, como por ejemplo horarios que requieren refuerzo de personal, pacientes caedores recurrentes que se beneficiarían de un seguimiento especial, lugares de la institución que requieren modificación ambiental. Incluso permite diseñar capacitaciones específicas que aborden temas de especial interés como técnica de transferencia y correcto uso de material para tal fin, y/o capacitaciones cortas que muestren un manejo seguro a la hora de realizar actividades puntuales como la asistencia en el baño o vestido.

Intervenciones individualizadas

Las **estrategias individualizadas** requieren entablar un vínculo con la persona que tiende a tener caídas frecuentes, llamado entre las personas de los equipos de salud **“el caedor”**; **escuchar su relato** para comprender sus necesidades, pero también estar alertas a posibles cuadros infecciosos o avances en el deterioro cognitivo que suelen debutar con caídas.

De la **lectura del registro de caídas**, se puede hacer un listado de pacientes que caen con frecuencia y comenzar estrategias individualizadas priorizando este grupo e identificando el mecanismo de caída que la persona repite. El manejo requiere una comunicación ágil entre los integrantes del equipo de caídas y las distintas áreas, para lograr una comprensión acabada de la situación.

Probablemente se requiera intervenir en la medicación, en la rutina para ir al baño o vestirse, o que en el área de mantenimiento para diferentes reparaciones.

En paciente con deterioro cognitivo se recomienda una correcta evaluación del entorno para identificar factores estresantes, así como llevar adelante intervenciones para lograr un ambiente tranquilo, libre de obstáculos, según las características del espacio y, siempre que se pueda, es necesario establecer un **circuito de wandering**: es decir, un **circuito que permita la deambulación segura**, ya que en ese contexto no se considera el *wandering* como factor de riesgo de caída.

Por otro lado, en esta población, **utilizar almohadones con forma de cuña** es una estrategia para lograr una sedestación segura en personas que presentan deslizamiento, también supone una forma de poner en desventaja mecánica el mecanismo de bipedestación, con lo cual la persona tarda un poco más en levantarse dando tiempo a que acuda un asistente.



Foto sillón: autoría propia

En el mercado existen diferentes productos para abordar la dificultad de la persona que no puede utilizar un timbre y requieren asistencia para la deambulación, como, por ejemplo, las **alarmas inalámbricas**. Consisten en sensores de peso que detectan cuando la persona se pone de pie desde una silla o sale de la cama enviando una señal sonora al asistente.





También existen **grúas de transferencia**, que consisten en dispositivos mecánicos o eléctricos para personas que requieren un 100% de asistencia ya sea por problemas cognitivos o por indicación de no descargar peso.

Estas grúas, además de ser más seguras para el usuario, también cuidan la salud del personal.

Para un abordaje individualizado de caídas, es deseable contar con **personal de rehabilitación** para una correcta evaluación funcional, entrenamiento de cualidades físicas y manejo de dispositivos de asistencia para la marcha (bastones, andadores), así como para el adecuado posicionamiento en sillas de ruedas. Por otra parte, se requiere de buena predisposición y creatividad para encontrar la manera de solucionar diferentes problemáticas con los recursos que tenemos a nuestro alcance.

En una institución de larga estadía se puede considerar que todos los residentes contarán con algún factor de riesgo de caídas, por lo tanto, cuantificar ese riesgo de manera individualizada y adaptar estrategias de prevención constituye una manera eficaz de abordar las caídas en un ambiente libre de sujeciones físicas.

Ahora bien, debemos tener en cuenta que retirar sujeciones en una institución que las utiliza regularmente requiere –primero– de un acuerdo por parte de los directivos institucionales. Luego, investigar aspectos como la autopercepción de los asistentes con respecto al uso de las sujeciones y las sensaciones provocadas en los mismos residentes. Con todo ese material reunido y múltiples capacitaciones en el personal de asistencia respecto al manejo de caídas, se puede comenzar por discernir en una escala sencilla **cuáles residentes tienen sujeciones fáciles de quitar, cuáles serían moderadamente fáciles y cuáles son complejas por el grado de deterioro adquirido por la persona mayor**. En este sentido, como punto de partida se puede comenzar por quitar las fáciles y no colocar nuevas sujeciones físicas.

Algunas palabras finales

Las personas mayores son propensas a sufrir caídas, aceptar este fenómeno en vez de evitarlo a toda costa es un enfoque más acertado y en línea con las recomendaciones de la literatura. Es necesario involucrar a todos los actores de la institución, con una fuerte política de prevención haciendo hincapié en disminuir la gravedad de las lesiones que se pueden generar de una caída. En este sentido, eliminar sujeciones físicas es una de las principales acciones para llevar adelante.

Por otro lado, un enfoque que admita las caídas y se sincere con la problemática sin buscar culpables es el primer paso para generar un ambiente de trabajo ameno y dinámico. Trabajar con caídas en un entorno libre de sujeciones requiere, en pocas palabras: una filosofía que priorice la autonomía del residente, capacitación en todas las áreas y un equipo que se avoque específicamente a tomar el tema en sus manos y logre hacer el seguimiento y gestión correspondiente.

Referencias

Aranda-Gallardo, M et al. (2018) Characteristics, consequences and prevention of falls in institutionalised older adults in the province of Malaga (Spain): a prospective, cohort, multicentre study. *BMJ Open*

Berry, Sarah (2017). Falls: prevention in nursing care facilities and the hospital setting. Disponible en Falls: Prevention in nursing care facilities and the hospital setting - UpToDate

Burgueño, Antonio (2015). Falacias sobre sujeciones físicas, *IEMATA*, 7(19), 135-147.

Capezuti, Elizabeth et al. (1996). Physical restraint use and falls in nursing home residents, *J am Geriatr Soc*, 44, 627-633.

Capezuti, Elizabeth et al. (1998). The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents, *Journal of gerontology: medical sciences*, 53(1).

Doron, Merims et al. (2013). Wandering in a demential special care unit: behavioral aspects and the risks of falling, *IMAJ*, 15.

ECRI (2009). Restraints. Health care risk control. Safty and security, 2. Disponible en: Search Results (ecri.org)

Karlsson, Stig et al. (1997). The use of physical restraint in elder care in relation to fall risk, *Scand J Caring Sci*, 11: 238-247.

López Locanato, Oscar (2011). Caídas en el adulto mayor, una aproximación multidisciplinaria. *Carta geriátrico-gerontológica*, 4(1). Sociedad Uruguaya de Geriátria y Gerontología.

Muñiz, Rubén (2016). Reducing physical restraints in nursing homes: a report from Maria Wolff and sanitas, *JMDA*, 17, 633-639.

OMS (2018). Caídas. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>

Profound (2015). Falls prevention intervention factsheets. Prevention of Falls Network for Dissemination. Disponible en <http://profound.eu.com/>

Registered Nurses 's Association of Ontario (2012). Promoting Safty: Alternative Approaches to the use of restraint. Toronto: RNAO.

Tortosa, M Ángeles (2016). Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias, Rev Geriatr Gerontol, 51(1), 5-10.

Vitolo, Fabián (2012). Caídas en instituciones de salud. Manejo de riesgos, Revista adecra – cedim

Vitolo, Fabián (2013). Inmovilización física y contención racional de pacientes. Biblioteca virtual Noble.

Foto de **Transferencia**:https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSb4wZp8NR8m9eNNj4ATbD2hCiW8PDbm4ZdH5t10C0rGQ8_YZk

Foto **Protección blanda en puntas y esquinas**. Fuente: <https://images.app.goo.gl/gmhUr47bkXAWAYcU7>

Foto **señora parándose de silla con sensor**. Fuente. <https://t1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcT1YcZrZ5mSppMbOavYTEzsRKOqBWoOegZnSIJ-d4poWXxWIEeBX>

Foto **sensor**: fuente:https://encrypted-tbn1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9Gc-SioyfUY-de8YnZGrYpUZwUUQ3hC-6K_zvCrz15WLEvQ2ffW-pb

Foto **grua**, fuente:<https://encrypted-tbn1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcT-M48GsxHAM8IFj1Zv3xskx9B1dsN10pB1I7590i8AK160BfXqu>

Foto **almohadón en cuña**. Fuente <https://encrypted-tbn1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQP4XG57KrF1u789I5jY0yHfiU0NZfjYrgAFCOMFqloK5k34eFa>



Módulo 5:

Marco legal en la Argentina sobre sujeciones físicas



María Perla Goizueta

Abogada. Defensora Pública Curadora de la Defensoría General de la Nación. Especialista en Política, Sociedad y Derechos Humanos ECAE-UNTREF 2017. Miembro del Instituto Gioja en Investigación en Derecho de la Vejez, Facultad de Derecho, UBA. Miembro del Grupo Desatar Argentina de la SAGG. Vocal titular del Consejo Directivo ILC Argentina Centro Internacional de Longevidad Asociación Civil. Maestranda en Derecho de la Vejez, Universidad Nacional de Córdoba.

Silvina Munilla

Abogada. Curadora del Registro de Auxiliares de la Justicia del Colegio Público de Abogados de la Capital Federal. Profesora Adjunta de la asignatura “Salud mental. Apoyos y curatela” de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires. Miembro del Grupo Desatar Argentina de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria. Ex Asesora de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación.

Introducción

“Lo que nos mueve, con razón suficiente, no es la percepción de que el mundo no es justo del todo, lo cual pocos esperamos, sino que hay injusticias claramente remediabiles en nuestro entorno que quisiéramos suprimir”.

A. Sen, *La idea de la justicia*.

En este módulo abordaremos la legislación que regula las sujeciones físicas en las residencias de larga estadía para personas mayores. Esta revisión se realizará considerando que las sujeciones físicas afectan la dignidad humana. Dentro del recorrido propuesto, abarcaremos la legislación de alcance nacional y observaremos algunas leyes de alcance provincial y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. También, estudiaremos las herramientas que tiene la persona mayor para aceptar o rechazar tratamientos de salud.

Jerarquía normativa sobre el uso de sujeciones

¿Qué dice la legislación vigente en Argentina sobre el uso de sujeciones en personas mayores? ¿Son legales?

Para la legislación vigente en la Argentina, la norma de mayor rango sobre uso sujeciones en residencias para personas mayores es, junto a nuestra Constitución Nacional, la **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores** (en adelante, la Convención), pues es un tratado internacional sobre Derechos Humanos.

Recordemos que, en Argentina, los tratados internacionales sobre DD.HH. tienen rango constitucional, tal como se muestra en la siguiente pirámide que grafica la jerarquía normativa de nuestro país.



En términos cronológicos, la Convención:

1. Fue suscripta por el Estado argentino el 15 de junio de 2015.
2. Entró en vigencia el 11 de enero de 2017.
3. Fue aprobada por el Congreso Nacional el 31 de mayo de 2017 mediante la ley 27.360.
4. Fue ratificada por el Estado argentino ante la Organización de Estados Americanos (OEA) el 23 de octubre de 2017 y,
5. Recientemente, nuestro Congreso Nacional otorgó la jerarquía constitucional en nuestro derecho interno en los términos del artículo 75.22 de la Constitución nacional, mediante la sanción de la ley 27.700, publicada en Boletín Oficial el pasado 30 de noviembre de 2022.

Recordemos que es nuestra propia Constitución la que ordena que “Los tratados tienen jerarquía superior a las leyes” (art. 75.22, CN) por cuanto no hay duda de que la Convención está ubicada en la cúspide de nuestra pirámide normativa y debe aplicarse en todo el territorio de nuestro país. Por lo tanto, **su incumplimiento genera responsabilidad interna y ante la comunidad internacional.**

En relación a las sujeciones, la Convención establece en su Artículo 4 que:

“Los Estados Parte (...) se comprometen a salvaguardar los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor enunciados en la presente Convención, sin discriminación de ningún tipo, y a tal fin: adoptarán medidas para prevenir, sancionar y erradicar aquellas prácticas contrarias a la presente Convención, tales como aislamiento, abandono, sujeciones físicas prolongadas, hacinamiento, expulsiones de la comunidad, la negación de nutrición, infantilización, tratamientos médicos inadecuados o desproporcionados, entre otras, y todas aquellas que constituyan malos tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes que atenten contra la seguridad e integridad de la persona mayor...” (el destacado nos pertenece).

En este sentido, la Convención ordena a la República Argentina a sancionar y erradicar el uso de sujeciones físicas prolongadas, así como cualquier otra forma de maltrato a las personas mayores.

Proyectos de leyes para erradicar las sujeciones

En el ámbito nacional, existen otras leyes y proyectos de leyes que abordan la cuestión. Veamos algunas de ellas:

- Ley del Congreso de la Nación del 30 de marzo de 2021

A principios del año 2021, en plena vigencia de la Convención, se presentó un proyecto de ley con la finalidad de **cumplir con el artículo 4° de la Convención y erradicar en forma paulatina el uso de las sujeciones de las personas mayores** en las RLE de todo el país. Se trataba de un protocolo progresivo que no constituyera un fuerte impacto en la cultura de la práctica de las sujeciones ni en el coste de su retiro. Este proyecto fue ingresado el 30 de marzo de 2021 e identificado bajo el número 1107-D-21.

Pero no fue tratado formalmente por el congreso durante el pasado año parlamentario y, por imperio de la ley 13.640, perdió estado parlamentario, por lo tanto, su vigencia.

- Ley 3320 de la provincia de Neuquén del 23 de diciembre de 2021

Sin perjuicio de la falta de tratamiento por parte de nuestros legisladores nacionales, los legisladores de la provincia de Neuquén sancionaron la ley 3320 a finales del mismo año con un espíritu similar, es decir, erradicar la práctica de las sujeciones bajo un plan de retiro en forma progresiva.

Esta norma dedica el artículo 12 al deber de registrar formalmente el uso de sujeciones en un Libro destinado a tal fin. En el artículo 17 establece la prohibición de la práctica de sujeciones y destina el siguiente artículo a fijar un “Plan de retiro de sujeciones preexistentes” diciendo que: “Es obligación de las residencias y centros de día para personas mayores diseñar estrategias de cuidado que eliminen el uso de sujeciones mecánicas o farmacológicas en las personas mayores usuarias.”

- Ley 5670 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del 13 de diciembre de 2016

Meses más tarde que nuestro país hubiera firmado la Convención y 29 días antes a su vigencia, la legislatura porteña sancionó la ley local CABA N° 5670 que habilita la práctica de sujeciones físicas de personas mayores en las residencias.

En un escalón muy por debajo en la pirámide jurídica antes presentada, se encuentra esta ley porteña que, en su art. 33, establece:

En el caso de que a los fines de evitar un riesgo para sí o para con terceros se prescriba aislamiento, restricción de libertad ambulatoria o contención, deberán indicarse expresamente los motivos y el plazo de duración no podrá ser mayor a siete días. El profesional podrá reiterar tal prescripción hasta un máximo de dos veces consecutivas de períodos idénticos. Cumplido ello el plazo **solo podrá ampliarse mediante orden judicial**, sin perjuicio de lo cual se podrá continuar la medida **hasta tanto se expida el juez interviniente**. Los pretales y sujetadores para muñecas y tobillos médicos son los únicos dispositivos autorizados para efectuar las sujeciones.

Tal como surge en su texto, nada dice sobre un plan de erradicación de la práctica de sujeciones o de un proceso de retiro de las mismas, sino que indica la judicialización de su prórroga.

La legitimación activa –es decir, quién está obligado a requerir la autorización judicial– corresponde a quien prescribe el uso de sujeción, a quien la propone, sugiere o recomienda como prestación de servicio de salud, lo que deberá fundamentar y sustentar. También podría solicitar la autorización al representante legal de la persona mayor con los mismos recaudos, siempre que haya entendido y comprendido que es la vía posible de cuidado y de trato para **respetar la dignidad de su representada/o**.

Consentimiento Informado y dignidad de la persona mayor

Acerca de la dignidad

La Ley Nacional 26.994 fue promulgada en octubre de 2014, tiene vigencia en todo el territorio argentino desde el 1° de agosto de 2015 y es la ley que sanciona el Código Civil y Comercial de la Nación (en adelante, CCC). El articulado dedicado a los derechos personalísimos (art. 51 y 52, CCC) comienza declarando **el reconocimiento y el respeto por la dignidad**, de modo que todos los derechos de la personalidad derivan y se fundan en la noción de dignidad.

En el art. 51, el CCC dice al respecto:

- **Inviolabilidad de la persona humana.** La persona humana es inviolable y en cualquier circunstancia tiene derecho al reconocimiento y respeto de su dignidad.

Y continúa en el art. 52:

- **Afectaciones a la dignidad.** La persona humana lesionada en su intimidad personal o familiar, honra o reputación, imagen o identidad, o que de cualquier modo resulte menoscabada en su dignidad personal, puede reclamar la prevención y reparación de los daños sufridos, conforme a lo dispuesto en el Libro Tercero, Título V, Capítulo I.

El hecho de que sea la primera vez que el término **dignidad** es introducido en un Código argentino muestra convicción hacia el cambio y avance en la protección de los derechos en esta etapa evolutiva de nuestra sociedad.

Eleonora Lamm y otros autores acuerdan en considerar que la dignidad está incluida en el **artículo 33 de nuestra Constitución Nacional** como la fuente, el fundamento y el sustrato en el que se asientan y de la que derivan todos los derechos humanos (Herrera, Caramelo y Picasso, 2015).

En el ámbito jurídico, la dignidad es un concepto que **surge después de los horrores de la Segunda Guerra Mundial** y ha sido reconocida expresamente en instrumentos jurídicamente vinculantes para nuestro país, especialmente luego de la reforma constitucional de 1994¹.

Se ha sostenido que “...la cualidad central del ser humano es precisamente la dignidad, por lo cual debemos elevar a principio general del derecho a la dignidad.” Que se debe ‘respeto al otro como fin y no como medio, ya que es portador de dignidad’. Que la dignidad ‘se debe verificar en todos los campos de acción u omisión de las empresas y el Estado’. Que la dignidad es una cualidad innata al ser persona y ‘no puede escindirse del derecho de autodeterminación’.

¿Qué es el consentimiento informado y qué leyes lo regulan?

La regulación del **consentimiento informado** para actos médicos e investigaciones en salud (art. 59, CCC) se encuentra en el grupo de artículos destinado a los derechos personalísimos, por cuanto queda establecida **su vinculación con la dignidad, la integridad y la autonomía de la persona**. El artículo 59 del CCC detalla los derechos de cada persona a estar informado sobre el tipo de tratamiento, las consecuencias, las opciones; expresa también el derecho a rechazar el tratamiento, hace hincapié en evitar el sufrimiento de la persona o prolongar la agonía. Luego se detiene en el consentimiento propiamente dicho:

Este artículo dice:

El consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud es la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada, respecto a: a) su estado de salud; b) el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) los beneficios esperados del procedimiento; d) los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados; g) en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estado terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, el derecho a rechazar procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación a las perspectivas de mejoría, o produzcan sufrimiento desmesurado, o tengan por único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable; h) el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento. Ninguna persona con discapacidad puede ser sometida a investigaciones en salud sin su consentimiento libre e informado, para lo cual se le debe garantizar el acceso a los apoyos que necesite. Nadie puede ser sometido a exámenes o tratamientos clínicos o quirúrgicos sin su consentimiento libre e informado, excepto disposición legal en contrario la persona se encuentra absolutamente imposibilitada para expresar su voluntad al tiempo de la atención médica y no la ha expresado anticipadamente, el consentimiento puede ser otorgado por el representante legal, el apoyo, el cónyuge, el conviviente, el pariente o el allegado que acompañe al paciente, siempre que medie situación de emergencia con riesgo cierto e inminente de un mal grave para su vida o su salud. En ausencia de todos ellos, el médico puede prescindir del consentimiento si su actuación es urgente y tiene por objeto evitar un mal grave al paciente.

Por su parte, la **ley nacional de los Derechos de los Pacientes 26.529**, en su artículo 2º b) recepta el **trato digno al paciente** que el profesional debe asumir desde el primer acto, durante todo el transcurso del tratamiento e incluso con posterioridad hasta el alta definitiva. **La historia clínica, el diagnóstico y la terapéutica constituyen la premisa informativa para que la persona otorgue su consentimiento o asentimiento informado.**

El consentimiento es una manifestación unilateral del paciente mediante la cual expresa su voluntad. Se trata de un proceso comunicativo continuo, que no se agota en el deber de la información inicial, sino que subsiste a lo largo del tratamiento. Por lo tanto, el uso de términos genéricos carece de idoneidad para dar por cumplido el deber de información y un documento tipo formulario cliché no es idóneo para reemplazar la comunicación coloquial.

La información debe ser proporcionada al sujeto o a su representante en forma **clara, precisa y adecuada**.

El sujeto, aquí la persona mayor, debe ser bioéticamente competente; si no lo es, su representante debe estar específicamente facultado para otorgar la declaración del consentimiento informado por una autoridad judicial competente (Tobías, 2019).

La negativa del paciente o de su representante judicialmente autorizado, deberá ponderarse en los términos de la asignación de valor a ese rechazo de acuerdo con el respeto a su autonomía, su derecho a la autodeterminación, su dignidad, sus preferencias y su historia de vida².

En relación al Consentimiento Informado, la Convención dedica los artículos 6 y 11.

En el artículo 6, la Convención establece:

Los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para **garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días**, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población. Los Estados Parte tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor, y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con **el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado**.

Por su parte, el artículo 11 expresa que:

La persona mayor tiene el **derecho irrenunciable a manifestar su consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud**. La negación de este derecho constituye una forma de vulneración de los derechos humanos de la persona mayor. Con la finalidad de garantizar el derecho de la persona mayor a manifestar su consentimiento informado de manera previa, voluntaria, libre y expresa, así como a ejercer su derecho de modificarlo o revocarlo, en relación con cualquier decisión, tratamiento, intervención o investigación, en el ámbito de la salud, los Estados Parte se comprometen a elaborar y aplicar mecanismos adecuados y eficaces para impedir abusos y fortalecer la capacidad de la persona mayor de comprender plenamente las opciones de tratamiento existentes, sus riesgos y beneficios. **Dichos mecanismos deberán asegurar que la información que se brinde sea adecuada, clara y oportuna**, disponible sobre bases no discriminatorias, de forma accesible y presentada de manera comprensible de acuerdo con la identidad cultural, nivel educativo y necesidades de comunicación de la persona mayor. Las instituciones públicas o privadas y los profesionales de la salud no podrán administrar ningún tratamiento, intervención o investigación de carácter médico o quirúrgico sin el consentimiento informado de la persona mayor. En los casos de emergencia médica que pongan en riesgo la vida y cuando no resulte posible obtener el consentimiento informado, se podrán aplicar las excepciones establecidas de conformidad con la legislación nacional. La persona mayor tiene derecho a aceptar, negarse a recibir o interrumpir voluntariamente tratamientos médicos o quirúrgicos, incluidos los de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, investigación, experimentos médicos o científicos, ya sean de carácter físico o psíquico, y a recibir información clara y oportuna sobre las posibles consecuencias y los riesgos de dicha decisión. Los Estados Parte establecerán también un proceso a través del cual la persona mayor pueda manifestar de manera expresa su **voluntad anticipada e instrucciones** respecto de las intervenciones en materia de atención de la salud, incluidos los cuidados paliativos. En estos casos, esta voluntad anticipada podrá ser expresada, modificada o ampliada en cualquier momento solo por la persona mayor, a través de instrumentos jurídicamente vinculantes, de conformidad con la legislación nacional.

En el artículo 11, la Convención refiere a la expresión de la voluntad en forma anticipada de la persona mayor sobre las que nuestro CCC hace lo propio mediante las llamadas Directivas Médicas Anticipadas, es decir, el consentimiento informado por anticipación.

Estas directivas médicas anticipadas fueron receptadas en el artículo 11 de la Ley Nacional de los Derechos de los Pacientes (nº 26.529, antes citada). El CCC no deroga esta ley, pero en caso de confusión entre ambas normas, debemos observar la norma más protectora del derecho en cuestión.

Bajo estas normas y el artículo 139 del CCC, la persona mayor puede anticipar su voluntad por dos vías:

1. otorgar instrucciones por escrito, o
2. designar a una/s persona/s que exprese/n el consentimiento.

Las instrucciones podrían no prever algunas situaciones no contempladas al momento de expresarlas y que ocurran cuando sea necesario ejecutarlas, entonces, la segunda vía se presenta como más útil porque atiende al afecto y respeto hacia la persona designada y alcanza un espectro mayor de situaciones que podrían ocurrir.

Irrupción de las sujeciones físicas en el ámbito judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

La judicialización del uso de sujeciones físicas en personas mayores en residencias ubicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires comenzó a partir del mes de noviembre de 2018, por la aplicación de la ley local 5670. Como mencionamos antes, en su artículo 33 exige la autorización judicial para continuar la sujeción de la persona mayor, transcurridos 21 días. Conforme al debate de la legislatura porteña del día en que el proyecto de ley fue aprobado, ningún/a legislador/a hizo mención alguna al carácter o las cualidades de las sujeciones o ataduras o contenciones de personas mayores en las RLE.³ Tampoco hubo mención a la manda de erradicación de su uso por parte de la Convención firmada por nuestro país 17 meses antes.

Poco después, ingresaron a los juzgados nacionales radicados en CABA cientos de expedientes pidiendo autorización para continuar el uso de la sujeción que, en la mayoría de los casos, ya existían sobre la persona mayor.

- Algunos jueces resolvieron no involucrarse en la cuestión, disponiendo que “la conveniencia de adoptar medidas de contención física en beneficio de personas con padecimientos mentales es **exclusiva facultad del equipo médico tratante...** conforme certificado médico... que el médico tratante de la Sra... aconseja su adopción para evitar riesgos para sí y terceros, nada cabe proveer a lo solicitado”⁴.

- Otros se declararon incompetentes, con lo cual produjeron un conflicto de competencia entre los Juzgados Contencioso Administrativo y Tributario de CABA y los Juzgados Nacionales de Primera Instancia en lo Civil, retrasando la decisión. Tras ocho meses, la Corte Suprema de Justicia de la Nación y el Superior Tribunal de Justicia de CABA dispuso que:
 - El planteo involucra la restricción a la libertad física de una persona por motivos de salud.
 - La autorización requerida está relacionada con los derechos del residente como paciente.
 - El juez tendrá que verificar si el residente puede manifestar su voluntad y consentimiento informado.
 - La materia está regulada esencialmente en el Código Civil y Comercial de la Nación y en la Ley 2659, así como en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.⁵
- Otros jueces nacionales que asumieron la competencia exigieron contar con el consentimiento informado de la persona mayor. Sin embargo, hasta la fecha no hay casos conocidos en los que la misma persona mayor haya otorgado el asentimiento libre e informado para ser atado.

Como hemos mencionado, el consentimiento sobre un acto médico es la declaración libre e informada de la persona mayor con capacidad de decisión luego de haber recibido información clara, precisa y adecuada sobre el tratamiento propuesto. Por su afectación a la libertad, autonomía y dignidad de la persona, es poco probable que acepte la sujeción o que lo haya previsto mediante directiva anticipada.

No será cuestionable que, ante un episodio agudo, el médico utilice una sujeción esporádica, pero es la duración y la proporcionalidad lo inaceptable por incongruente con un trato digno de las personas mayores.

Cabe destacar que los jueces han utilizado el artículo 476 del Código Procesal Civil y Comercial que establece que “...el juez podrá requerir opinión a universidades, academias, corporaciones, institutos y entidades públicas o privadas de carácter científico o técnico, cuando el dictamen pericial requiriese operaciones o conocimientos de alta especialización” y celebramos que la mayoría de los jueces requirieron una evaluación interdisciplinaria a especialistas en gerontología para abordar la cuestión con enfoque o perspectiva de derechos humanos de las personas mayores y luego resolver. Por ejemplo, al organismo administrativo de la Secretaría de Integración Social para Personas Mayores del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat del G.C.B.A o al Grupo Desatar Argentina de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría, SAGG.

Asimismo, algunos jueces han mostrado su compromiso con la normativa de fondo que exige, ante una cuestión de restricción de la capacidad jurídica, la aplicación de las reglas generales (art. 31, CCC) como la presunción de la capacidad general de ejercicio, aun cuando la persona se encuentre internada en un establecimiento asistencial y la garantía de interdisciplinarietà de intervención en el proceso⁶.

Otros jueces ordenaron a las autoridades de las residencias la implementación, en forma coordinada con la obra social o prepaga, de dispositivos y estrategias alternativas a la sujeción mecánica indicada por el médico a la paciente que sean “menos restrictivos para la autonomía y respetuosas de la dignidad de la persona mayor conforme a lo normado en la Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”⁷.

Visibilidad

Sin perjuicio del profundo cuestionamiento en relación con el uso de sujeciones como tratamiento médico o práctica curativa o de alivio de personas mayores en entornos residenciales, lo cierto es que las sujeciones mecánicas o físicas en residencias o establecimientos para personas mayores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se presentaban hasta hace poco, y desde larga data, como naturalizadas, habituales y continuadas sin responder a un tratamiento médico para aliviar o curar.

En España, la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología emitió en 2014 un “Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas”, a través de un Comité Interdisciplinar. Este documento refleja la necesidad de la toma de conciencia y la asunción de corresponsabilidad social en el tema (SEGG, 2014).

La introducción de la temática de las sujeciones como objeto de regulación en la norma porteña es lo que permitió que saliera a la luz. Afortunadamente se ha visibilizado un tema tabú entre los profesionales de la salud, la sociedad en general, entre los que se incluyen las personas mayores, los abogados y los jueces. Asimismo, brinda a toda la sociedad la oportunidad de ponderar la conveniencia de adelantar nuestra voluntad al respecto para aquella ocasión en la que no podamos expresar nuestra voluntad, por ejemplo, mediante el otorgamiento de las directivas anticipadas ante escribano público⁸.

Aunque la tensión en la aplicación de sujeciones prolongadas no es primicia, ya que desde 1987 varios países europeos y asiáticos vienen discutiendo, investigando y regulando, es un gran comienzo para los países de nuestra región que, al habernos comprometido con la firma de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, art. 4º, debemos demostrar qué diligencias concretas asumimos tendientes a cumplir su erradicación.

Conclusiones

Las normas que habilitan el uso de sujeciones sin un plan de retiro no resisten ni aprueban el control constitucional ni convencional. Dado que hay alternativas, y se vislumbra la posibilidad de hallar más, todos somos corresponsables de continuar consintiendo las sujeciones físicas prolongadas en personas mayores, que no son más que ataduras que afectan a la dignidad inherente al ser humano y no satisfacen un trato digno a la persona mayor institucionalizada en una residencia de larga estadía.

En los casos en los que la autorización es peticionada por una persona diferente a la persona mayor interesada, deberán extremarse los recaudos para concluir con certeza que el tratamiento propuesto es el único posible. Como buenas prácticas deberá verificarse el contenido y la comprensión de la información recibida por la persona mayor, que incluye: los riesgos de la práctica, las condiciones y las alternativas propuestas por los profesionales especializados en gerontología y en la salud de forma estricta.

El respeto por la dignidad de la persona y el acceso a la justicia imponen la necesidad de la asistencia letrada o defensa técnica de la persona mayor, el reaseguro de la implicación también de una persona de su confianza que pueda interpretar mejor su voluntad y preferencias, y la eventual necesidad de apoyo jurídico para tomar la decisión.

En virtud de la magnitud de los derechos en juego referidos –consentimiento informado, integridad física y psíquica, inviolabilidad del cuerpo humano, salud, calidad de vida, cuidados, cuidados paliativos– y que la autonomía personal es un derecho esencial, las personas mayores requieren un plus de oficiosidad (Famá, 2015) de parte del sistema de justicia en general y la garantía de la interdisciplinariedad⁹.

Según el filósofo español Javier Gomá (2021): “Nadie puede atropellar la dignidad sin envilecerse, sin degradarse y sin degradar”. Para evitar colocarnos en esa situación, se debe asumir la responsabilidad de los tratados que firma nuestro país y apelar a nuestra creatividad, estudio y mayor esfuerzo con el fin de recorrer la senda que emprendimos: la erradicación del uso de las sujeciones en forma efectiva.

Notas

1 Conferencia de San Francisco [1945], Declaración Universal de los Derechos Humanos [1948], Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [1966], Convención Americana sobre Derechos Humanos [1969], Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [2005], Declaración Internacional sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos [1997], Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos [2003], Convención de Derechos Humanos y Biomedicina [Oviedo] del Consejo de Europa [1997], entre otras.

2 Observación General N° 1 del Comité de Expertos de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

3 Despacho 733 del 27 de octubre de 2016 de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

4 Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N.º 84, “Z, A. s/autorización”, 4 de junio de 2019, difundida por la Unión Argentina de Prestadores de Servicios Gerontológicos.

5 “Asociación Civil Armenia de Beneficencia para la América del Sur s/ otros procesos especiales s/ conflicto de competencia”, Expediente N.º 16404/19, Sentencia del 19 de julio de 2019; “G.E.E. s/ autorización s/ conflicto de competencia”, Expediente N.º 16557/19 del 28 de agosto de 2019; “Asociación de Beneficencia Británica Norteamericana s/ otros procesos especiales s/ conflicto de competencia”, Expediente N.º 17290/2019 del 9 de octubre de 2019. Todos del Tribunal Superior de Justicia de CABA.

6 Al respecto, citamos el artículo 31. “Reglas generales. La restricción al ejercicio de la capacidad jurídica se rige por las siguientes reglas generales: a) la capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume, aun cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencial; b) las limitaciones a la capacidad son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona; c) la intervención estatal tiene siempre carácter interdisciplinario, tanto en el tratamiento como en el proceso judicial; d) la persona tiene derecho a recibir información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión; e) la persona tiene derecho a participar en el proceso judicial con asistencia letrada, que debe ser proporcionada por el Estado si carece de medios; f) deben priorizarse las alternativas terapéuticas menos restrictivas de los derechos y libertades”.

7 “F., M.H. s/ determinación de la capacidad”, Juzgado Nacional de Primera Instancia en lo Civil N.º 106 del 8 de junio de 2020.

8 Cfr. el art. 11 del decreto reglamentario 1089 de la ley 26.529, téngase en cuenta que podrán ser dictadas “...por escrito, con la presencia de DOS (2) testigos, por ante escribano público o juez de primera instancia competente...” no necesariamente por escritura pública.

9 En las “100 Reglas de Brasilia”, CSJN, Acordada 5/2009, los destinatarios son... “todos los operadores del sistema judicial y quienes intervienen de una u otra forma en su funcionamiento (regla 24), debiendo otorgar a las personas en condición de vulnerabilidad un trato adecuado a sus circunstancias singulares” (Cap. I, Sección primera, punto 2). Deberá imprimirse un trato preferencial de conformidad con lo establecido expresamente en la Convención OEA (cfr. art. 31). Para lo que podrán utilizarse las medidas cautelares que prevé el art. 34 CCC y dictarlas durante el proceso con el objeto de garantizar los derechos personales y patrimoniales de la persona en forma inmediata, sin tener que esperar hasta el dictado de la sentencia, de corresponder, de restricción de la capacidad. Sin embargo, dado que la norma antes referida debe interpretarse con carácter restrictivo, no será posible la restricción “en bloque” de la capacidad jurídica, sino del acto que sea estrictamente necesario (Olmo, 2015). Los principios generales de los procesos de familia contemplados en el art. 706 CCC constituyen también herramientas para remover los obstáculos que las personas mayores enfrentan a la hora de hacer efectivos sus derechos.

Bibliografía

BBC (2021). Bedlam: el hospital psiquiátrico londinense que se convirtió en un “palacio para lunáticos” en el siglo XVII. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/vert-cul-38517703>

Dabove, M. (2005). Los derechos de los ancianos. Buenos Aires-Madrid: Elsevier.

Falcone, R. (2021). Breve historia de las instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto. Disponible en: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_Historialnstit.pdf

Famá, M.V. (2015). Alcances del principio de oficiosidad en los procesos de familia.

Derecho de Familia. Revista Interdisciplinaria de Doctrina y Jurisprudencia, 69.

Fernández, S.E. (2015). **Ancianidad, autonomía personal y directivas anticipadas.** Sobre el acceso a la justicia en tutela de la dignidad de las personas adultas mayores, SJA, 14/10/2015, 71. Cita Online: AP/DOC/912/2015.

Gherzi, C. (2014). La dignidad como principio general del derecho. Buenos Aires: La ley.

Gomá, J. (2021) Filosofía mundana. Buenos Aires: Galaxia Gutenberg.

Herrera, M.; Caramelo, G. y Picasso, S. (dirs.) (2015). Código Civil y Comercial de la Nación comentado, t. 1. Buenos Aires: Ministerio de Justicia de la Nación.

Lorenzetti, R. (dir.) (2014). El Código Civil y Comercial de la Nación Comentado, t.

1. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni.

Olmo, J. (2015). Salud Mental y Discapacidad. Análisis del Código Civil y Comercial – ley 26.994. Buenos Aires: Dunken.

Sen, A. (2011). La idea de la justicia. Buenos Aires: Taurus.

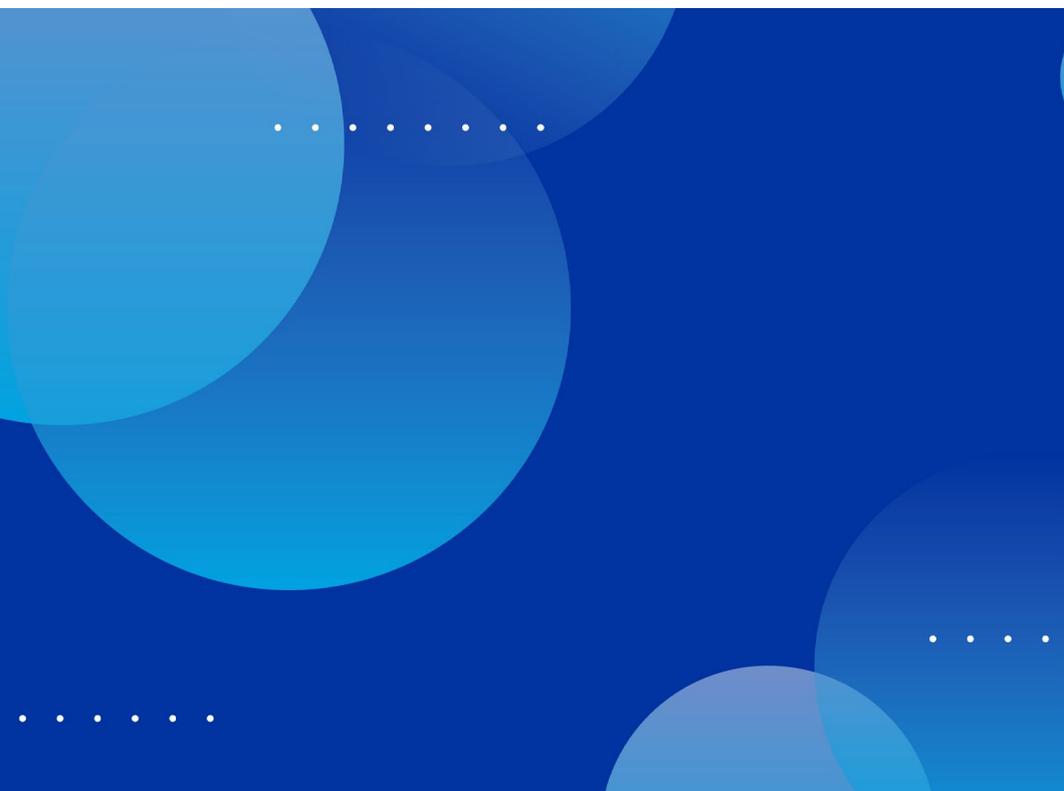
Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2014). Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf

Tobías, J.W. (2019). Consentimiento informado y sus límites. Buenos Aires: La Ley.



Módulo 6:

Cuidados paliativos y no uso de sujeciones



Dra. María Laura Robledo

Médica egresada de la Facultad de Medicina del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H. A. Barceló, La Rioja, en 2004, con diploma de honor. Médica Especialista en Medicina Interna. Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Médica Especialista en Geriátría. Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA). Miembro Titular Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría. Miembro de la Academia Latinoamericana del Adulto mayor, desde 2021. Miembro fundador del Grupo DESATAR Argentina (Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría). Carrera de Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional. Universidad Nacional de Mar del Plata-Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2012 -2014. Ex Gerente de prestaciones médicas de PAMI-UGL XXV-La Rioja, 2014. Directora Médica Instituto del Corazón (INCOR) La Rioja, desde 2019 a la actualidad

Lic. Clara María Cullen

Lic. en Enfermería. Enfermera Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Tornú desde 2006. Miembro del Comité de Bioética del hospital Enrique Tornú. Docente del Programa Argentino de Medicina Paliativa. Fundación Femeba. Docente del Instituto Nacional del Cáncer

Introducción

La atención al final de la vida, entendida como la **prestación de cuidados a la persona en la última fase de su ciclo vital**, puede oscilar desde unos pocos días hasta muchos meses, según la situación del/la paciente y sus enfermedades de base. En los años setenta, debido a la falta de respuesta a las necesidades reales de pacientes y familiares, se desarrollaron los cuidados paliativos como una alternativa de atención a quienes padecían cáncer terminal. Progresivamente, se han ido incorporando en el sistema de salud de los países desarrollados, no solo la patología oncológica, sino también las enfermedades crónicas no transmisibles, puesto que pueden beneficiarse de la aplicación de estos programas para aliviar los últimos días que suelen ser muy difíciles. De hecho, morir de cáncer no es tan diferente a morir por insuficiencia cardíaca, EPOC o insuficiencia renal terminal.

Hacia el final de la vida aparecen, con frecuencia, cuadros como el Delirium (trastornos conductuales, ansiedad, agresividad, etc.) donde es necesario el manejo de síntomas para evitar el sufrimiento y, en algunos casos, requieren de la terapia de sedación paliativa. Cada terapia a implementar debe ir acompañada de un análisis de riesgos y beneficios, pensando en la dignidad y calidad de vida, por lo que los cuidados paliativos nunca implementarán las sujeciones físicas para el control sintomático.

¿Qué son los cuidados paliativos?

Según la definición de la Asociación Internacional de Hospice y Cuidados Paliativos:

Los cuidados paliativos son la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud debido a una enfermedad grave y, especialmente, de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de pacientes, familias y cuidadores/as (IAHPC, 2018).

Principios rectores

- La vida es valiosa y la muerte un proceso natural.
- **No acelerar ni posponer la muerte.**
- Prevención, identificación precoz, evaluación integral y control de síntomas y problemas con intervenciones basadas en la evidencia.
- **Respeto** a valores y preferencias. **Comunicación efectiva** para establecer objetivos de asistencia.
- **Acompañar durante el transcurso de la enfermedad** junto a tratamientos que modifican tanto al paciente como a la familia, incluyendo el duelo.
- Pueden ser provistos por profesionales con formación básica en cuidados paliativos, considerando siempre la **participación de equipos interdisciplinarios**.
- Los cuidados paliativos hacen énfasis en la **visión global de la persona**, la intervención sobre el/la paciente y su familia, el objetivo de calidad de vida e independencia, la multidisciplinariedad y la intervención en todos los niveles asistenciales.

Epidemiología

Los datos epidemiológicos dan cuenta de que habrá cambios demográficos y de morbilidad que hacen prever un aumento en el número de muertes por cáncer, de personas con enfermedades crónicas y degenerativas y un incremento en el número de personas mayores. En consecuencia, **cada vez más personas estarán afectadas por el sufrimiento derivado de Enfermedades Limitantes para la vida Potencialmente Letales (ELPL)** (Wenk, 2015).

En **Argentina**, el 10% de la población accede a cuidado paliativo. Sin embargo, si se aplicaran los conocimientos actuales en CP y en el control del dolor, todos los pacientes con dolor podrían recibir ayuda y alivio (OMS, 2012).

Los cuidados paliativos y la geriatría

Aunque hay más riesgo de morir en pacientes con enfermedades crónicas y de edad avanzada, existe poca información sobre la atención paliativa en este segmento de población. Por el contrario, la investigación y las guías clínicas de cuidados paliativos hacen referencia a personas jóvenes y, fundamentalmente, con cáncer.

Los estudios existentes en personas mayores con enfermedades crónicas progresivas constatan necesidades no cubiertas en este tipo de pacientes (con presencia de sufrimiento por síntomas físicos o psicológicos) y sus familiares. Esta situación es atribuible a la falta de valoración y control de los síntomas, a dificultades de comunicación entre paciente-familia y profesionales y a sistemas de salud muy fragmentados en la provisión de servicios a estas personas, excesivamente centrados en la enfermedad (Sebag-Lanoë, Lefebvre-Chapiro y Gomas, 2005).

Dado que el curso evolutivo de las enfermedades crónicas en las personas mayores es difícil de predecir, la aproximación paliativa a los/as pacientes tiene que basarse más en las necesidades de las personas con enfermedad y su familia que en el pronóstico de la enfermedad (SEGG, 1999).

En este contexto, hay que entender que los **cuidados paliativos no son exclusivos de los equipos y unidades especializadas, sino que tienen que formar parte del cuidado de cualquier paciente**, independientemente del lugar en que sea atendido.

¿Qué son los cuidados paliativos?

Ya a finales de los años ochenta, la Organización Mundial de la Salud proponía que los cuidados paliativos constituyeran un elemento inherente a toda política sanitaria racional, y no solo para personas con enfermedad oncológica, en su lugar, recomendaba ampliar sus beneficios a pacientes no oncológicos/as.

La integración de los cuidados paliativos y tratamientos curativos son una aproximación racional a la atención de personas con enfermedades avanzadas y **ha demostrado que reduce el sufrimiento, mejora la satisfacción, disminuye costos y facilita las transiciones entre los diferentes estadios de progresión de la enfermedad.**

Según este enfoque, los cuidados paliativos son ofrecidos a medida que se van desarrollando las necesidades y antes de que no respondan a cualquier otro tratamiento curativo. Sin embargo, la situación habitual es que los/las pacientes reciban múltiples episodios de tratamiento curativo y unas pocas semanas de tratamiento de confort al final de la vida. Creemos que la razón fundamental de este hecho radica en la visión tradicional de creer que los objetivos de curar y prolongar la vida son incompatibles con el objetivo de disminuir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida. **La visión dicotómica del curar-cuidar implica que las/os pacientes con enfermedades avanzadas reciban tratamientos agresivos y no se inicien los tratamientos con objetivos de confort hasta que el pronóstico está muy claro y la muerte es inminente.** (SEGG, 2011).

En los últimos diez años, los cuidados paliativos han experimentado un gran desarrollo en nuestro país, especialmente en la patología oncológica terminal. Sin embargo, la evolución de la medicina paliativa en el/la paciente geriátrico y no oncológico de larga duración ha sido más lenta. La aparición de recientes experiencias en la literatura y la inclusión del paciente geriátrico en los foros de discusión de las Sociedades Internacionales de Cuidados Paliativos demuestran una seria implicación entre la Geriátrica y la Medicina Paliativa.

Cuidados paliativos y modelos de atención

Los modelos de atención a pacientes subsidiarios de cuidados paliativos son diferentes en los países de nuestro entorno. Así, el **modelo Hospice anglosajón** se basa en centros de ingreso para pacientes con patología terminal (solo oncológicos), mientras que el **modelo americano, NHO (National Hospice Organization)**, presta su servicio mayoritariamente en el domicilio, intentando ampliarlo a pacientes con patología terminal no oncológica. En este sentido, han desarrollado unas normas orientativas para ayudar a definir a pacientes con patología no oncológica que pueden ser incluidos en programas específicos de cuidados paliativos (Gómez-Batiste, Espinosa y Porta, 2010).

En la **Argentina**, la organización de los cuidados paliativos no es homogénea, y cuenta con varios modelos de asistencia. Más de la mitad de los programas de cuidados paliativos se realizan en **unidades hospitalarias**, de las cuales la mayoría corresponden a hospitales de crónicos. Un 46% de los programas lo forman equipos de **asistencia domiciliaria**, con modelos diferentes según la entidad que los organiza. Todos estos programas se centran, en su mayoría, en pacientes con patología oncológica terminal, aunque recientemente están surgiendo iniciativas para incluir a pacientes geriátricos no oncológicos.

¿Cuándo indicar cuidados paliativos?

Es frecuente en la práctica cotidiana que los profesionales dudemos de cuál es el momento para iniciar un tratamiento paliativo. En el/la paciente joven suele estar asociado a marcadores de mal pronóstico de una enfermedad avanzada, pero en las personas mayores, los mejores factores pronósticos a corto plazo son los marcadores de situación, como la funcionalidad, la situación cognitiva, los síndromes geriátricos y, globalmente, la situación de fragilidad.

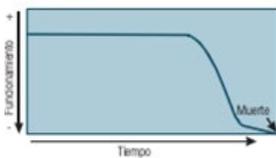
Las personas mayores presentan con frecuencia patología tumoral avanzada. Las personas mayores de 65 años suman el 13% de la población total, y padecen el 55% de todos los tumores diagnosticados y el 67% de las muertes por cáncer. Reciben menos indicaciones de técnicas preventivas o de detección precoz de tumores y, por otra parte, suelen ser diagnosticados en estadios avanzados de la enfermedad, que no son subsidiarios del tratamiento curativo (SEGG, 2011), porque coexisten junto con su patología tumoral problemas específicos de la población adulta mayor.

Existen también en las personas mayores otras patologías no oncológicas de larga duración que en algún momento de su evolución llegan a un estadio final, con ausencia de tratamiento específico, síntomas múltiples y cambiantes, con gran impacto emocional para el/la paciente y su familia, que pueden incluirse en programas de cuidados paliativos (SEGG, 2011). Algunos ejemplos los tenemos en **patologías crónicas respiratorias** (EPOC, enfermedades neuromusculares, patología restrictiva), **enfermedades neurológicas** (demencia, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Parkinson, accidentes cerebrovasculares extensos con incapacidad residual no rehabilitable), **insuficiencia avanzada de órganos** básicos (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal terminal, cirrosis hepática) y otras patologías.

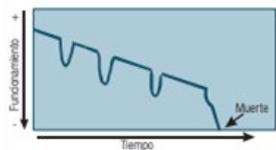
Trayectorias de la enfermedad

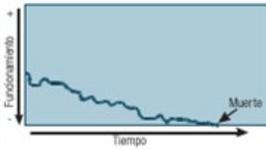
En el año 2011, la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología SEGG) ha descrito tres trayectorias distintas en el último año de vida en pacientes con enfermedades crónicas progresivas. Cabe señalar, que el conocimiento de la trayectoria permite a profesionales plantearse si las intervenciones en ejecución son proporcionales a la situación evolutiva de cada paciente. Además, la trayectoria puede ayudar al diálogo con el/la paciente y familia para facilitar el proceso de información sobre las expectativas de vida. Es probable que no tengamos una respuesta concreta, pero podemos aportar conocimiento respecto a cuál será la evolución más probable y a la toma de decisiones. Finalmente, por parte del/la paciente, transmite sensación de control respecto de la enfermedad (SemFYC, 2008; Lunney et al., 2003).

Dichas trayectorias son:



Una trayectoria asociada a **cáncer**, caracterizada por un declinar lento y una fase terminal clara.





Por último, las **personas mayores frágiles** y pacientes con demencia presentan deterioro lento y progresivo.

Unidad de abordaje

Uno de los **criterios de calidad** de atención al final de la vida es la **atención a la familia**. El trabajo multidisciplinar dirigido a la persona enferma y la familia como unidad a tratar también es característico de la atención integral en cuidados paliativos.

La **comunicación e información** es también uno de los instrumentos básicos de la terapéutica en cuidados paliativos. Comunicar es transmitir a otra persona algo que se tiene: información. El objetivo de la comunicación es informar, orientar y apoyar a la persona enferma y la familia para que tengan elementos para participar en la toma de decisiones.

Debe ser un **proceso dinámico** que se adecúe a los puntos de inflexión de la enfermedad, revisando la información y la percepción de salud o enfermedad con el/la paciente y su familia, avanzando en la comunicación para la preparación al deterioro, dependencia e incluso la propia muerte. La capacidad de comunicar malas noticias de manera eficaz es una habilidad que médicos y médicas deben desarrollar. Un enfoque sistemático puede reforzar la colaboración entre médico, paciente y familia, ofreciendo la posibilidad de establecer objetivos realistas, planificar con miras al futuro y apoyarse mutuamente.

Nos encontramos delante de pacientes determinados, casos específicos y situaciones únicas, por lo que las soluciones se han de adaptar al caso concreto. A menudo son inciertas si no aprendemos a ponderar las circunstancias de manera reflexiva. La dificultad de tomar decisiones en muchos de estos casos radica en la necesidad de **tener en cuenta, al mismo tiempo, los principios que guían la práctica clínica** (por ejemplo, tratamiento de una infección en un paciente terminal) **y las consecuencias posibles en la propia acción** (¿añade calidad de vida?, ¿cómo estará previsiblemente dentro de 1 o 2 semanas?).

La **organización y el trabajo en equipo** son fundamentales para la atención global e integral del/la paciente, y es un aspecto base de la práctica médica en geriatría. Cuando más próximo está el final, más evidente se hace la necesidad de la **intimidad del/la paciente y su entorno relacional**.

Cuidados Paliativos y sujeciones

Los Cuidados Paliativos nunca implementan las sujeciones físicas para el control sintomático, sino que se buscan alternativas. Cada tratamiento o terapia a implementar y/o a suspender debe ir acompañado de un análisis exhaustivo de riesgo/beneficio, pensado **siempre en términos de calidad de vida**. Siempre se debe intentar buscar alternativas, individualizando a cada paciente, trabajando de manera interdisciplinaria, e incluyendo los deseos, miedos, expectativas, la existencia de directivas anticipadas del/la paciente y su familia.

Hay situaciones especiales hacia el final de la vida, cuadros de Delirium (trastornos conductuales, ansiedad, agresividad, etc.) donde se prioriza el control sintomático para evitar el sufrimiento dado por este cuadro confusional con excitación psicomotriz, y que en algunos casos requieren de la terapia de sedación paliativa, pero jamás se promueve en estas circunstancias la sujeción física para el alivio y/o control sintomático.

Un ejemplo muy común en fases avanzadas de las enfermedades crónicas no curables es plantearse si realmente es necesaria la sonda de alimentación, basándonos en el real beneficio que la alimentación le puede dar al/la paciente con cáncer o con demencia avanzada. Si para alimentarlo artificialmente, sabiendo los riesgos y beneficios de este tratamiento, se necesita sujetarlo (atarlo, contenerlo entre otros términos similares) para que no se toque la sonda o el catéter percutáneo, o la vía parenteral, habría que preguntarse: **¿la alimentación artificial modificará el curso de la enfermedad? ¿Aliviará el sufrimiento? ¿Cuál es el fin buscado: cantidad o calidad de vida? Y atar a una persona ¿es calidad de vida?**

Es importante **integrar al equipo de cuidados paliativos** en los centros donde se atienden a personas mayores, independientemente del estadio de la enfermedad que posean. De esta forma, se pueden comenzar a tratar los síntomas de manera precoz, con un abordaje integral, priorizando no solo el control de dichos síntomas, sino la calidad de vida, los deseos del/la paciente y la contención y acompañamiento hacia él/ella y su familia.

En el caso de que una institución no cuente con un equipo especializado, es muy recomendable realizar una interconsulta a Geriátría, Cuidados Paliativos o Bioética.

Es imprescindible que haya una **buena comunicación entre el equipo tratante, la familia y el/la paciente** (dependiendo de su estado consciencia) acerca de la real situación de enfermedad, explicando los beneficios y riesgos de los tratamientos posibles de iniciar, no iniciar o suspender, garantizando que se continuará con los cuidados de confort y alivio sintomático. Esto facilita enormemente la toma de decisiones conjunta, buscando siempre el mayor beneficio para la persona que padece una enfermedad avanzada, sea o no oncológica.

Un punto importante a tener en cuenta, fundamental en la toma de decisiones en pacientes terminales, son las **directivas anticipadas**. Si el/la paciente ha especificado que no desea ningún tipo de sujeción, constituye una **herramienta legalmente valiosa para evitar su uso**.

Por último, es importante tener en cuenta a la **Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas mayores**, que establece un serie de definiciones y alcance de los derechos de las personas mayores, también define principios convencionales, entre ellos: la promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, la valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo, la dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor, la igualdad y no discriminación, entre otros.

El final de la vida en las residencias de larga estadía y el uso de sujeciones físicas

Las **Residencias de larga estadía** (RLE) son entornos institucionales colectivos donde se brinda atención, asistencia en las actividades de la vida diaria, atención médica y de enfermería las 24 horas del día, los siete días de la semana, durante un período de tiempo indefinido (Froggatt y Reitinger, 2013; Sanford et al., 2015).

Las circunstancias de la atención al final de la vida en las residencias de larga estadía pueden fomentar el uso de restricciones físicas, incluso entre las personas que están muriendo. Los factores de riesgo para el uso de restricciones están abundantemente presentes en esta población: demencia y angustia física y psicosocial (Pivodic et al., 2018; Vandervoort et al., 2013) movilidad reducida, mayor dependencia, alto riesgo de caídas percibido, síntomas psiquiátricos y psicológicos asociados a las demencias, como agitación, reacciones catastróficas o agresión física, entre otras (Hofmann y Hahn, 2014).

Se demostró que las restricciones físicas no eran seguras ni efectivas. No reducen el riesgo de caídas o lesiones (Sze et al., 2012). Pueden tener consecuencias físicas negativas (por ejemplo, úlceras por presión, incontinencia urinaria y fecal, mayor dependencia de la marcha, además caídas), psicológicas (por ejemplo, ira, depresión) y sociales (por ejemplo, aislamiento social) para los residentes y la familia (Scheepmans et al., 2018). El uso de sujeciones aumenta considerablemente el riesgo y la persistencia del delirio (Inouye et al., 2014) y puede provocar la muerte (Bellenger et al., 2018).

Los ensayos clínicos y los estudios experimentales no aleatorizados mostraron que las restricciones físicas en las residencias para personas mayores pueden eliminarse casi por completo con niveles razonables de seguridad (Gulpers et al., 2012; Muñiz et al., 2016; Sze et al., 2012). Sin embargo, hasta la fecha no se dispone de datos basados en la población para monitorear la práctica de restringir físicamente a los residentes al final de la vida, comparar su prevalencia entre países y orientar la formulación de políticas para reducirla.

Abordaje Interdisciplinario: la clave para evitar sujeciones en cuidados paliativos

El **enfoque interdisciplinario** es fundamental en el abordaje de un/a paciente en cuidados paliativos, ya que el trabajo de cada profesional se potencia en el intercambio con el otro, en la contención tanto del/la paciente y de su familia, como de los miembros del equipo tratante.

Entre las distintas disciplinas que deben formar parte del equipo de salud para el correcto encuadre de este tipo de pacientes, además del médico, se encuentran:

- **Enfermerxs/cuidadorxs:** son quienes que tienen el contacto más estrecho con el/la paciente, asistiendo en las actividades de la vida diaria, suelen ser los primeros en detectar la presencia de síntomas de distress, así como también quienes mejor conocen sus gustos y preferencias. A menudo, tienen una estrecha relación con los familiares, y son los receptores de las dudas, los miedos y las expectativas relacionados con el tratamiento, la evolución de la enfermedad y el pronóstico.
- **Psicólogxs:** se ocupan de la contención de la familia, intentan colaborar en la toma de decisiones. Ayudan a pensar en función de lo que el/la paciente hubiera querido. También logran contener al equipo cuando hay diferencias.

- **Psiquiatras:** trabajan estrechamente con el/la médico/a geriatra y/o paliativista en el manejo de los trastornos de conducta que suelen presentar los/las pacientes en este estadio de la enfermedad. También pueden colaborar en la revisión de medicación.
- **Kinesiólogxs:** muchas veces son requeridos cuando existen complicaciones respiratorias. Cumplen un rol fundamental en el posicionamiento del/la paciente, buscando estrategias para evitar el uso de sujeciones.
- **Nutricionistas:** en algunas instituciones los/las nutricionistas colaboran en la flexibilización de la dieta.
- **Terapistas ocupacionales:** ayudan, en conjunto con kinesiólogos, a implementar estrategias y dispositivos para mejorar el posicionamiento del/la paciente y evitar el dolor físico.

Son parte también el equipo musicoterapeutas, fonoaudiólogos/as, trabajadores/as sociales, entre otros.

Cabe recordar que la complejidad del abordaje de los/las pacientes en cuidados paliativos hace que sea imprescindible la formación de un equipo con distintas disciplinas, que contemple un plan de trabajo y abordaje en forma conjunta. Como dijimos anteriormente, **la/el paciente debe tener opción, siempre que sea posible, de expresar sus preferencias y que estas sean respetadas.** Si esto no es posible, la familia es quien expresará su voluntad. Para ello es fundamental **conocer la biografía del/la paciente, sus gustos y deseos,** a través de la observación cotidiana de la persona y de sus reacciones ante las distintas situaciones de actividad y cuidados.

El equipo deberá reunirse tantas veces como sea necesario a fin de definir criterios e intercambiar experiencias.

En síntesis

- La atención al final de la vida, entendida como la prestación de cuidados a la persona en la última fase de su ciclo vital, puede oscilar desde unos pocos días hasta muchos meses, según la trayectoria de dicha enfermedad.
- Los cuidados paliativos son una herramienta fundamental para el alivio sintomático en todas las fases de la enfermedad, priorizando la calidad de vida del paciente y su familia.
- Los cuidados paliativos no avalan el uso de sujeciones en ninguna fase de la enfermedad, oncológica o no oncológica, sino que invitan a plantear alternativas para su uso.
- Cada una de las terapéuticas a implementar o suspender en aquellxs pacientes cursando la fase final de su enfermedad debe ser entendida en términos de calidad de vida, priorizando sus deseos.
- La mejor manera de abordaje del/la paciente con una enfermedad crónica terminal es a través de un equipo interdisciplinario, donde paciente y familia tengan un rol fundamental.
- Las directivas anticipadas y su especificación en cuanto al no uso de sujeciones constituyen una herramienta valiosa para evitarlas.

Bibliografía

Budinich, M.; Aravena, JM.; Gajardo, J. y otros. (2019). Demencias: Una mirada biopsicosocial. Santiago de Chile.

Gómez Busto, Fernando y col. (2009). Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. Revista española de geriatría y gerontología, 44(52), 29-36.

Gómez-Batiste, X.; Espinosa, J., Porta, J. y otros (2010). Modelos de atención, organización y mejora de calidad para la atención de enfermos avanzados terminales y sus familias: la aportación de los cuidados paliativos. Med Clin, 135(2), 83-89.

IAHPC (2018). IAHPC Global project. Disponible en: [International Association for Hospice & Palliative Care \(hospicecare.com\)](http://International Association for Hospice & Palliative Care (hospicecare.com))

Lunney, J.R.; Lynn, J.; Foley, D. y otros (2003). Patterns of functional decline at the end of life. JAMA, 289(18), 2387-2392.

OMS (2011). Palliative Care for older people: better practices. Disponible en: [Palliative care for older people: better practices \(who.int\)](http://Palliative care for older people: better practices (who.int))

OMS (2012). Nota descriptiva 297.

Rica Escuin, M. L. y col. (2013). Uso de las sondas de alimentación en el paciente con demencia avanzada. Revisión Sistemática. Rev Clin Med Fam, 6(1) 37-42.

Sebag-Lanoë, R; Lefebvre-Chapiro, S; Gomas, J-M (2005). Cuidados paliativos y acompañamiento en geriatría. EMC-Tratado de medicina, 9(2), 1-6.

SEGG (1999). Geriatría y medicina paliativa. Revista española de geriatría y gerontología, 34(2). Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-geriatria-medicina-paliativa-13011673

SEGG (2011). Manual del residente de geriatría. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid: SEGG.

SemFYC (2008). Guía de atención al paciente al final de la vida. Grupo de trabajo de Cuidados paliativos. Madrid: SemFYC.

Wenk, R. (2015). Cuidado Paliativo. Buenos Aires: Fundación FEMEBA.



Módulo 7:

Casos prácticos para la integración de conocimientos



Lic. Peralta Lorena

Licenciada en Enfermería. Jefa de Departamento de Enfermería en Fundación Nuevo Hogar Ledor Vador. Supervisora de enfermería en cuidados oncológicos Hospital Marie Curie. Miembro del grupo DESATAR Argentina. Diplomada en Gerontología y Geriatría por la SAGG.

Lic. Alejandro Sneibrum

Kinesiólogo Fisiatra, especializado en Gerontología y Cuidados Paliativos. Osteópata. Jefe del Servicio de Rehabilitación del Hogar Le Dor Va Dor. Miembro de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría (SAGG). Coordinador de la Diplomatura de Gerontología de la SAGG.

Introducción

Las personas que brindan cuidados toman decisiones continuamente. Estas decisiones, por lo general, han de tomarse optando entre alternativas diversas, llenas de interrogantes, lo cual implica tener que evaluar riesgos, beneficios, probabilidades, etc., dentro de un marco cargado de incertidumbre.

Estar ante un caso real es muy diferente a como lo vemos en la teoría; el conocimiento suele ser abstracto si no se puede aplicar a alguna situación concreta.

Para ponderar los conocimientos y herramientas conceptuales adquiridas, vamos a recorrer juntxs el relato de dos casos basados en la realidad y exponer cuáles han sido las intervenciones, conforme a la elección entre una serie de alternativas posibles.

La preparación

Para el abordaje de una situación se requieren, en primer lugar, disponer de toda la información que se cuenta del caso. En esta etapa se realiza la anamnesis o recolección de datos que puede ser a través de la historia clínica, valoración céfalo-caudal o entrevista con la persona mayor, o su red social de apoyo (familia, amigos, cuidadores, etc.).

Intentaremos recolectar información sobre el comportamiento, caídas previas con o sin lesiones, movilización con o sin dispositivos de apoyo, si tiene alguna alteración sensorial (visión, audición), si utiliza sujeciones mecánicas, lista de fármacos que tiene indicados y horarios, si es continente, etc.

El trabajo en equipo interdisciplinario

El equipo interdisciplinario está formado por todos los profesionales presentes en la institución, idealmente: médico/a, psicólogo/a, terapeuta ocupacional, nutricionista, enfermero/a, cuidador/a, acompañante terapéutico, fonoaudiólogo/a, etc. De igual manera puede realizarse el encuentro con un equipo más reducido. Es importante señalar, también, que la familia es un eslabón fundamental para la adherencia a las intervenciones.

Con toda la información disponible, se reúne el equipo interdisciplinario para intercambiar opiniones, acordar objetivos y un plan de intervención para el retiro de sujeciones. Aquí se exponen factores predisponentes a la colocación de sujeciones como puede ser una persona con deambulación errática, dificultad para el posicionamiento adecuado, utilización de dispositivos médicos (sondas, venoclisis, etc.), caídas frecuentes y/o miedo de la familia a las lesiones.

Es importante tener presente que no existe un algoritmo para la implementación de las estrategias, la mejor elección dependerá de las necesidades de la persona mayor y su historia de vida, ponderando la dignidad de la persona por encima del uso de las sujeciones.

Aplicación de un plan de cuidados libre de sujeciones

Una vez definido el plan de intervención y la elección de las mejores estrategias, se procede a la implementación del mismo. Aquí, es fundamental mantener una comunicación efectiva con todo el personal que brinda los cuidados/apoyos, de manera de favorecer el éxito de las intervenciones.

La ejecución del Plan de cuidados implica aplicar las intervenciones elegidas, realizar una valoración de su aplicabilidad y dejar registro de las mismas, así como dar informes verbales de las novedades al turno entrante.

El personal de enfermería y/o asistencia tiene mucha responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye también al o a la paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. Se debe realizar una valoración continua de la persona y de las actividades que se llevan a cabo, dado que la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados en la etapa de evaluación.

Evaluación

Se trata de comprobar la eficacia de las intervenciones implementadas, si se obtuvieron los resultados planteados y, de acuerdo con ello, realizar los cambios oportunos (Fernandez Lasquetty Blanc, 2019). La evaluación se hace en tres niveles: por una parte, se evalúa el logro de resultados, por otra se evalúa el plan de cuidados y, en tercer lugar, el confort de la persona.

La evaluación se realiza, inicialmente, en las primeras horas y luego con el correr de los días siguientes.

Marcela, 74 años

Se solicita una evaluación interdisciplinaria para analizar la situación de Marcela, que vive en una residencia de larga estadía en CABA desde hace 2 años. Motiva esta solicitud que el personal encuentra a Marcela con los pies sobre la baranda de la cama en reiteradas ocasiones. Y, también en varios momentos, Marcela solicita que la baranda sea retirada.

La preparación personal para el caso

Se realiza una evaluación detallada del estado de la residente teniendo en cuenta:

1. Datos de la historia clínica, reportes de enfermería y diario de sueño.
2. Evaluación kinésica.
3. Evaluación ambiental de la habitación.
4. Entrevistas con el personal de asistencia directa, cuidados y la residente.

Datos generales y antecedentes de la Historia Clínica

Marcela ingresa a la institución orientada en tiempo, espacio y persona, en el mes de marzo de 2018. Anteriormente, vivía en su domicilio con cuidadoras de apoyo continuo 24 hs. Tiene 3 hijos que viven en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En la institución, la residente permanece con su cuidadora durante el día y por la noche duerme sola en su habitación, que mantiene la disposición y mobiliario que solía usar en su casa. Duerme en cama común.

Antecedentes clínicos:

- Síndrome depresivo de larga data en tratamiento de mantenimiento al momento de la evaluación.
- Insomnio.
- Apneas de sueño.
- Fractura consolidada sin resolución quirúrgica de ambos hombros (2014 y 2016). Sin funcionalidad en ambos hombros.
- Fractura de cadera con colocación de osteosíntesis (2012).
- Apendicectomía (1999).
- Inestabilidad de la marcha.
- Caídas a repetición durante el año 2018:

Fecha	Evento
02/04/2018	Caída de la cama por deslizamiento se encontraba acompañada de su cuidadora. Hora del evento: 18:00. Sin consecuencias
30/04/2018	Caía en el trayecto al baño. Se encontraba acompañada de su cuidadora. Hora del evento: 15:40. Sin consecuencias.
27/06/2018	Caía fuera del ámbito de la residencia. Fue a su domicilio para retirar elementos personales y se tropieza con un bolso al salir. Se encontraba acompañada de su cuidadora. Lesión leve: hematoma en rodilla.
31/07/2018	Caída desde la cama, por la noche. Hora del evento: 01:00. Consecuencia: Traumatismo encéfalo-craneano (TEC).
04/08/2018	Caída desde la cama, por la noche. Hora del evento: 12:00. Consecuencia: TEC.

Caída desde la cama, por la noche. Hora del evento: 12:00. Consecuencia: TEC.

Medicación reglada diaria

Anticoagulante (dabigatán)
Beta bloqueante (bisoprolol)
Antiarrítmico (amiodarona)
Antidepresivos (desipramina)
Inductor del sueño (zopiclona administrada en la Noche)

Datos de los reportes de enfermería y del diario de sueño

Marcela duerme en cama con barandas largas, se despierta alrededor de las 10 am y según lo que ella refiere “quiere poder levantarse sola para ir al baño”. Durante la noche se despierta en ocasiones y llama para que la asistan, el personal de enfermería la acompaña al baño. En algunas ocasiones Marcela usa el timbre.

Evaluación de Kinesiología

Desde su ingreso a la institución Marcela no ha tenido buena adherencia al tratamiento, la mayoría de las veces la excusa ha sido que tiene “fiaca de hacer gimnasia”, sin embargo, en los últimos tiempos ante su insistencia de querer estar sin la baranda se la ha motivado a trabajar y concurrir diariamente al servicio.

Test de desempeño motor:

- Velocidad de marcha (VM): 0.90 m/seg.
- Timed Up and Go (TUG): 13:35 seg.
- Berg Balance Scale (BBS) (5): 37/56 puntos

A nivel internacional, la **VM** en personas mayores varía entre 0,60 y 1,70 m/. (Sgaravatti et al., 2018). Si bien la residente presenta una muy buena velocidad de marcha para la edad, en las pruebas del **TUG** y el **BBS** presenta valores que se asocian a un 100% de riesgo de presentar caídas (Ugarte & Vargas R, 2021, 1302-1310).

El **BBS** es un test que se creó con el propósito de medir la habilidad de balance de personas mayores y monitorear cambios de esta habilidad a través del tiempo (Cobo Mejía & Hernández Álvarez, 2004, 28-36). Consta de pruebas que implican fuerza y coordinación y pruebas que evalúan el equilibrio. En el caso de Marcela las pruebas más comprometidas son las que tienen que ver con el equilibrio. Las transferencias las hace en forma regular, ya que no suele descender a la silla en forma controlada, por incapacidad funcional no puede usar manos para controlar el descenso.

Al momento de la consulta al equipo de caídas, la residente realiza, como parte del tratamiento kinésico, ejercicios en paralelas, marcha sin asistencia en trayectos largos con buena tolerancia, con custodia, no refiere dolor, ni disnea, no presenta claudicación. Se entrena técnica de transferencia.

Entrevista al personal de asistencia

A partir de lo conversado con el personal de asistencia, se desprende lo siguiente:

Marcela duerme con camión largo, lo que podría entorpecer la salida de la cama. El calzado no es adecuado, ya que parecería resbalar en el piso, se observa suela gastada.

Según enfermería, la paciente no prende la luz durante la noche cuando se levanta para ir al baño.

De la conversación con la residente surge que, de retirarse la baranda, ella se compromete a llamar a un asistente si desea levantarse, pero la experiencia de eventos anteriores nos dice que es probable que no lo realice, ya que en múltiples ocasiones no ha llamado argumentando “que tardan mucho en asistirla”.

Evaluación ambiental

La habitación se encuentra lejos del office de enfermería, la disposición del mobiliario de la habitación es el mismo que se encontraba en su casa. La cama es de madera común con barandas completas y se encuentra próxima al baño. Enfermería le coloca el timbre en la baranda.

El calzado es inadecuado.

Informe del Equipo de Caídas y movilidad

Se constata que Marcela es una residente con alto riesgo de caer y, al encontrarse anticoagulada, tiene alto riesgo de caída con lesión. La residente desea poder manejarse sola, es consciente de su deterioro, argumenta “yo estoy bien, pero no tengo equilibrio”.

El **principal factor de riesgo** a abordar es el circuito cama-baño a fin de hacerlo más accesible a sus capacidades y continuar con el entrenamiento kinésico, aprovechando que mejoró su adherencia al mismo. Por este motivo, y como reconocimiento a su trabajo en el área, se considera que es importante empoderarla concediendo a su mayor deseo: dormir con baranda corta, y evaluar estrategias nocturnas para disminuir el riesgo de producirse una caída. Se considera posible acceder a su pedido bajo las siguientes estrategias:

- Cambio de **cama con baranda corta** (baranda bastón) que le permita salir fácilmente de la misma.
- Evaluar **cambio de habitación** por una de paso frecuente o cerca del office de enfermería. En este caso, procurar que tenga la misma disposición del mobiliario actual.
- Aumentar la **frecuencia** con que enfermería **visita** a Marcela durante la noche, y registrar en el diario de sueño.
- Evaluar colocación de **sensor de movimiento** (con tecnología infrarroja o alfombras con sensor de peso al pie de la cama), que advierta al personal de asistencia que la residente se está levantando.
- Sugerir **ropa de cama** más segura.

- Cambio de **calzado nocturno**, ya que las pantuflas que tiene no presentan buen agarre al piso.
- Colocar **cintas antideslizantes** en el piso en la salida de la cama.
- Evaluar la posibilidad de colocación de **barandas en el trayecto al baño**.
- Si la residente lo tolera, evaluar la posibilidad de dejar la **luz encendida** del baño o colocar un dimmer o **regulador de intensidad de la luz**, para poder dejarla encendida durante la noche.

¿Cómo se resolvió este caso?

Aplicación del plan de cuidados y evaluación

Se implementó el cambio de habitación a una más cercana al office; al equipo de enfermería se le requirió prestar especial prioridad a esta habitación; se dejó la puerta abierta para una mayor visibilidad durante la noche; se realizó un seguimiento por hora del descanso nocturno. Junto con la familia, se realizó cambio de ropa de descanso: camisones más cortos y/o tipo pantalón, se cambiaron las pantuflas por un calzado más seguro con suela antideslizante y se comenzó la búsqueda de un sensor de movimiento que, si bien no es de alto costo, suele ser difícil de conseguir en Argentina. Se colocaron cintas antideslizantes en el piso a la salida de la cama y se dejó la luz del baño encendida y luces guía.

Se juntó todo el equipo luego de 2 semanas para evaluar los avances: se observó que las intervenciones estaban siendo efectivas, el reporte de enfermería informó que encontraba a Marcela sentada en la cama o intentando ir al baño y que no hubo eventos de caídas.

Se acordaron encuentros para reevaluar durante los meses siguientes. No se presentaron más eventos de caídas.

Miriam, 98 años

El 10 de agosto 2019 se solicita al Grupo de Caídas la evaluación de Miriam de 98 años, quien sufrió tres caídas durante la noche y a quien se le asignó la colocación de baranda y sujeción en cama.

La preparación personal para el caso

Se realiza una evaluación del estado de la residente, teniendo en cuenta:

1. Los datos de la historia clínica y el reporte de enfermería.
2. La entrevista al personal de asistencia directa y cuidadoras.
3. La evaluación kinésica.
4. La evaluación ambiental de la habitación.

Datos de la historia clínica al momento de la consulta

Miriam ingresó a la residencia en octubre de 2015. Antes, residía en su casa con una hermana, quien también ingresó al hogar junto con ella y falleció en el año 2017. Tiene una sobrina como contacto familiar. Una cuidadora viene por las tardes de 16 a 19 hs. y otra cuidadora concurría en el turno noche todos los días. Pero, desde hace 1 mes su cuidadora nocturna ya no la asiste y la sobrina pidió a su médica que su tía se quedara sola en el descanso nocturno, ya que no puede solventar el gasto.

Actualmente, se encuentra desorientada en tiempo y, en ocasiones, en espacio. Miriam duerme sola en su habitación, en cama de madera común con barandas completas de ambos lados y con sujeción en la cama desde los eventos de las caídas. Previamente, solo la tenía elevada del lado derecho y sin sujeción.

Antecedentes clínicos

- Demencia. Déficit global cognitivo moderado con un Mini-Mental State Examination (MMSE): 19.
- Artrosis.
- Cataratas. Disminución severa de la agudeza visual.
- Colectomía (2010).
- Inestabilidad en la marcha con riesgo de caídas.
- Incontinencia urinaria funcional, usa apósitos.

Una semana antes de consultar al Equipo de Caídas, Miriam sufre tres caídas seguidas, aparentemente, al querer ir al baño durante la noche ya que el personal la encuentra en el trayecto al mismo.

Fecha	Evento
01/08/2019	Caída de la cama. Se la encuentra sentada en el piso al lado de la cama. Hora del evento: 23:00. Sin consecuencias
01/08/2019	Caía en el trayecto al baño. Se encuentra orina en el piso. Hora del evento: 02:00. Consecuencias: hematoma en zona de cadera derecha y glúteo.
02/08/2019	Caída en el trayecto al baño. Hora del evento: 22.30. Sin consecuencias.

El médico de guardia notifica a la sobrina de Miriam sobre sus caídas y ésta solicita que se le coloque baranda y sujeción en cama para evitar que se lastime. Durante el fin de semana en que ocurren los eventos, Miriam duerme en la cama con barandas. Se muestra inquieta, se quiere levantar de la cama y pasar por encima de la baranda, por tal motivo, se decide la colocación de una sujeción a la cama.

Entrevista al personal de asistencia

En entrevista con la cuidadora del turno tarde, quien también asistió a la paciente durante la noche, se indaga sobre la rutina nocturna y se obtienen los siguientes datos:

La residente duerme con camisión largo y sin ropa interior. Se coloca pantuflas cuando se levanta para ir al baño. No tiene el hábito de encender la luz, por lo que su cuidadora la deja encendida. Realiza la praxis de uso del inodoro e higiene sola, en ocasiones requiere asistencia para completar la tarea, siempre requiere supervisión por su disminución visual y también refuerzo verbal. Si las pantuflas están alineadas a sus pies, logra ponérselas sola antes de levantarse.

Mirian se acuesta a las 20:00 y suele dormirse enseguida.

Alrededor de las 22:30 ó 23:00 y 3:00 se levanta para ir al baño.

Cuando se desviste para ir a dormir, enfermería deja su ropa en una silla. En ocasiones, la residente se despierta por la noche y comienza a cambiarse.

Cada vez que se despierta pregunta la hora. La cuidadora le responde y luego la invita a acostarse nuevamente. Cuando se niega, le propone que se siente en el sillón, la cuidadora observa que no se deslice, después de un rato, la invita a acostarse nuevamente.

De vez en cuando, se queja de dolor en la columna lumbar, motivo por el cual se despierta y se agita en la noche. Puede llegar a pasar dos horas deambulando en la habitación por quejas. En esos casos, la cuidadora le ofrece que se siente en el sillón.

En una ocasión la cuidadora colocó las barandas durante la noche para escucharla si se levantaba. Luego, encontró a Miriam intentando pasar por encima de las barandas.

Medicación reglada diaria

Paracetamol 500 mg 4 veces por día
Melatonina 9 mg nocturno
Risperidona 0.25 mg 2 veces por día
Omeprazol 20 mg al día
Paroxetina 10 mg al día

Evaluación Kinésica

La residente se niega a participar de las sesiones de kinesiología en forma regular. Sin embargo, en ocasiones, se ha podido trabajar en su sector.

Se dificulta realizar los test de desempeño motor por falta de comprensión de consignas. Se evalúa el manejo en su habitación, logra bipedestar y sedestar sin uso de las manos, realiza las transferencias silla - cama de forma adecuada. Utiliza zapatos de taco chino de 2 cm para deambular. Se observa inestabilidad en la marcha. En ocasiones, requiere tomarse de las paredes, por lo que se podría beneficiar si se colocan barandas. Es dependiente para la mayoría de las AVD. Su rutina de actividades las resuelve con la ayuda del tacto y con asistencia, debido a su dificultad visual.

Su kinesiólogo intenta enseñarle a utilizar el andador, pero Miriam se lo olvida con facilidad. Cuando sufre dolor lumbar, recibe fisioterapia analgésica.

Evaluación ambiental

Se observa que la luz del zócalo no funciona y la baranda del baño presenta un juego de movimiento lateral, volviéndola inestable. La cama se encuentra ubicada en un extremo de la habitación, alejada del baño.

Informe del Equipo de Caídas

Miriam presenta alto riesgo de caídas durante la marcha, situación que se incrementa por la noche debido a la agitación que le desencadenan los síntomas físicos como el dolor lumbar o la necesidad de concurrir al baño.

Se sugiere fomentar la movilidad para mantener valores funcionales y abordar los factores de riesgos modificables para tratar de disminuir las caídas o el riesgo de lesión en las mismas, si ocurrieran. Asimismo, se sugiere realizar una reunión del equipo interdisciplinario con su sobrina para hablar sobre el abordaje de la paciente, la importancia de la no sujeción y el riesgo de caídas con consecuencias graves por el uso de barandas completas.

Por lo evaluado, se sugieren varias opciones como estrategia superadora de la situación actual:

- Reparación de la luz del zócalo (luz nocturna) ya que la que se encuentra próxima al baño no funciona.
- Reparación de la baranda del baño.
- Colocación de barandas en la pared en el trayecto de la cama al baño.
- Ubicar la cama más próxima al baño.
- Comunicación al personal nocturno que asiste a Miriam sobre su rutina (horario en las que concurre al baño, uso de pantuflas, luz prendida, etc.).
- Retirar y dejar guardados zapatos y ropa ya que se desorienta en tiempo e intenta vestirse si se despierta en mitad de la noche.
- Evaluar la posibilidad de disminuir la ingesta de líquidos durante la tarde – noche. Llevar un diario vesical nocturno. Procurar que enfermería concorra en la franja horaria que suele levantarse para acompañarla al baño.
- Evaluar la posibilidad de dejar la luz del baño encendida, ya que no tiene el hábito de encenderlas cuando se levanta por la noche.
- Optimización de la medicación analgésica en los momentos en que se reagudiza su lumbalgia.
- Evaluar colocación de sensor de movimiento.

¿Cómo se resolvió este caso?

Aplicación del plan de cuidados y evaluación

En primer lugar, se llevó a cabo una reunión entre el equipo y la familia de Miriam, a fin de evacuar dudas y abordar los miedos. Se identificó a la persona del equipo que tiene un vínculo estable con la familia, y ésta fue quien lideró la charla, enfocándonos en los cuidados dignos y en el objetivo de procurar bienestar a la persona mayor. Se transmitió que la sujeción no reduce las caídas y se compartió bibliografía que respalda este concepto. Se fundamentó que el equipo considera que el abordaje debe realizarse sin las sujeciones y se acordaron los pasos a seguir.

Se implementó la reparación de la luz del zócalo (luz nocturna) y de la baranda del baño. Se colocaron nuevas barandas en la pared en el trayecto cama-baño. Se cambió el lugar de la cama, para que este más próxima al baño.

El equipo de enfermería comunicó al personal nocturno sobre la rutina de Miriam (horario en las que concurre al baño, uso de pantuflas, luz prendida, etc.). También se modificaron algunos aspectos de esta rutina de asistencia: guardado de ropa en el placard, para quitarla de la vista de Miriam durante la madrugada; implementación de un diario de sueño con la concurrencia de personal una vez por hora durante la noche y ofrecimiento de ir al baño en los horarios habituales, para evitar que quiera ir sola. Además, se estableció que la luz del baño quede encendida durante la noche y las luces guía estén funcionando correctamente.

Con el médico se armó un esquema de ingesta de líquidos diario que disminuye durante la tarde – noche y se implementó un diario vesical nocturno. Se dispensó analgesia de rescate para suministrarle ante los episodios de dolor.

Se requirió a la familia la búsqueda de un sensor de movimiento.

Luego de una semana, se reunió el equipo para evaluar los avances. Se observó que las intervenciones estaban siendo efectivas, la frecuencia de caídas disminuyó de 3 por día a 1 por semana.

Se acordaron encuentros semanales para analizar la nueva información y reevaluar el plan de intervención. Durante los meses siguientes, no se presentaron otros eventos de caídas.

Conclusiones

Esperamos que la información y reflexiones de los casos presentados contribuyan al proceso de comprensión, asimilación de la teoría y toma de decisiones en los espacios de trabajo.

El recorrido conceptual abordado en este módulo tiene el propósito de brindar herramientas para que las personas cursantes puedan imaginar alternativas creativas, económicas, adaptadas a cada situación que promuevan el trato digno de las personas mayores. Cuidar no solo involucra la integridad física de la persona, también comprende su desarrollo y autonomía.

Bibliografía

Cobo Mejía, E. A., & Hernández Álvarez, E. (2004). Aplicación del test de Balance de Berg en un grupo de adultos mayores en la sede asistencial Ricaurte del Hospital Centro Oriente de la Ciudad de Bogotá. *Ascofi*, 49 (Scholar), 28-36. https://www.researchgate.net/profile/Elisa-Cobo-Mejia/publication/304663095_Aplicacion_del_test_de_balance_de_Berg_en_un_grupo_de_adultos_mayores_en_la_sede_asistencial_Ricaurte_de_la_sede_Centro_-_Oriente_de_la_ciudad_de_Bogota_Estudio_piloto/links/57766c

Fernández Lasquetty Blanc, B. (2019, septiembre 1). La gestión de Cuidados de enfermería. *contenidos.salusplay*. Retrieved March 28, 2023, from <https://contenidos.salusplay.com/hubfs/ebooks/Gestion-cuidados-enfermeria.pdf?hsLang=es>

Sgaravatti, A., Santos, D., Bermúdez, G., & Barboza, A. (2018, Dic). Velocidad de marcha del adulto mayor funcionalmente saludable. *Scielo Uruguay*, 5 (Versión online ISSN), 2301. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542018000200093#:~:text=A%20nivel%20internacional%20la%20VM,VM%20de%201.16%20m%2Fs.

Ugarte, J. E., & Vargas R, F. (2021). Sensibilidad y especificidad de la prueba Timed Up Go. Tiempos de corte y edad en adultos mayores. *Revista médica Chile*, 149 (Scielo), 1302-1310. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v149n9/0717-6163-rmc-149-09-1302.pdf>

Palabras finales

El abordaje de una temática tan importante y sensible para las personas mayores y su entorno es una conquista más a favor de la consolidación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores en los programas de capacitación y ejecución de políticas gerontológicas.

Las sujeciones privan a la persona de su autonomía y, por consiguiente, avasallan su libertad y trato digno al tiempo que generan dependencia, inmovilización, pérdida de autoestima y aislamiento.

Este libro es el final de un proceso que comenzó con la elaboración de un curso virtual, que alcanzó en sus primeras dos ediciones -de marzo a junio de 2023- a más de 2300 participantes, la mayoría, trabajadores y trabajadoras de Residencias de larga estadía, centros de día, personal del ámbito de la salud y el cuidado en hospitales y funcionarios/as y personal que trabaja en la gestión de políticas gerontológicas locales. Para todas ellas nuestro reconocimiento por su constante interés en actualizar sus conocimientos y disposición para pensar en nuevas prácticas superadoras.

Comprendemos ahora, de la mano de expertos y expertas en la materia, que el cuidado de una persona mayor sin sujeciones le aumenta la calidad de vida y alivia a sus familiares y personal de salud de la penosa responsabilidad de mantener esa situación contraria al paradigma de los derechos humanos.

Y finalmente agradecemos a todas las personas que hicieron posible la concreción de este proyecto: a los y las profesionales del grupo Desatar Argentina y a los equipos técnicos de la SAGG y de la Subgerencia de Capacitación Gerontológica de PAMI por la realización de los cursos virtuales y de esta publicación, que esperamos sea un material de consulta y reflexión para todas las personas interesadas en la temática.

Dra. Mónica Roqué
Secretaria de Derechos Humanos,
Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado de PAMI

