



25 CONGRESO
SEFAP • JEREZ
25-27 Mayo 2022

25 años SEFAP

De la calidad terapéutica a la calidad asistencial

SUJECCIÓN QUÍMICA EN ANCIANOS Y MANEJO DE OTRAS POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN

Dra. Ana Urrutia Beaskoa





NUESTRA EXPERIENCIA DESDE @CUIDADOSDIGNOS



USO DE SUJECIONES FÍSICAS

La prevalencia global de utilización de dispositivos de sujeción en los centros asistenciales españoles ronda entre un 10% y un 20%, cuando la mayoría de **países desarrollados NO las utilizan.**

USO DE SUJECIONES QUÍMICAS

➤ Según un estudio, dentro del proyecto “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”: El porcentaje de uso de psicotrópicos en los servicios (residencias y unidades psicogerítricas) para demencias analizados oscilaba entre un **48%-67%**, dato que resulta cuando menos “preocupante”.

➤ Entre un **50% y un 80% de las personas con enfermedad de Alzheimer** consumen esos medicamentos a diario y por largos periodos de tiempo.

➤ Prácticamente la totalidad de las personas con demencia reciben psicofármacos en algún momento de la enfermedad.¹

➤ Esto sucede pese a que los resultados obtenidos en los ensayos clínicos de mayor calidad tan sólo arrojan en el mejor de los casos **beneficios modestos**, a costa de un riesgo considerable de efectos adversos graves.²

➤ Las benzodiacepinas y los neurolepticos son los psicofármacos más frecuentemente prescritos en el medio residencial (33% benzodiacepinas, 31% neurolepticos), según se desprende de un estudio de amplio tamaño muestral (n=2,437) realizado en 43 residencias del ámbito privado español.¹

➤ Los antidepresivos, los inhibidores de la colinesterasa y los neurolepticos son los psicofármacos más frecuentemente prescritos en las personas con demencia no institucionalizadas.²

1. Calvó-Perxas L, Turró-Garriga O, Aguirregomez M, Bisbe J, Hernández E, López-Pousa S, et al. Psychotropic drugs in patients with Alzheimer's disease: a longitudinal study by the Registry of Dementias of Girona (ReDeGi) in Catalonia, Spain. J Am Med Dir Assoc. 2014 Jul;15(7):497-503.

2. Madhusoodanan S, Ting MB. Pharmacological management of behavioral symptoms associated with dementia. World J Psychiatry. 2014 Dec 22;4(4):72-9.

1. Olazarán J, Valle D, Serra JA, Cano P, Muñiz R. Psychotropic medications and falls in nursing homes: a cross-sectional study. J Am Med Dir Assoc. 2013 Mar;14(3):213-7.

2. Olazarán J, Agüera-Ortiz L, Osorio RS, León-Salas B, Dobato JL, Cruz-Orduña I, et al. Promoting research in advanced dementia: early clinical results of the Alzheimer Center Reina Sofía Foundation. J Alzheimers Dis. 2012;28(1):211-22.

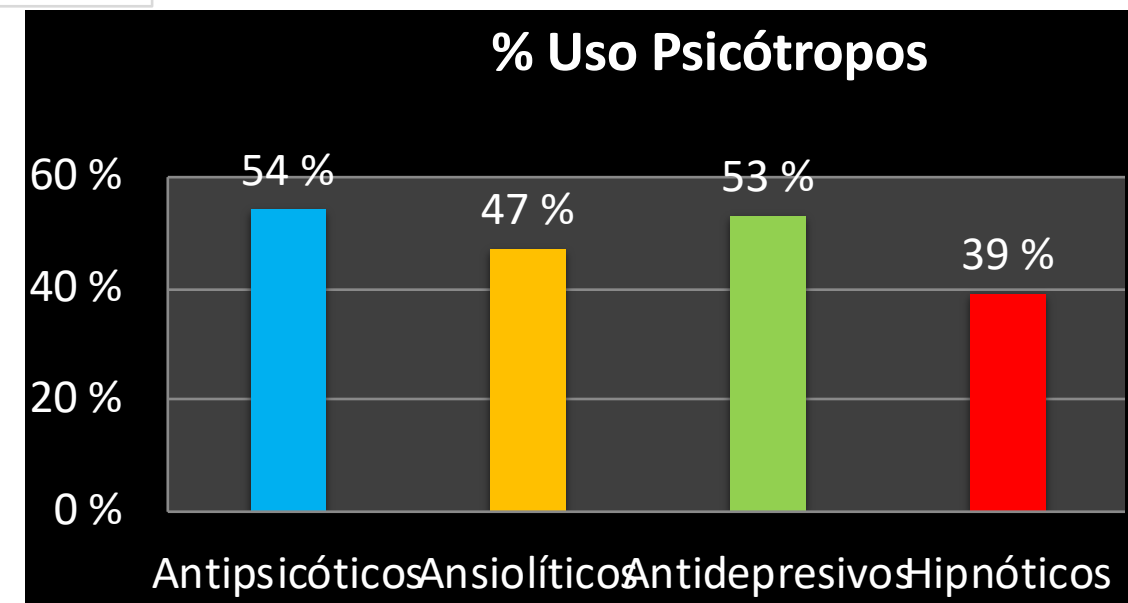
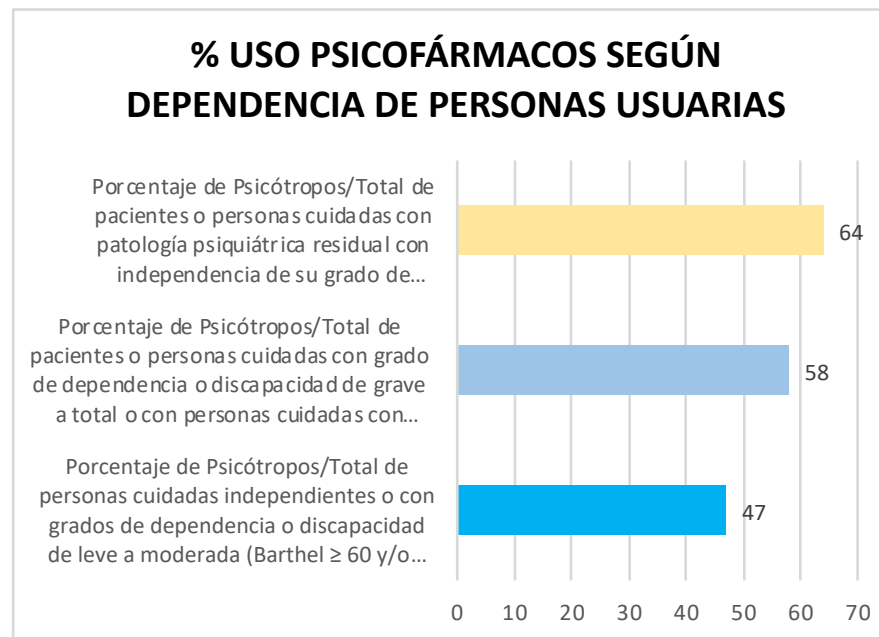
PANORAMA NACIONAL

PREVALENCIA DE USO DE SUJECIONES FÍSICAS

La prevalencia global de utilización de dispositivos de sujeción en los centros asistenciales españoles ronda entre un 10% y un 20%, cuando hay países que NO las utilizan.



PREVALENCIA DE USO DE PSICOFÁRMACOS



Datos extraídos del Diagnóstico Libera-Care de centros preimplantación de la Norma Libera-Care de los 2 últimos años.

SITUACIÓN ACTUAL - CULTURA DE PAÍS



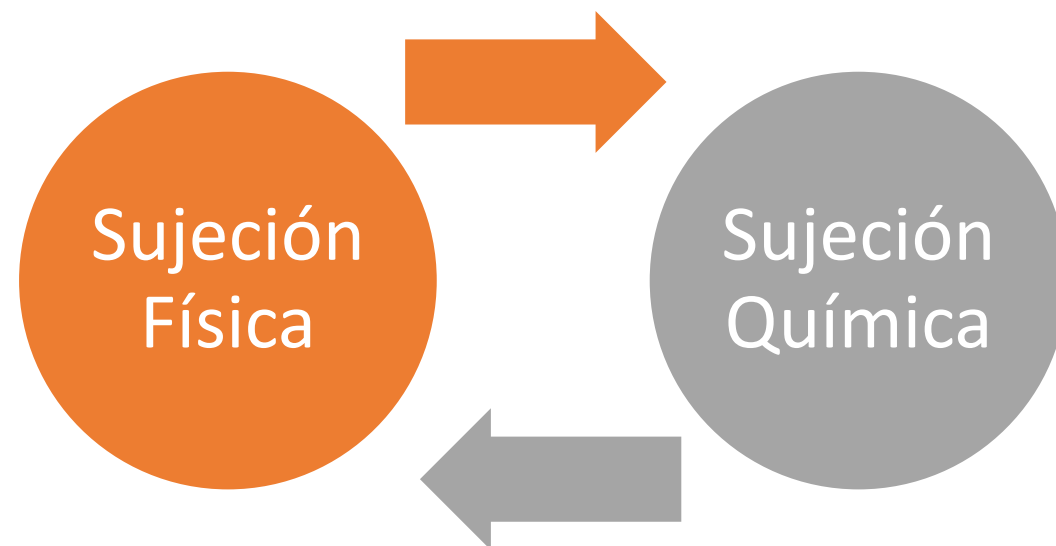
CONSECUENCIAS DE LAS SUJECIONES

Sujeciones Físicas:

- **Efectos físicos:**
 - Úlceras por Presión.
 - Infecciones.
 - Incontinencias (urinaria y fecal).
 - Disminución del apetito.
 - Estreñimiento.
 - Pérdida del tono muscular - Atrofia y debilidad.
- **Efectos Psicológicos:**
 - Miedo / Pánico.
 - Vergüenza
 - Ira. Agresividad.
 - Depresión.
 - Aislamiento Social.
 - Retiro/ Apatía.

Sujeciones Químicas:

- Delirium/ alteración del pensamiento.
- Deterioro del estado cognitivo.
- Deterioro de la comunicación.
- Deterioro del estado de ánimo.
- Deterioro de los síntomas conductuales.
- Depresión.
- Alucinaciones.
- Deterioro funcional físico.
- Uso de sujeciones físicas.
- Movimientos físicos de repetición.
- Problemas de equilibrio.
- Hipotensión. Mareo/ Vértigo/ Síncope.
- Marcha inestable.
- Caídas - Fractura de cadera.
- Problema de deglución.
- Deshidratación.
- Estreñimiento - impactación fecal.
- Retención de orina.



No podemos desligar el uso de la Sujeción Física al uso de la Sujeción Química ni viceversa.
El uso de una conlleva el uso de la otra.

**¿POR QUÉ TENEMOS
QUE DEJAR DE
SUJETAR?**



Porque es INDIGNO

Sujeta físicamente, sujeta (“dormida”) químicamente....

Porque Transgrede los DERECHOS
Porque No es APCP
Porque es MALEFICIENTE
Porque ¿ES CUIDAR?
Porque NO HACE FALTA
Porque NO es CALIDAD DE VIDA
Porque la EVIDENCIA CIENTÍFICA LO AVALA
Porque es FÚTIL
Porque el PROBLEMA NO está en ELLOS, está en NOSOTROS
Porque NO podemos CUIDAR ASÍ a PERSONAS
Porque es POSIBLE





¿CÓMO LO HACEMOS?

CAMBIO DE PARADIGMA

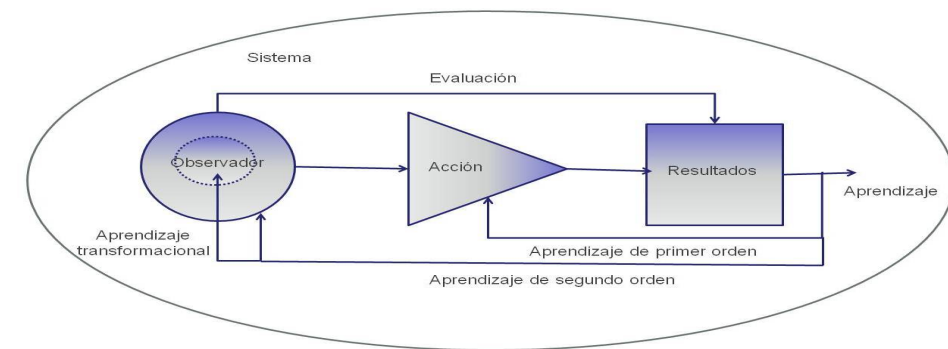
Tanto la SUJECCIÓN (física y química) como su
ELIMINACIÓN debemos entenderla en el
contexto global de un

MODELO DE CUIDADO COMPLETO

CENTRADO EN LA PERSONA



NO SE TRATA SOLO DE ALTERNATIVAS



...cambiar el observador ...

EL USO DE SUJECCIÓN ESTÁ ASOCIADO A UN
ABORDAJE NO CENTRADO EN LA PERSONA
ES MÁS UN PROBLEMA DE GESTIÓN QUE UN
PROBLEMA CLÍNICO

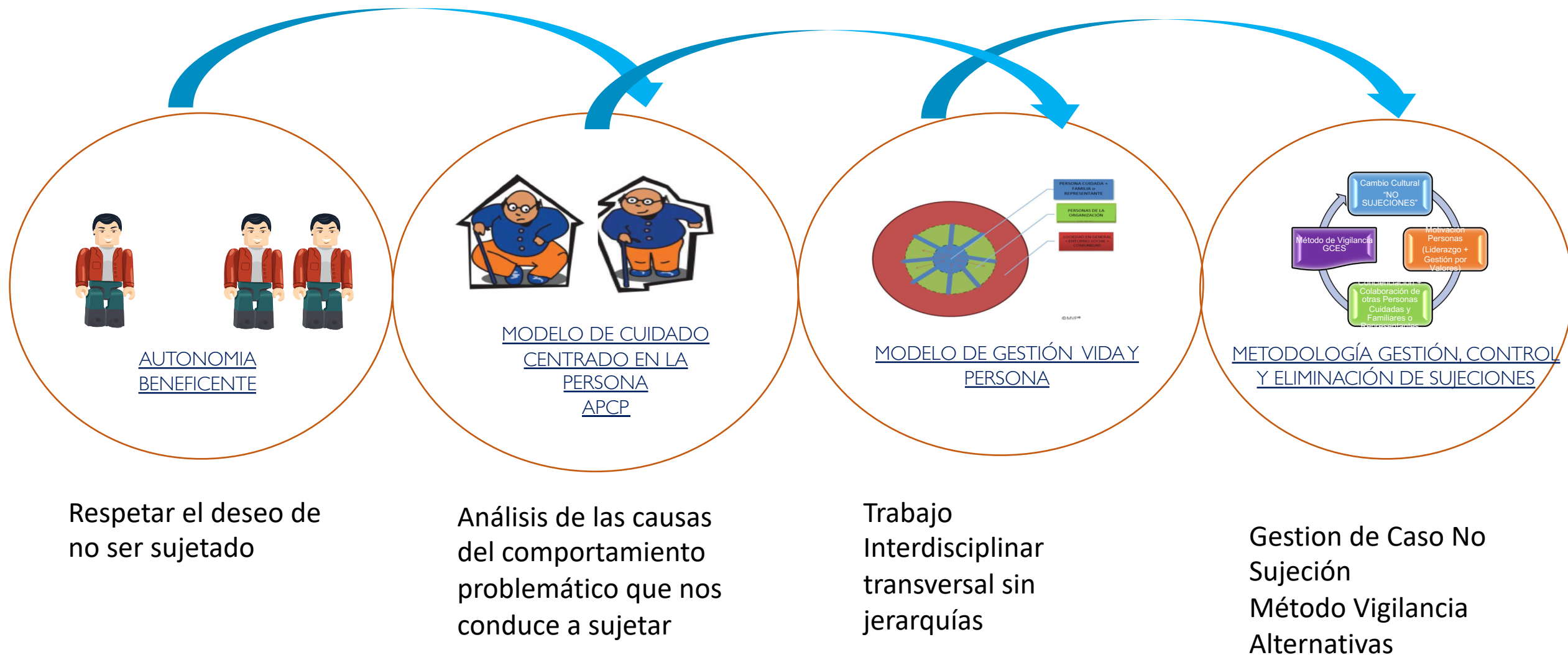


ES UN
PROBLEMA DE
GESTIÓN DE
PROCESOS DE
CUIDADO

Modelo “Libera - Care Iceberg”



LA CADENA LIBERA-CARE



SUJECCIÓN FÍSICA



“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.”

(JBI, 2002 Physical Restraint - Pt 1: Use in Acute and Residential Care Facilities, *Best Practice* Vol 6 Iss 3, Blackwell Publishing Asia, Australia)

SUJECCIÓN QUÍMICA

“El uso de fármacos, fundamentalmente aquellos que actúan a nivel del SNC, que reducen la movilidad de la persona, de manera que quedan inhibidas sus actividades (salir de la cama, ir al cuarto de baño, participar en actividades sociales,...) con el objetivo de manejar o controlar una conducta inadecuada o molesta (p. e.: vagabundeo, agresividad verbal, no colaboración en los cuidados, etc.), que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado; dicho de otro modo, es el uso de fármacos (psicotrópicos o no) para manejar un problema para el cual existe un tratamiento mejor.”

(Adaptado NLC de Tideiksaar (2005) y Burgueño)

Llamamos Sujeción Química a toda aquella anulación o supresión impuesta y deliberada de la voluntad o la libertad de un paciente utilizando un fármaco de manera no terapéutica.

Cabe destacar también que en este caso no sólo estamos imponiendo una sujeción química, sino también una **sujeción emocional**, al quitarle a la persona su autonomía y capacidad de tomar decisiones.



NO TODOS LOS PSICOFARMACOS SON SUJECCIÓN QUÍMICA



Síndrome Neuropsiquiátrico
(asociado a la demencia o no)



Medidas No
Farmacológicas

¿Han mejorado las manifestaciones clínicas y
el paciente responde adecuadamente?



NO



FÁRMACO COMO
TERAPIA



SÍ

Consideraremos que la administración de un **Fármaco es Terapia** cuando trata el síndrome neuropsiquiátrico tras un diagnóstico médico, se han intentado medidas no farmacológicas para tratar dicho síndrome y aún así las manifestaciones clínicas se mantienen y el paciente no responde adecuadamente.

En esta situación se opta por un fármaco para el control de esta sintomatología.

Se intentará retirarlo en el menor tiempo posible, valorando mientras tanto la eficacia del tratamiento y la aparición de posibles efectos adversos.

¿POR QUÉ SE UTILIZAN SUJECIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS?



	SUJECIÓN FÍSICA	SUJECIÓN QUÍMICA
Caídas, Riesgo de Caídas y Miedo a las Caídas.	✗	
Trastornos del Comportamiento, Vagabundeo diurno y nocturno	✗	✗
Agresividad		✗
Agitación	✗	✗
Solicitud de sujeción por parte de la familia	✗	✗
Trastorno Postural	✗	
Evitar la manipulación de los Dispositivos Instrumentales	✗	

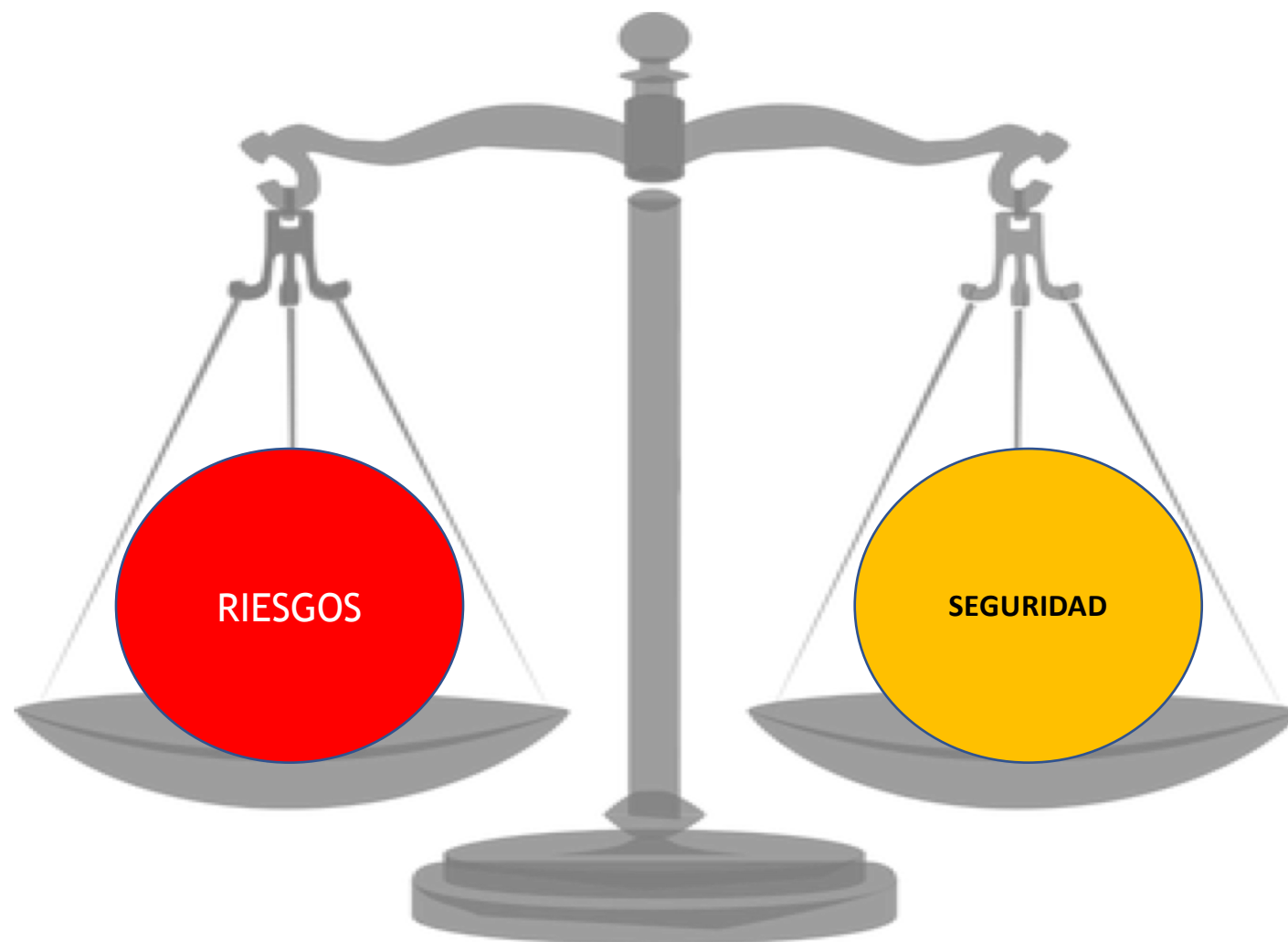
INDICACIONES DE SUJECIÓN FÍSICA Y QUÍMICA

- 1) Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de la persona: Prevención de Autolesiones.
- 2) Situaciones o conductas que representen una amenaza para la integridad física de terceras personas: Prevención de lesiones o peligro para la Vida de otras personas.
- 3) Protección de Programas Terapéuticos del propio paciente o persona usuaria o de otros.
- 4) Necesidad de Reposo.
- 5) Si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación: en pacientes con enfermedad mental.

Las CAÍDAS NO son una INDICACIÓN



CALIDAD DE VIDA



Abordaje Etiológico

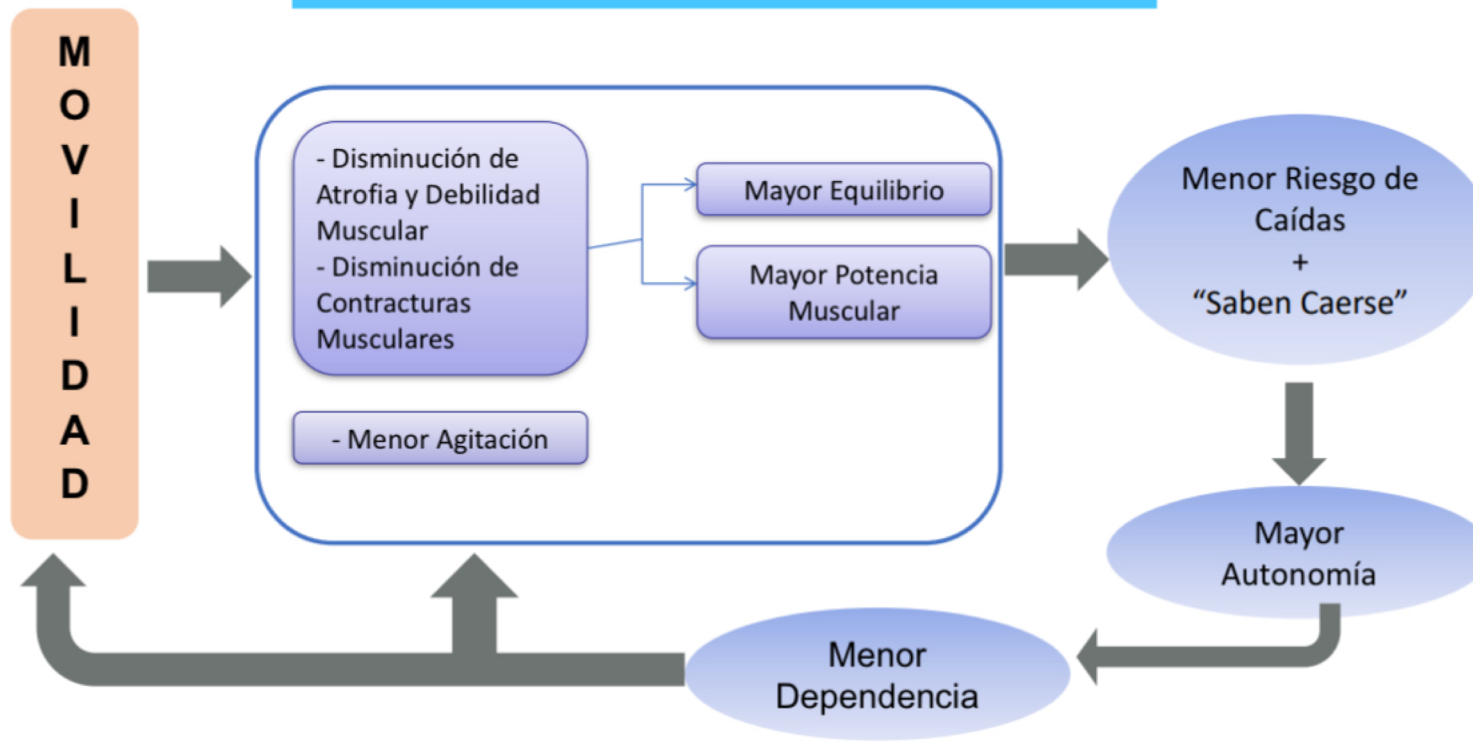
Análisis de la Causa del Comportamiento



**¿AGITACIÓN o
MALESTAR?
Esa es la
cuestión...**

Cultura de la Movilidad

BENEFICIOS DE LA MOVILIDAD



Cultura del Buen Trato Individualizado

Adaptar el trato a la persona:

- Disminuye las situaciones de Agresividad y de Agitación.
- Previene Trastornos del Comportamiento.
- Evita situaciones de Riesgo de Caída.
- Disminuye la necesidad de Uso de Sujeción tanto Física como Química.



Fuente Foto: congresobuentrato.es

Cultura de la Tolerancia a la Demencia

Y a sus Trastornos del Comportamiento...



Fuente Foto: webconsultas.com

Terapias No Farmacológicas

*Intervención no química,
teóricamente sustentada, focalizada
y replicable, realizada sobre el
paciente o el cuidador y
potencialmente capaz de obtener un
beneficio relevante*

¿Qué son la TNF?



VENTAJAS TNF

- 1) Tratan de hallar la razón psicosocial o ambiental que subyace al comportamiento problemático.
- 2) No tienen efectos secundarios, como los fármacos ni problemas de dosis elevadas.
- 3) No enmascaran los síntomas que en ocasiones son la única vía de comunicación del paciente (Cohen-Mansfield, 2001)

TNF

- Programas de Intervención Ambiental
- Programas de Intervención Centrados en la Emoción
Validación
Reminiscencia
- Programas de Estimulación Cognitiva:
Orientación a la Realidad
Método Montessori
- Programas de Intervención Centrados en la Estimulación:
Arteterapia
Ejercicio Físico
Musicoterapia
Aromaterapia
Terapia con Luz
Terapia con Animales
Terapias Multisensoriales
Masaje y Tacto
- Otras Intervenciones:
Carro Alado
Jardines Terapéuticos
Terapias Culinarias
Road Worlds for Seniors

Gestión de Caso No Sujeción

PRAXIS CORRECTA DESDE LA

Gestión de Caso No Sujeción

LO TERAPEÚTICO ES NO SUJETAR, LO NATURAL ES CUIDAR SIN NECESIDAD DE SUJETAR, LO NATURAL ES INTERVENIR SIN SUJETAR.

PREVENTIVO

VISIÓN DE CAPACIDADES EN LAS PERSONAS CUIDADAS

CULTURA DE LA MOVILIDAD Y BUEN TRATO INDIVIDUALIZADO

UTILIZACIÓN DE ALTERNATIVAS AL USO DE SUJECCIÓN

VALORACIÓN DE RIESGOS (CAÍDAS – DELIRIO)

Riesgo de Caída: La **Prueba de Tinetti Simplificada**. Escala de Downton.

Riesgo de Agresividad y Violencia: La **Hare Psychopathy checklist Screening version (PCL:SV)**, el **HCR-20**.

Riesgo de Delirio (relacionado con caídas y conducta violenta): Escala **CAM**. Escala **4AT**.

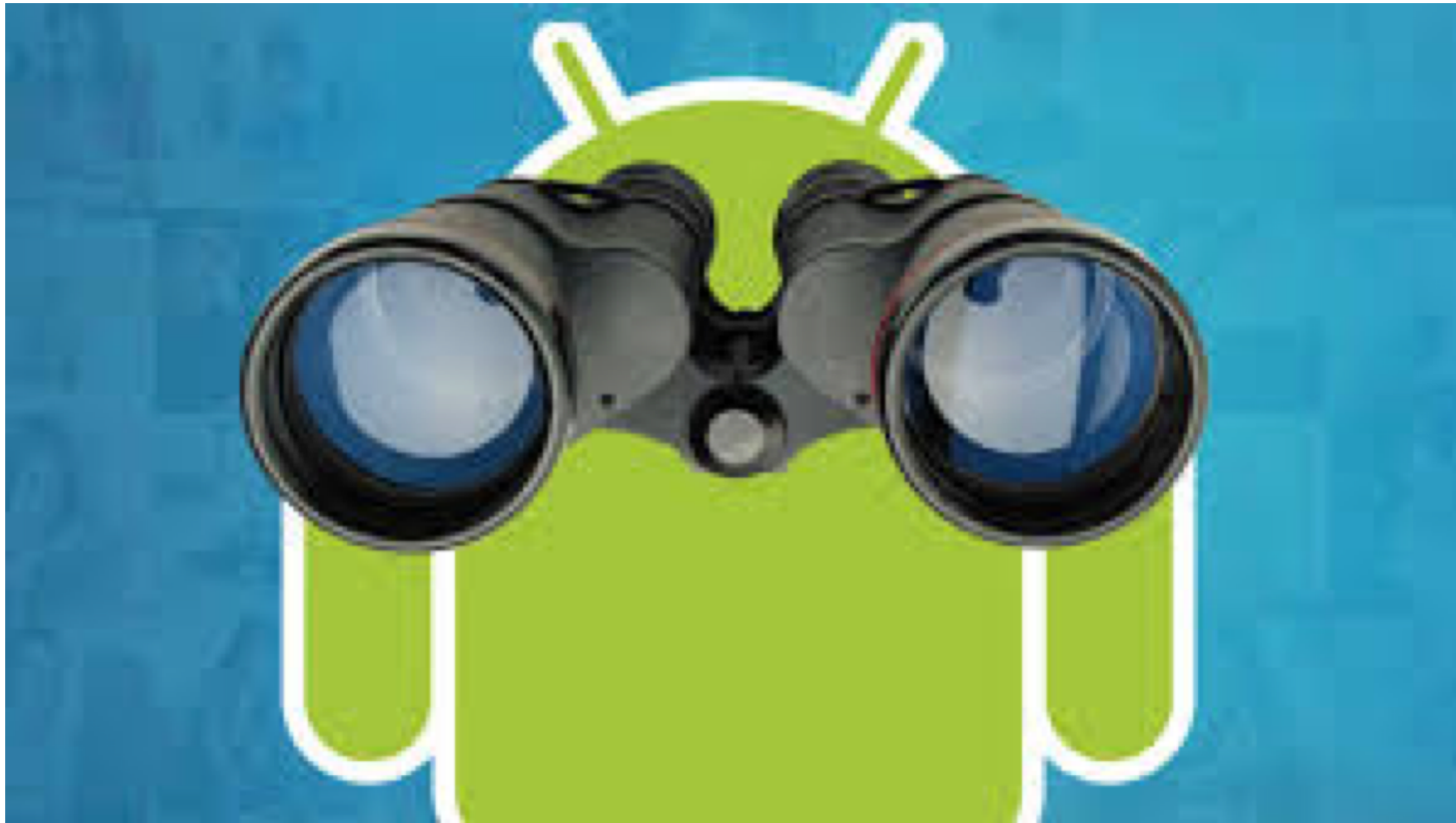
Riesgo de Comportamiento Problemático: El **Sumatorio del Comportamiento + Algoritmo Libera-Care + Método Observacional**.

INTERPRETACIÓN DEL COMPORTAMIENTO PROBLEMÁTICO: **Sumatorio del Comportamiento + Algoritmo Libera-Care + Método Observacional** que permitirán el Tratamiento Etiológico que evita el uso de sujeción.

EVALUACIÓN INTERDISCIPLINAR

La **GESTIÓN DE CASO NO SUJECCIÓN** resulta útil para **RETIRAR** y para **EVITAR** sujeciones **FÍSICAS Y QUÍMICAS**

Método de Vigilancia



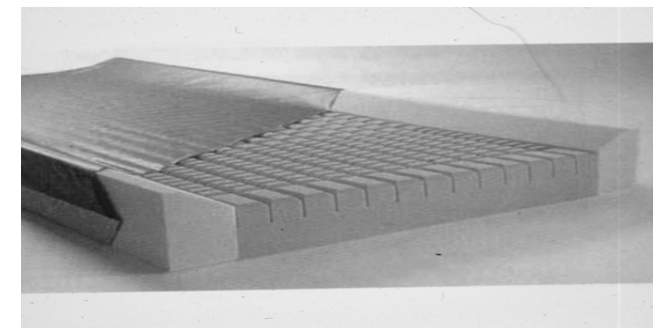
ALTERNATIVAS a la Sujeción Física que ayudan a evitar Sujeciones Químicas



Posición baja para el reposo (22 cm.)



Posición alta para el cuidado de personas (78 cm.)





CONTROL DE PRESENCIA EN CAMA





SUJECCIONES QUÍMICAS

CRITERIOS PARA USO CORRECTO DE MEDICAMENTOS

1. Menor número posible de fármacos.
2. Optar por los fármacos más adecuados para las características individuales de cada paciente. ¡¡¡EDAD!!!
3. Dosis mínima eficaz y aumentará progresivamente hasta llegar a la dosis óptima.
4. Utilizar medicamentos que permitan una única dosis diaria.
5. Revisar y monitorizar periódicamente la farmacoterapia.
7. Realizar una evaluación periódica de los objetivos terapéuticos de la indicación.
8. Evitar elevado número de fármacos.
9. Utilizar los fármacos que produzcan un menor número de interacciones y reacciones adversas.
10. Ofrecer información, tanto al paciente o persona.
11. Consentimiento Informado ante el uso de cualquier fármaco psicótropo, pero muy especialmente en la prescripción de psicofármacos fuera de ficha técnica.
12. En paciente psicogerítrico seguir los criterios de Beers y criterios STOPP-START. Prescripciones potencialmente inapropiadas.
13. Valorar su retirada.



TOLERANCIA A LA DEMENCIA

Evitar el uso de benzodiazepinas en personas con demencia y desorientas para el tratamiento de las alteraciones del sueño. Suelen provocar un aumento de la confusión en la persona.

➤ En caso de alteración del sueño, debemos ser permeables a las necesidades de sueño y descanso de cada persona para evitar el uso excesivo de psicótopos. Así, se podría normalizar el ritmo circadiano (vigilia-sueño) de cada persona cuidada y con el tiempo alargar el periodo de sueño nocturno.

➤ Para el fomento de la Cultura No Sujeción, se aconseja no pautar “si precisa” (insomnio, ansiedad, agitación), para que la decisión no quede en manos del personal no médico y disminuir así la cultura de demandar medicación.



PAUTAS CULTURALES DE LIBERA- CARE QUÍMICO



- El uso de sujeciones corresponde a un **problema de gestión** más que a un problema clínico. **¡Los sanitarios solucionando problemas de gestión!**
- **Principio de Beneficencia vs. Principio de No Maleficencia.** Si el problema se puede solucionar sin fármaco, la pauta de este se convierte en Sujeción Química.
- **Saber decir NO** a aquellos profesionales, gestores y/o familias que piden la pauta de medicación.
- **Trabajo en equipo.** La sujeción no es un problema exclusivamente médico, tenemos que confiar en los profesionales que forman parte del equipo.
- No todos los psicótipos son sujeción química - Se debe diferenciar entre fármaco que es sujeción química y fármaco que es terapia.
- No se puede medicar a las personas mayores, y menos si tienen deterioro cognitivo, aplicando criterios de adultos sanos.
- En el cuidado de las personas con demencia tenemos que pensar más allá de los tratamientos farmacológicos convencionales explorando las **terapias no farmacológicas.**



OS DEJO DOS PREGUNTAS:



¿¿¿ESTAMOS DEMONIZANDO LOS PSICOFÁRMACOS
EN PSICOGERIATRÍA???

¿CÓMO CONSEGUIREMOS REDUCIR SU USO?

MUCHAS GRACIAS
@cuidadosdignos
@anaurrutiab
Facebook
LinkedIn
Instagram

25 años SEFAP

De la calidad terapéutica a la calidad asistencial

