

Papel del T.O en la prescripción y seguimiento de la contención mecánica en las personas mayores

MÁSTER EN GERONTOLOGÍA CLÍNICA

Curso 2011-2013

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Papel del Terapeuta Ocupacional en la
prescripción y seguimiento de la contención
mecánica en las personas mayores**

Patricia Zamarreño Calvo

24 de Enero de 2013

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN.....	3
2. ABSTRACT.....	4
3. INTRODUCCIÓN Y BASES CONCEPTUALES	5
4. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	8
5. METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO.....	9
6. CONTENCIONES MECÁNICAS.....	11
6.1 Descripción y tipos	11
6.2 Indicaciones de contenciones mecánicas	14
6.3 Riesgos del uso de contenciones mecánicas	14
6.4 Pacientes susceptibles de su utilización	15
7. TERAPIA OCUPACIONAL Y SISTEMAS DE CONTENCIÓN.....	17
7.1 Valoración de los pacientes	17
7.2 Adecuación de los sistemas.....	18
7.3 Evaluación de riesgos	19
8. CONCLUSIONES	21
9. BIBLIOGRAFÍA.....	22

1. RESUMEN

PAPEL DEL T.O EN LA PRESCRIPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN PERSONAS MAYORES

El número de personas mayores en la actualidad está en constante aumento, al igual que las enfermedades que afectan a este colectivo, haciendo que en numerosas ocasiones sean institucionalizados en centros de rehabilitación o tratamiento, en los cuales se utilizan diferentes sistemas de contención. Estos sistemas son dispositivos que limitan la movilidad del individuo para mantener su seguridad. Su uso debe estar justificado en función de la situación del paciente, utilizando los adecuados y debiéndose evaluar periódicamente la presentación de complicaciones, por si hubiera que retirarlos. Desde Terapia Ocupacional se realizará una valoración de los pacientes susceptibles de la utilización de estos productos, se elegirá el mecanismo adecuado y se evaluarán los posibles riesgos derivados de su utilización. En el papel del Terapeuta en relación con la contención también se incluiría la adaptación de nuevos dispositivos que no resulten agresivos para la propia persona.

Palabras clave: personas mayores, restricción física, contención mecánica, Terapia Ocupacional.

2. ABSTRACT

OCCUPATIONAL THERAPIST ROLE OF PRESCRIPTION MONITORING AND CONTAINMENT IN THE ELDERLY

The number of older people today is constantly increasing, as are the diseases that affect this group, making many times are institutionalized in rehabilitation or treatment centers, which are used in different containment systems. These systems are devices that limit the mobility of the individual to maintain their safety. Their use must be justified in terms of the patient's situation, using appropriate and having to periodically assess the presentation of complications, if I had to withdraw. From Occupational Therapy will be an evaluation of patients susceptible to the use of these products, choose the appropriate mechanism and assess the risks arising from their use. In the therapist's role in relation to the containment would also include the adaptation of new devices that are not aggressive to the individual.

Keywords: elderly, physical restraint, mechanical restraint, Occupational Therapy.

3. INTRODUCCIÓN Y BASES CONCEPTUALES

En España la población mayor de 64 años está en constante crecimiento. Entre 1975 y 2010 este grupo de edad ha pasado del 10 al 17%, y seguirá aumentando en las próximas décadas.¹

En los próximos 15 años se espera que el grupo poblacional de las personas mayores superen el 20%.² En la actualidad, la población española³ es de 47.190.493, y los mayores de 65 años ascienden a 8.093.557, lo que supone que representan el 17.15% de la población.

Es un hecho constatado que en los últimos años ha aumentado de forma considerable el número de personas que llegan a la vejez, y entre ellas también el número de personas con dificultades que llegan a edades avanzadas.⁴ Estas limitaciones en muchos casos supone la institucionalización o ingreso en diferentes centros más o menos especializados.

Estos problemas de salud,⁵⁻⁶ en muchos casos también originan que las personas sean susceptibles de utilizar sistemas de contención por su propia seguridad, sobre todo en las patologías que implican trastornos conductuales y psicológicos. Esto tiene que ver con la seguridad de la propia persona. La promoción de la seguridad⁷ reduce la frecuencia de accidentes, los costes del tratamiento, de la hospitalización y los costes sociales, haciendo que sea un indicativo de la calidad asistencial.

Algunas de las patologías más frecuentes en las personas de edad avanzada que cursan con trastornos conductuales y psicológicos serían las que se refieren a depresión (64%), irritabilidad (35%), ansiedad (24%), apatía (19%), agitación (4%) además de delirios, alucinaciones, desinhibición, esquizofrenia, todo tipo de demencias y situaciones estresantes como encamamiento, diferentes situaciones sociales y afrontamiento del dolor o la muerte.

Para aumentar la seguridad del paciente, la contención se puede realizar de varias maneras, ya sea verbal, farmacológica o física.⁸ La práctica nos dice que en ancianos la restricción física es más efectiva que la farmacológica, y nos centraremos en ese tipo de contención para el desarrollo de este trabajo.

La contención mecánica o física es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo en un paciente que lo precise, para tratar de garantizar la seguridad de él mismo o de los demás.⁹

Existen diferentes tipos de contenciones mecánicas, desde cinturones, muñequeras, tobilleras, arneses, sábanas, pupitres o mesas que colocadas delante de la persona limitan su movilidad.

Las indicaciones¹⁰ para llevar a cabo la contención mecánica se ciñen a prevenir lesiones del propio paciente; prevención de lesiones a otras personas, evitar alteraciones graves del programa del paciente u otros enfermos o evitación de daños físicos significativos en el entorno físico del servicio.

Como riesgos generales por la utilización de estos sistemas mecánicos de contención, estarían los de úlceras por presión, compresión de los plexos nerviosos, riesgo de tromboembolismo, problemas de broncoaspiración, isquemia por compresión prolongada de la musculatura, incontinencia o estreñimiento por falta de peristaltismo, asfixia al enredarse el paciente con el sistema de contención, en casos extremos, muerte súbita por el estrés y la agitación.

Por esto es importante realizar un seguimiento de la persona desde que la persona comienza a utilizar la contención. Este seguimiento se realizará mediante la observación y la utilización de diferentes escalas.

Desde Terapia Ocupacional, se debe realizar una correcta valoración del paciente para indicar el uso de estos sistemas además de un seguimiento periódico de su utilización. Debe elegir los productos adecuados para que el paciente pueda continuar con su tratamiento mientras lo utiliza a la vez que tiene que mirar por la seguridad y por la independencia de la persona, ya que esta es la base de la Terapia Ocupacional.¹¹

El terapeuta ocupacional debe realizar una correcta valoración de la situación del paciente; conocer los tipos de contenciones mecánicas, el correcto uso de las mismas y adecuarlas al paciente; así como utilizar diferentes escalas para prevenir posibles complicaciones en el uso.

La situación de la persona es clave en el trabajo de estos profesionales puesto que realizan un trabajo rehabilitador. Las propias contenciones pueden limitar el trabajo en cuanto a libertad de movimientos se refiere, pero también puede influir en la situación emocional y psicológica de la propia persona como consecuencia de su utilización. Por esto es importante el conocimiento de estos sistemas a la hora de planificar la intervención.

4. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

El tema de la contención mecánica está a la orden del día, por esto hay que prestar atención a la prescripción y al uso de este tipo de utensilios, ya que solo se deben utilizar cuando sea necesario para la persona que la va a utilizar. La elección de este tema se debe a la importancia de los aspectos tratados tanto a nivel legal^{12,13} como a nivel de trabajo con este tipo de personas.

El objetivo principal de este trabajo ha sido realizar una revisión bibliográfica sobre el manejo de dispositivos de contención física en personas mayores desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional.

Siendo objetivos más específicos los siguientes:

- Analizar los sistemas de contención mecánica existentes.
- Describir los sujetos susceptibles para la prescripción de estos sistemas.
- Evaluar las posibles complicaciones consecuencia de su uso.

5. METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Para la obtención de documentos originales se realizaron búsquedas en diferentes bases de datos y revistas electrónicas como son: Dialnet, Medline, Web of Science y Revista Española de Geriatria y Gerontología, donde se seleccionaron artículos en inglés y español.

Las estrategias de búsqueda se basaron en la combinación de diferentes términos como restricción física, contención mecánica, terapia ocupacional y personas mayores.

Para aumentar la especificidad de los resultados, los términos citados anteriormente se ligaron al título y al resumen de los artículos.

En total se encontraron 34 artículos, de los cuales se seleccionaron 14.

Los criterios de inclusión empleados para seleccionar los artículos se refieren a los que estaban en texto completo en vínculo, y los relacionados exclusivamente con las personas mayores.

Los criterios de exclusión se refieren a aquellos que no se puedan obtener en texto completo, aquellos que no están relacionados directamente con el tema de las personas mayores y artículos que no se encuentren en revistas no científicas, así como notas de prensa y comunicaciones breves.

No se realizó la acotación temporal, porque en la revisión bibliográfica se utilizaron artículos de importancia para el trabajo.

El plan de trabajo que se desarrolla para la elaboración de este trabajo se centra en hacer una revisión de artículos científicos relacionados con el tema elegido, y seleccionados los que más se ajustaban a las necesidades del trabajo.

Una lectura del artículo permite sacar la información más relevante y se establece el objetivo general y los objetivos específicos.

Después se realiza el índice del mismo y con la recopilación de toda la información se elaborarán las conclusiones obtenida del mismo.

Para la elaboración del apartado correspondiente a la bibliografía se ha optado por las normas de Vancouver por ser las más utilizadas por las revistas del ámbito biomédico.

6. CONTENCIONES MECÁNICAS

La contención mecánica o restricción física es un procedimiento para reducir la movilidad de un paciente usando los dispositivos adecuados con el fin de evitar que se produzcan daños al propio enfermo, a terceras personas y/o al entorno cuando hayan fracasado otras medidas alternativas como la contención verbal o la farmacológica.¹⁴

Indudablemente, la contención física supone un confrontamiento ético¹⁵ entre los Principios de Autonomía (limitación de la libertad del paciente en contra de su voluntad) y de Beneficencia (deseo bienintencionado sanitario de protección al paciente, a su entorno y autoprotección física y legal del personal cuando la propia seguridad está comprometida). Una aplicación basada exclusivamente en el autoritarismo coercitivo conculcaría, asimismo, el principio de No –Maleficencia.¹⁶

Este tipo de contención, en principio vulnera un derecho fundamental de la persona como la libertad, así como la dignidad. Privar a la persona de esta libertad sólo se entendería cuando el beneficio supere ampliamente el perjuicio que esta limitación pudiera causar.

6.1 Descripción y tipos

Un número de definiciones diferentes de restricción se encontraron en la literatura, siendo algunas:

- Cualquier dispositivo, material o equipo conectado cerca del cuerpo de una persona y que no puede ser controlado o quitado fácilmente por la misma, y que limita o pretende limitar la posición o el movimiento libre del cuerpo de una persona.¹⁷
- Las restricciones físicas se definen como cualquier limitación sobre la libertad de movimientos mediante el uso de equipos o sistemas.¹⁸

Ejemplos de tipos de retención son los cinturones que fijan a la silla o a la cama, barandillas bilaterales, hojas estrechas (una sábana sobre las piernas y la parte superior del vientre que se ciñe a los dos lados de la cama), sillas con mesas, sillas profundas o revocadas, las sillas en un tablero (una silla con patas de la silla fijada a una placa), sábanas especiales (una sábana ajustable que incluye una

capa encierra un colchón), trajes de dormir, alfombras sensibles (incluidas las tablillas del sensor en camas) y los sistemas de infrarrojos.¹⁹

Las siguientes fotografías originales obtenidas durante mi practicum en el Hospital Marítimo de Oza, muestran diferentes tipos de contenciones mecánicas.

La figura 1 y la figura 2 muestran un cinturón y un arnés de contención.

La figura 3 muestra una muñequera de contención.

Las contenciones menos agresivas, se referirían a la figura 4, en la que se puede observar unas barandillas, y las manoplas de contención que se muestran en la figura 5.



FIGURA 1. Cinturón de contención

Articulados, permiten girarse hacia ambos lados.

Los agujeros permiten ajustarlo para evitar opresión soltura.

La anchura normal es de 18 cm.

El cierre es magnético, evita que se abra con facilidad.



FIGURA 2. Arnés de contención

Articulados, pero menor movilidad.

Similar a un cinturón de contención.

Permite su uso en grúas de movilidad

a



FIGURA 3. Muñequera de contención

Algodón, no alérgico y transpirable

Costuras fuera de zona de apoyo

Anilla o versión con velcro.

Botón magnético para mejor ajuste



FIGURA 4. Barandillas de contención

Articulables para mejor movilidad.

Permite elevarlas y bajarlas para cambios posturales

Acero inoxidable.

Permiten colgar dispositivos como mandos o sondas.



FIGURA 5. Manoplas

Algodón, no alérgicas y transpirables.

Costuras fuera de zonas de apoyo.

Esponjosa, tacto similar a la pluma

Lavado a altas temperaturas

En el mercado se encuentran diversos dispositivos de contención mecánica los cuales se diferencian por el sistema de cierre que tenga cada uno. Todos estos dispositivos están fabricados con tejidos hipoalergénicos y de texturas suaves para evitar posibles lesiones por fricción.

6.2 Indicaciones de contenciones mecánicas

Existen unas indicaciones explícitas de inmovilización o aislamiento de los pacientes.²⁰

- Prevención de lesiones del propio paciente (autolesiones, caídas accidentales...)
- Prevención de lesiones a otras personas (enfermos o personal sanitario)
- Evitar interrupciones graves del programa terapéutico del propio paciente u otros enfermos (arranque de vías, sondas, otros sistemas de soporte vital, etc.)
- Evitar daños físicos, significativos en el servicio (destrucción de mobiliario, equipos diagnósticos y/o terapéuticos, etc.)
- Como refuerzo negativo en programas de terapia de conducta
- Para reducir estímulos sensoriales (para aislamiento)
- Si lo solicita voluntariamente el paciente y existe justificación clínica y/o terapéutica según el criterio del personal sanitario que lo atiende.

Además habría que incluir otras como estados de violencia, amenazas o intentos de fuga persistentes y reiterados.

Estas indicaciones permiten conocer las situaciones en las que se deben utilizar las contenciones mecánicas.

6.3 Riesgos del uso de contenciones mecánicas

El uso de restricciones físicas está asociado con muchos efectos adversos²¹ que pueden aparecer en los pacientes que los utilizan, afectando negativamente a la esfera física, psicológica y social del funcionamiento humano.²²

Algunos riesgos de usar estos sistemas serían, además de un incremento del índice de mortalidad²³, las caídas, úlceras por presión, pérdida de fuerza muscular y resistencia, contracturas articulares, problemas de equilibrio y coordinación, incontinencia urinaria y fecal, desmoralización, humillación, baja autoestima, depresión, agresión y funcionamiento social deficiente.²⁴⁻²⁵

Algunos autores²⁶ describieron en sus trabajos, que el uso de sistemas de contención mecánica, especialmente arneses y barandillas en las camas, puede aumentar el riesgo de muerte, lesiones graves y mayor duración de la hospitalización.

Todas estas consecuencias negativas, fueron experimentadas por un grupo de cuidadores voluntarios holandeses,²⁷ que se inmovilizaron durante 24 horas describiendo experiencias desagradables como la completa falta de privacidad, de libertad y de independencia.

6.4 Pacientes susceptibles de su utilización

Existen numerosas patologías que por su sintomatología o manifestación en las personas, favorecen la utilización de diferentes sistemas de contención.

En la mayoría de las ocasiones, la justificación para restringir la movilidad de los pacientes se basa en la prevención de lesiones relacionadas con caídas o con el control de los síntomas de este tipo de comportamientos como la agitación y la deambulación.²⁸

Más específicamente, se pueden agrupar a los pacientes susceptibles de la utilización de estos sistemas en tres grandes grupos a grandes rasgos:

- Pacientes no orgánicos y no psicóticos.
- Pacientes orgánicos.
- Pacientes psicóticos principalmente.

En el grupo de los pacientes no orgánicos y no psicóticos se podría incluir a cualquier paciente hospitalizado o internado en cualquier centro residencial o de otro tipo. No tienen una patología específica que los hagan susceptibles de la utilización de estos mecanismos.

El propio envejecimiento hace que las personas mayores tengan más problemas de movilidad, debilidad muscular y por lo tanto pueden aparecer problemas de equilibrio, y aumentar el riesgo de caídas.²⁹ Esto hace que en muchas ocasiones, por prevención, se las inmovilice.

Además, el hecho de que estas personas cambien de domicilio, acudiendo a un centro diferente, puede hacer que se encuentren agitados o irritados, poniendo en peligro su integridad física.

Los pacientes orgánicos serían aquellos que presentan una patología que favorece que tengan que usar cinturones, barandillas u otros dispositivos.

La principal patología que encontramos en este grupo sería la del Síndrome Confusional Agudo o Delirium, puesto que es un síndrome inespecífico que obedece a muchas causas orgánicas.³⁰ Algunos de los síntomas³¹ de esta patología que afectan a la seguridad de la persona serían principalmente alteración del ritmo sueño-vigilia, provocando que la persona se levante por la noche al no poder dormir, ilusiones y alucinaciones que provocan agitación o conductas violentas en la persona, actividad psicomotora agitada en algunos casos, provocando que la persona deambule constantemente.

Por último, los pacientes psicóticos serían aquellos que sufren trastornos psiquiátricos susceptibles de agitación. Esto engloba tanto a enfermos esquizofrénicos como a pacientes maníacos y, en menor medida a las depresiones agitadas.³²

También existen otras alteraciones psiquiátricas no psicóticas que pueden causar agitación como reacción a estímulos ambientales como los trastornos de la personalidad y los llamados trastornos neuróticos.

7. TERAPIA OCUPACIONAL Y SISTEMAS DE CONTENCIÓN

La Terapia Ocupacional (TO) es definida por la Asociación Americana como el uso terapéutico de actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida³³.

Ante todo la terapia ocupacional trabaja directamente con personas, y dentro de las funciones de esta profesión, se incluye la de realizar una evaluación y valoración del sujeto a tratar, puesto que es importante tener una base de la situación actualizada para establecer unos objetivos con las capacidades que se quieren mantener o incrementar.

Cuando una persona va a utilizar un sistema de contención, influye en el desarrollo del trabajo de los profesionales que lo tratan. Es por esto que es importante realizar una valoración, para saber si es necesario su uso, cómo va a interferir en el tratamiento que está desarrollando, cual es el mecanismo adecuado y evaluar los riesgos que puede conllevar su utilización.

Es aquí donde radica el papel de la terapia ocupacional en relación con el uso de estos sistemas. Este profesional, debe, dentro de su ámbito, realizar los pasos citados anteriormente.

7.1 Valoración de los pacientes

Cuando el Terapeuta Ocupacional inicia una evaluación, debe contar con la opinión del resto de profesionales que también trabajan con el paciente.

Existe un proceso de trabajo para el Terapeuta Ocupacional descrito por diversos autores³⁴: evaluación inicial, observación y evaluación exhaustiva.

La evaluación inicial consiste en recopilar información por parte de otros profesionales. Es importante recoger datos referentes a enfermedades de la propia persona que vendrán por parte del médico y de enfermería. También es importante el departamento de Fisioterapia, puesto que nos puede indicar si la persona tiene problemas referentes a la movilidad que aumentan el riesgo de

caídas. El psicólogo/a puede aportar datos de comportamientos relacionados con delirios o agitación.

En el caso de Terapia Ocupacional, la evaluación también se referirá a la funcionalidad del paciente, centrada más específicamente en la realización de actividades que mantengan su independencia.

La observación permite anotar información acerca de las capacidades de la persona, mientras ésta la realiza en su ámbito natural. Interesa principalmente la manera de realizar las actividades cotidianas, si hay riesgo de caídas en algún momento y también el comportamiento del paciente.

En la evaluación más exhaustiva, se utilizan pruebas concretas como test o baterías para analizar capacidades concretas. En el caso de Terapia Ocupacional, y en relación con el tema que se trata en esta revisión, el test elegido sería el de Barthel³⁵, ya que valora la funcionalidad de las personas con ítems jerarquizados por actividades realizadas y los resultados nos indican, además del deterioro presente, hacia donde se dirigirá ese deterioro.

Por esto, la valoración de los pacientes desde Terapia Ocupacional irá centrada a coger datos referentes a las patologías y complicaciones que presentan, ya sean por enfermedad, por problemas de movilidad que puedan provocar caídas o por problemas de comportamiento que ponga en riesgo la integridad de la persona.

7.2 Adecuación de los sistemas

A la hora de seleccionar los mecanismos de contención más adecuados se tiene que tener en cuenta las características de la persona, la causa que provoca la contención y el tipo de sistema que se va a utilizar.

Si el sujeto presenta agitación en zonas comunes o problemas con otras personas del centro, contenciones del tipo de cinturones o arneses que mantengan al paciente en una silla o sillón serán las indicadas.

En el caso de que la persona se arranque con las manos dispositivos esenciales en su tratamiento, la contención indicada será la manual, es decir, unas muñequeras atadas a los apoyabrazos de la silla o el sillón. Este tipo sería el más indicado cuando los problemas están relacionados únicamente con el miembro

superior, aunque limita mucho la movilidad, puesto que mantiene al paciente sentado o tumbado y sin movilidad de miembros superiores.

Los arneses son similares a los cinturones, puesto que limitan los mismos movimientos, pero son especialmente indicados en personas que por sus problemas posturales, pueden sufrir caídas al estar sentados. Aunque la limitación de movimientos sea similar, la sujeción es mayor con el arnés.

Las barras en la cama son indicadas cuando existe riesgo de caídas mientras los pacientes duermen o tienden a levantarse constantemente en la noche. Si la persona es capaz de salvar las barras, también se incluye cinturones que se atan a la misma y restringen completamente el movimiento.

En la actualidad, se busca que los sistemas de contención, sean lo menos agresivos posibles, para mantener la integridad de la persona y favorecer que ésta no se sienta atada o privada de libertad. Esto en numerosas ocasiones provoca que fracase el objetivo de la contención.

Entre los sistemas que cumplen el objetivo de mantener la seguridad del paciente sin ser totalmente agresivos, se pueden nombrar las bandejas ancladas a los reposabrazos de las sillas o sillones, haciendo que la persona simule estar sentada en un pupitre. Este mecanismo es bastante adecuado, puesto que la persona no podrá levantarse y además puede realizar actividades en ella, facilitando que al estar entretenido pueda disminuir su agitación.

Otros serían manoplas que impidan que la persona pueda utilizar las manos, pero no limita completamente la movilidad del miembro superior o sábanas con una cremallera que hace que la persona no pueda salir de la cama, pero no tiene un mecanismo directamente atado en su cuerpo.

7.3 Evaluación de riesgos

En varias ocasiones, colocar algún mecanismo de los citados anteriormente, puede provocar que aparezcan problemas en el comportamiento de los pacientes así como problemas de salud.

Es por esto que una vez que se han colocado los dispositivos, hay que realizar un seguimiento para controlar el estado de la persona.

La evaluación de los riesgos que puede presentar la persona, se realizará mediante exploración física, observación o mediante la utilización de diferentes escalas.

La exploración física permitirá saber si la contención puede estar ocasionando edemas o rozaduras en la piel, además de hinchazón en los miembros si los sistemas están demasiado apretados.

La observación permitirá conocer si la agitación ha aminorado, la agresividad disminuido o si la causa de la contención ha remitido.

También se pueden utilizar algunas escalas para conocer el estado de la persona, sobretodo en lo que se refiere a la esfera psicológica y emocional. Algunas de las utilizadas serían la de Depresión de Yesavage³⁶ para medir el nivel de depresión de la persona al usar la contención, la escala de Agitación-Sedación de Richmond o la Escala de detección del Síndrome Confusional Agudo (Delirium)³⁷.

8. CONCLUSIONES

En relación a los objetivos propuestos en la elaboración de este trabajo, serían conclusiones:

Con respecto al objetivo principal:

1) Haber realizado una amplia revisión bibliográfica a fin de informarme sobre el tema objeto de estudio a través de la que se ha constatado el amplio uso de los sistema de contención mecánica en la población de personas mayores, prescritos en muchas ocasiones sin ninguna base científica

Con respecto a los objetivos específicos:

2) Se han analizado los diferentes dispositivos de contención mecánica como elemento básico a la hora de prescribir el más correcto para cada caso y siempre de acuerdo a una valoración interdisciplinar e integral evaluando beneficios-riesgos y no utilizándolos indiscriminadamente.

3) Se establece la necesidad de que sea el terapeuta ocupacional el que prescriba y haga el oportuno seguimiento de las medidas de contención pautadas, evitándose de este modo la mayor parte de los efectos secundarios y complicaciones surgidas de su uso.

4) Se deberán aprovechar los avances tecnológicos a fin de diseñar nuevos dispositivos, que cumpliendo las mismas funciones, sean más adaptados y generen menos “traumas” en su uso diario, evitando situarlos en contacto con el cuerpo y facilitando una más amplia gama de movimiento.

Resaltar que aunque en la actualidad el trabajo de la Terapia Ocupacional en el ámbito de las contenciones mecánicas no está suficientemente documentado, puede constituir un objetivo a potenciar dentro de esta profesión, en colaboración con el resto de profesionales socio sanitarios.

9. BIBLIOGRAFÍA

-
- ¹ Pérez Díaz J. Envejecimiento de la población española. *Invest Cienc.* 2010; 34-43.
 - ² Lutz W, Sanderson W, Scherbov S. The end of world population growth. *Nature.* 2001; 412: 543-45.
 - ³ Instituto Nacional de Estadística. [acceso 19 Oct 2012]; Disponible en: <http://www.INE.es>
 - ⁴ Rosenwaike I. A demographic portrait of the oldest old. *Health and society.* 1985; 63 (2): 187-205.
 - ⁵ Amato S, Salter JP, Mion LC. Physical Restraint Reduction in the Acute Rehabilitation Setting: A Quality Improvement Study. *Rehabil Nurs.* 2006; 31 (6): 235-41.
 - ⁶ Dark PM, Nightingale P, Harris J. Physical and pharmacological restraint of critically ill patients: clinical facts and ethical considerations. 2012. [acceso 19 Oct 2012]; Disponible en: <http://bj.oxfordjournals.org/>
 - ⁷ Castle NG. Deficiency Citations for Physical Restraint Use in Nursing Homes. *J Gerontol.* 2000; 55 (1): 33-40.
 - ⁸ Cecchi R, Lazzaro A, Catanese M, Mandarelli G, Ferracuti S. Fatal Thromboembolism following physical restraint in a patient with schizophrenia. *Int J Legal Med.* 2012; 126:477–82.
 - ⁹ Busch B A, Shore F M. Seclusion and restraint: a review of recent literature. *Harv Rev Psychiatr.* 2000; 8 (5):261-70.
 - ¹⁰ Maccioli GA *et al.* Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: Use of restraining therapies—American College of Critical Care Medicine Task Force 2001–2002. *Crit Care Med.* 2003; 31 (11): 2665-76.
 - ¹¹ World Federation of Occupational Therapy. 2010. [acceso 24 Oct 2012]; Disponible en: <http://www.wfot.org>
 - ¹² Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica (DOGC nº 3303, 11-01-2001).
 - ¹³ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE nº 274, 15-11-2002).
 - ¹⁴ Arbesman C M, Wright C. Mechanical Restraints, Rehabilitation Therapies, and Staffing Adequacy as Risk Factors for Falls in an Elderly Hospitalized Population. *Rehabil Nurs,* 24: 122–28.
 - ¹⁵ Gillon R. Philosophical medical ethics. Conclusion: the Arthur case revisited. *Br Med J.* 1986; 292(6519): 543–45.
 - ¹⁶ Holm S. Not just autonomy- the principles of American biomedical ethics. *J Med Ethics.* 1995; 21: 332-38.

- ¹⁷ Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J Nurs Stud.* 1998; 35: 184–91.
- ¹⁸ Hantikainen, V. 1998. Physical restraint: a descriptive study in Swiss nursing homes. *Nurs Ethics.* 1998; 5 (4): 330–46.
- ¹⁹ A.R. Huizing et al. Preventing the use of physical restraints on residents newly admitted to psychogeriatric nursinghome wards: A cluster-randomized trial. *Int J Nurs Stud.* 2009; 46; 459–69.
- ²⁰ Ramos Brieva JA. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Barcelona: Masson, S.A; 1999.
- ²¹ Hamers JPH *et al.* The more physical inactivity, the more agitation in dementia. *Int J Nurs Stud.* 2009; 46:248–55.
- ²² Gulpers MJM *et al.* Preventing belt restraint use in newly admitted residents in nursing homes: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud.* 2012. [acceso 30 Nov 2012]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.013>
- ²³ Hamers JPH, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriat.* 2005; 38:19–25.
- ²⁴ Castle NG, Mor V. Physical restraint in nursing homes: a review of the literature since the nursing home reform act of 1987. *Med Care Res Rev.* 1998; 55:139–70.
- ²⁵ Capezuti E. Minimizing the use of restrictive devices in dementia patients at risk for falling. *Nurs Clin N Am.* 2004; 39:625–47.
- ²⁶ Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2003; 41:274–82.
- ²⁷ Hamers JPH, Gulpers MJM, Strik W. Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *J Adv Nurs.* 2004; 45; 246–51.
- ²⁸ Evans D, FitzGerald M. Reasons for physically restraining patients and residents: A systematic review and content analysis. *Int J Nurs Stud.* 2002; 39:735–43.
- ²⁹ Herman T, Giladi N, Gurevich T, Hausdorff JM. Gait instability dynamics of older adults with a “cautious” gait: why do certain older adults walk fearfully? *Gait posture.* 2005; 21 (2): 178-85.
- ³⁰ T Tucker GJ. The diagnosis of delirium and DSM IV. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 1999;10:359-363
- ³¹ Young J, Inouye SK. Delirium in older people. *BMJ.* 2007; 334(7598): 842–6.
- ³² Endale Geda Y, Rummans T. Pain: cause of agitation in elderly individuals with dementia. *Am J Psychiatry.* 1999; 156: 1662-3.

³³ American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process. *Am J Occup Ther.* 2008; 62: 625-83.

³⁴ Trombly C, Radomski MV. Planning, guiding and documenting therapy. En: Trombly C, Radomski MV. *Occupational therapy for physical dysfunction.* 5ª ed. (pp. 443-461). Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins.

³⁵ Hachisuka K, Ogata H, Ohkuma H, Tanaka S, Dozono K. Test-retest and inter-method reliability of the self-rating Barthel Index. *Clin Rehabil.* 1997; 11: 28-35.

³⁶ Thomas Dowd E. Depression: theory, assessment, and new directions in practice. *Int J Clin Health Psychol.* 2004; 4 (2): 413-23.

³⁷ Inouye SK, VanDyck CH, Alessi CA et al. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detecting delirium. *Ann Intern Med.* 1990; 113:941-8.