

# ***Efectividad del programa de retirada de sujeciones físicas a personas mayores con demencia en los centros de La Saleta (Valencia)***

**M.Á. Tortosa Chuliá <sup>(1)</sup>, R. Granell Pérez  
<sup>(1)</sup>, A. Fuenmayor Fernández <sup>(1)</sup>, M. Martínez  
<sup>(2)</sup>**

**(1) Dpto.Economía Aplicada.  
(2) Geroresidencias. La Saleta**

VNIVERSITAT Đ VALÈNCIA



# ¿Por qué eliminar sujeciones?

¿Actividad preventiva  
peligrosa y anticuada?  
Se vulneran derechos  
fundamentales persona

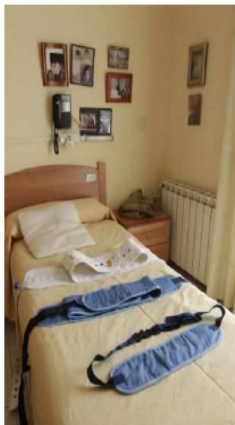


## Polémica en Cataluña por el uso de ataduras en los ancianos ingresados

La Generalitat cree que se abusa de esta práctica que los médicos defienden

IVANNA VALLESPÍN | Barcelona | 14 MAY 2012 - 00:37 CET

Archivado en: Residencias ancianos Geriátrica Cataluña Tercera edad Especialidades médicas España Medicina Salud Sociedad



Cinturones de contención en una residencia de Barcelona. / MARCELLI SÁENZ

Luis, de 76 años, reposa sentado en una silla de ruedas. Un amplio cinturón de velcro lo inmoviliza. De noche también necesita estar sujeto. Padece demencia y tiene dificultades para caminar, pero hasta ahora no había necesitado sujeciones. Una gripe debilitó sus ya inestables piernas y corría el riesgo de caer, así que el médico le prescribió llevar la sujeción hace tres semanas. Al mejorar, el médico decidió retirárselas.

Una de cada cinco (el 21,5%) personas mayores que viven en residencias catalanas permanecen gran parte del tiempo con estas contenciones. El porcentaje sube hasta el 41,2% en los ancianos con demencia. Es lo que refleja el primer informe de la Generalitat de Cataluña sobre las contenciones, realizado en 2011 por los inspectores del Departamento de Bienestar Social tras visitar 164 residencias (el 16,3%).

El uso de contenciones en ancianos genera un acalorado debate. Los trabajadores sociales, inspectores, además de empresas y entidades que atienden a la gente mayor apuestan por la reducción de las contenciones, mientras que los médicos las defienden para prevenir males mayores, como lesiones por caídas. También hay

debate social cuando se cae en el error de asociar contenciones con atar indiscriminadamente.

## Basta de amarrar a los pacientes

Navarra regula las sujeciones para restringir su uso - Los profesionales tendrán que informar de los efectos negativos - Se prohíbe utilizarlas por conveniencia

AMAIJA ARRARÁS - Pamplona - 11/10/2011

Vota

Resultado ★★★★★ 39 votos



23

Recomendar 145

El uso de las sujeciones para controlar a las personas mayores y dependientes es una práctica común en España, el país occidental que las utiliza con mayor rutina debido, en parte, a la falta de un mayor desarrollo legal sobre la materia. El Gobierno de Navarra ha aprobado un decreto pionero, que desarrolla la Ley Foral de Servicios Sociales, con el objetivo de eliminar al máximo estos métodos y establecer pautas homogéneas para todos los centros. La principal novedad es que los profesionales deberán informar de sus posibles efectos negativos a los usuarios o tutores, quienes podrán oponerse a su aplicación.

La noticia en otros webs

- webs en español
- en otros idiomas

*Inmovilizar al enfermo le debilita y deteriora su autoestima*

*"Para vivir es necesario asumir riesgos", afirma un experto*

Pública, el uso de cinturones en sillas, chalecos, sábanas fantasma o fármacos con

Algunas comunidades autónomas ya habían legislado este uso, pero en sus normativas solo se determinaba que las sujeciones, tanto físicas como farmacológicas, las tiene que prescribir un médico, y en otras se obliga a pedir consentimiento. Así, el decreto navarro supone, en palabras del director del Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (Ceoma), Antonio Burgueño, "un hito", porque es una de las normas "más vanguardistas del mundo". Según este experto, médico especialista en Medicina Preventiva y Salud



El centro de Asociación de Daño Cerebral de Navarra ha renunciado a utilizar sujeciones con sus usuarios. - LUIS AZANZA

LEX NAVARRA

DECRETO FORAL 221/2011, DE 28 DE SEPTIEMBRE, POR EL QUE SE REGULA EL USO DE SUJECIONES FÍSICAS Y FARMACOLÓGICAS EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES RESIDENCIALES DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

(Publicado en el Boletín Oficial de Navarra de 14 de octubre de 2011)

Se regulan normas  
específicas sobre uso  
sujeciones físicas y  
químicas en centros de  
mayores en CCAA



# Uso de las sujeciones físicas en España

- Prevalencia variable (del 8 al 66%) según concepto de sujeción física.
- España tiene alta prevalencia de sujeción a personas mayores, aunque va descendiendo en los últimos años (Burgueño, A. 2007; Galán, et al, 2008) :

39% personas mayores sujetas en 1997

21,7% personas mayores sujetas en 2011,  
en los ancianos dementes puede llegar al  
60%



# Nuevos métodos cuidado

- La atención gerontológica **centrada en la persona**.
- Una nueva cultura de **valores** y satisfacción preferencias usuarios
- Cambio integral en el funcionamiento servicios al mayor: ***¡Las residencias como en casa!***
- Básico: cambiar **metodología y organización del trabajo** en los centros
- Importa la buena gobernanza y el bien común





# Inicio: Programa retirada sujeciones físicas 2008-2013 en La Saleta

Programas de I+D+i:

2008: **NO SUJECIONES FÍSICAS;**

2011: no sujeciones químicas

2012: 12 metas

<http://www.lasaleta.com/innovacion-residencias-centros-dia-personas-mayores.php>

The poster features the La Saleta logo at the top left, with the website [www.lasaleta.com](http://www.lasaleta.com) below it. To the right, a green box contains the text 'CAMPAÑA 2012 12 METAS' and 'NOVIEMBRE'. Below this, the main theme 'DIGNIDAD EN LOS CUIDADOS' is written. The central illustration shows an elderly man sitting in a chair, reading a newspaper. To the right of the illustration, a box titled 'META 1' contains the text 'POR LA DIGNIDAD EN LOS CUIDADOS' and a list of objectives: '1. Fomentar un ambiente que genere una actitud de respeto y dignidad en los cuidados', '2. Fomentar un ambiente que genere una actitud de respeto y dignidad en los cuidados', '3. Fomentar un ambiente que genere una actitud de respeto y dignidad en los cuidados', '4. Fomentar un ambiente que genere una actitud de respeto y dignidad en los cuidados', '5. Fomentar un ambiente que genere una actitud de respeto y dignidad en los cuidados', '6. Fomentar un ambiente que genere una actitud de respeto y dignidad en los cuidados', '7. Fomentar un ambiente que genere una actitud de respeto y dignidad en los cuidados', '8. Fomentar un ambiente que genere una actitud de respeto y dignidad en los cuidados', '9. Fomentar un ambiente que genere una actitud de respeto y dignidad en los cuidados', '10. Fomentar un ambiente que genere una actitud de respeto y dignidad en los cuidados', '11. Fomentar un ambiente que genere una actitud de respeto y dignidad en los cuidados', '12. Fomentar un ambiente que genere una actitud de respeto y dignidad en los cuidados'. At the bottom, there is a row of logos for various organizations, including the Spanish Ministry of Health, the Spanish Society of Geriatrics, and the Spanish Society of Gerontology.

# Durante: Programa retirada sujeciones físicas Saleta

- Formación de los trabajadores y los familiares en nuevos modelos atención al mayor, retiro sujeciones y en cultura valores
- Creación equipos multidisciplinarios trabajo
- Reorganización tareas y turnos de trabajo
- Nueva toma de decisiones: conjunta, multidisciplinaria y coordinada
- Creación nuevos registros clínicos, psicológicos, funcionales, y administrativos

# Final: Programa retirada sujeciones físicas Saleta

- **En 2013 se certifican todos los centros como libres de sujeciones. Defienden tolerancia 0 a las sujeciones**
- Se produce efecto contagio a resto grupos residencias. Sólo hay 32 centros totalmente libres sujeciones en España (EM, 13/02/2014).
- Crecen las agencias de certificación de no sujeciones: CEOMA, Fundación Cuidados Dignos, etc...



# OBJETIVO ESTUDIO:

Evaluar el programa de retirada de sujeciones físicas:  
estimar los efectos que ocasiona en las personas  
mayores institucionalizadas y con demencia de dos  
centros de La Saleta Valencia

- Efectos generales:
  - Nº personas mayores que caen,  
nº caídas y caídas según consecuencias
  - Nº fármacos antipsicóticos

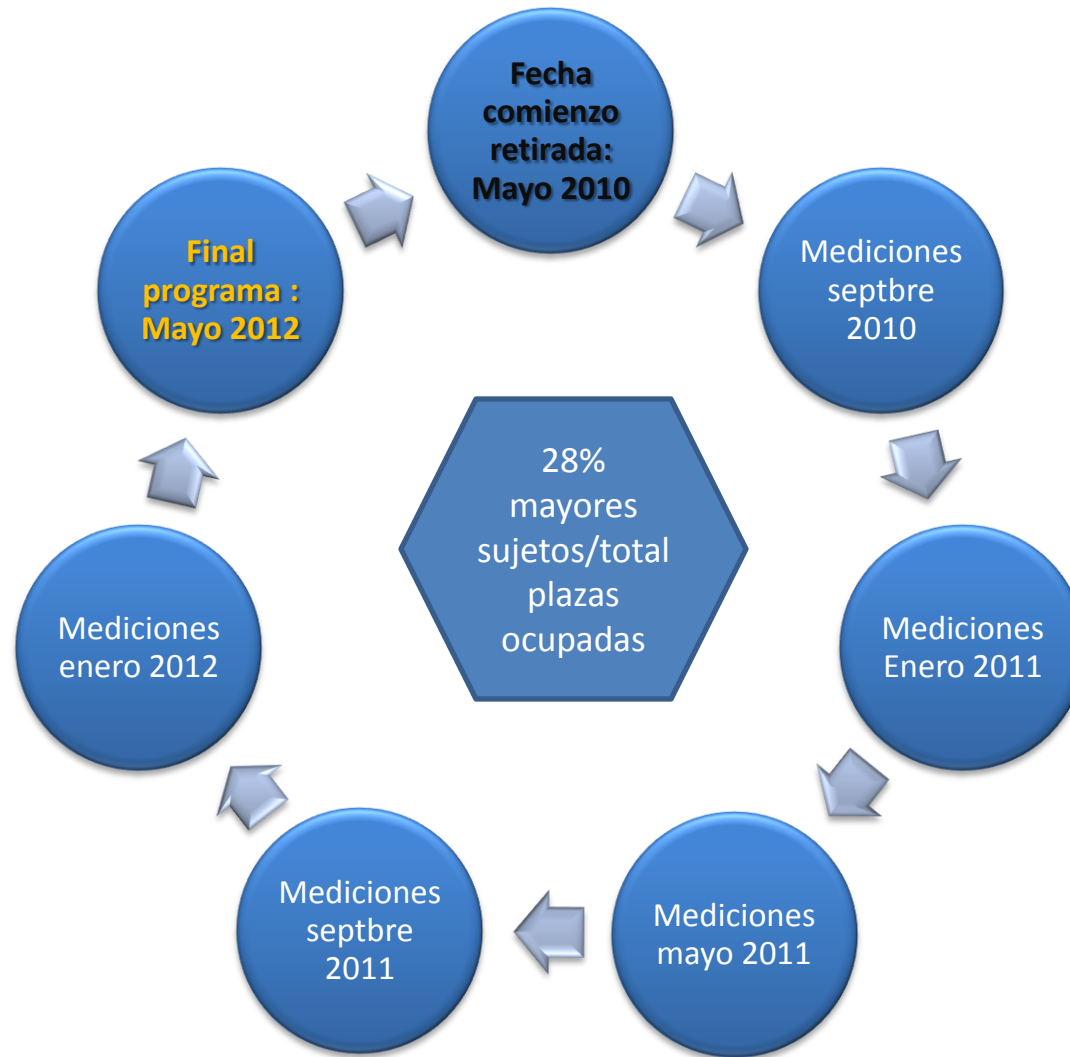
- Efectos específicos sobre:
  - Tipo incontinencia
  - Riesgo úlceras presión
  - Grado dependencia
  - Riesgo caídas
  - Alteración conducta
  - Estado cognitivo
  - Calidad de vida



# METODOLOGIA

- Cuasi experimental. Se efectúa en función implantación del proyecto eliminación de sujeciones físicas del grupo La Saleta. No se aleatoriza muestra
- Longitudinal. El periodo estudio es de 2 años (mayo 2010-mayo 2012)
- Intervención: eliminar sujeciones físicas
- 2 centros concertados en C. Valenciana de La Saleta
- Grupo experimental (GE): El Puig
- Grupo control (GC): Conarda
- Criterios inclusión: estar sujetos, tener demencia

# Evolución programa retirada sujeciones en El Puig: Grupo experimental

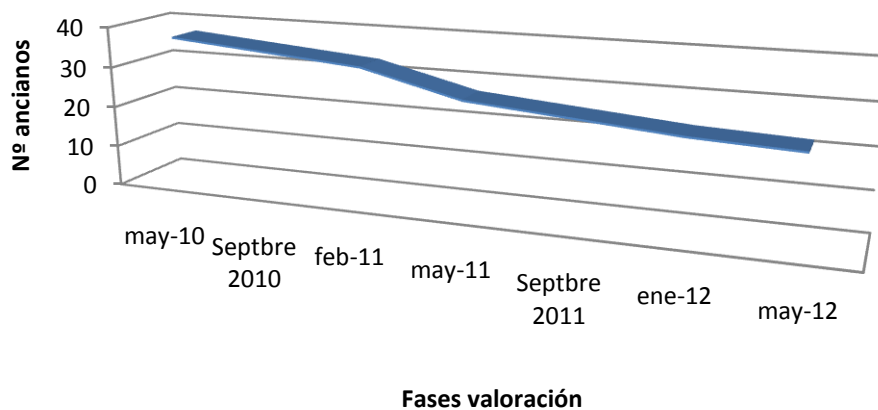


# Evolución retirada sujeciones.

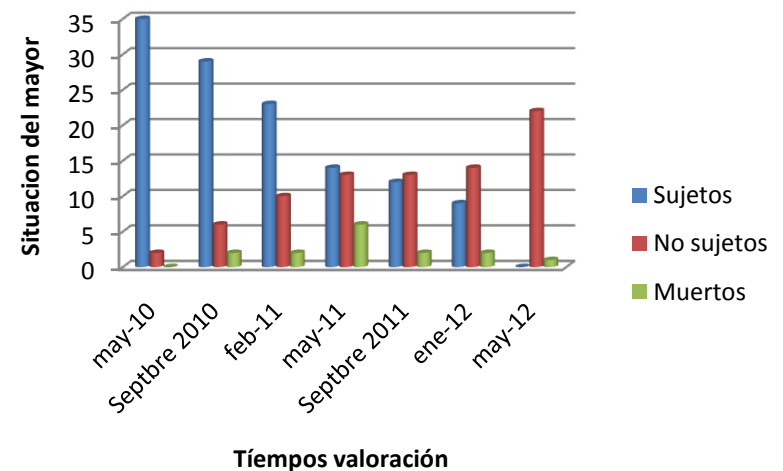
## Grupo intervención. El Puig

	Mayo-10	Septbre 2010	Enero-11	Mayo-11	Septbre 2011	Enero-12	Mayo-12
Sujetos	35	29	23	14	12	9	0
No sujetos	2	6	10	13	13	14	22
Muertos	0	2	2	6	2	2	1
	Mayo-10	Septbre 2010	Enero-11	Mayo-11	Septbre 2011	Enero-12	Mayo-12
Muestra vivos	37	35	33	27	25	23	22
Muestra + muertos	37	37	35	33	27	25	23

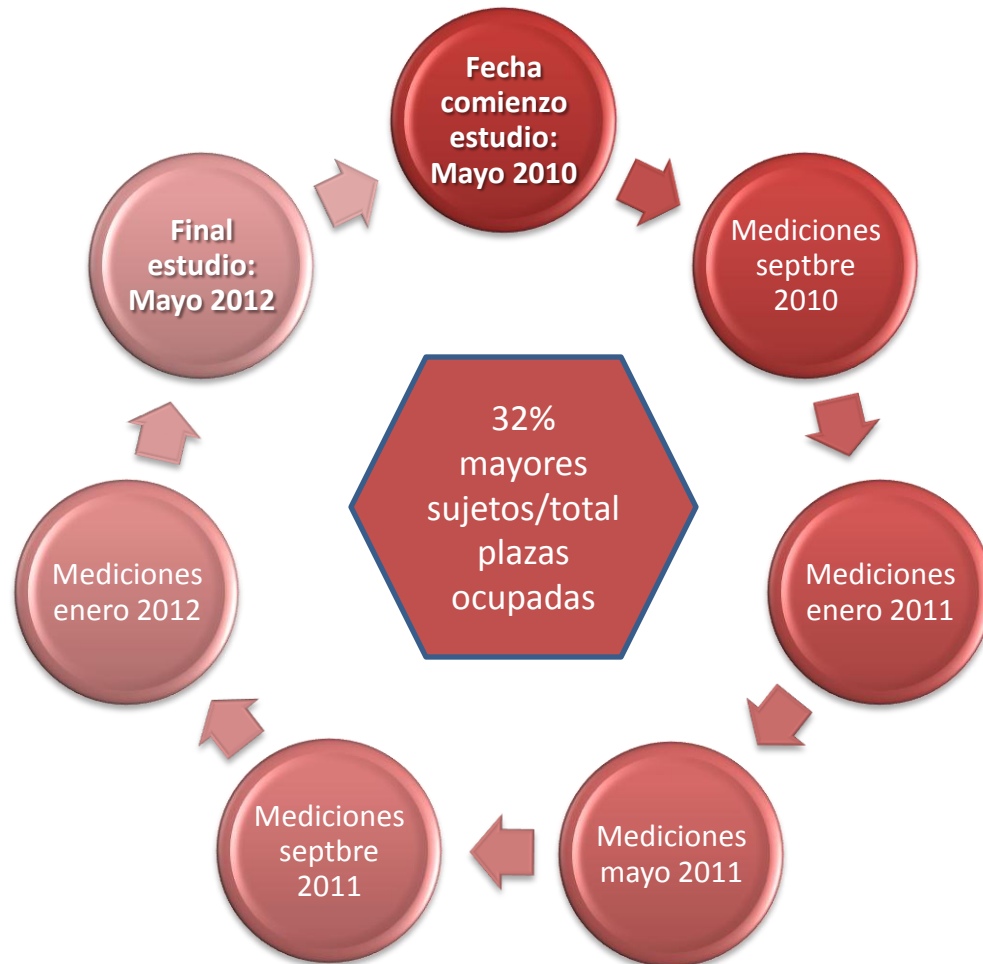
Evolución tamaño muestra Puig Mayo 2010-mayo 2012



Evolución retirada sujeciones. El Puig. Mayo 2010-Mayo 2012



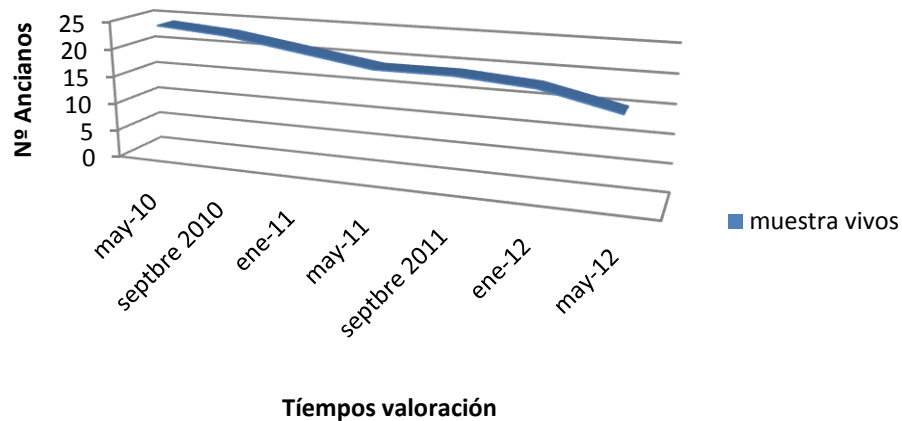
# Evolución programa retirada sujeciones en Conarda: Grupo control



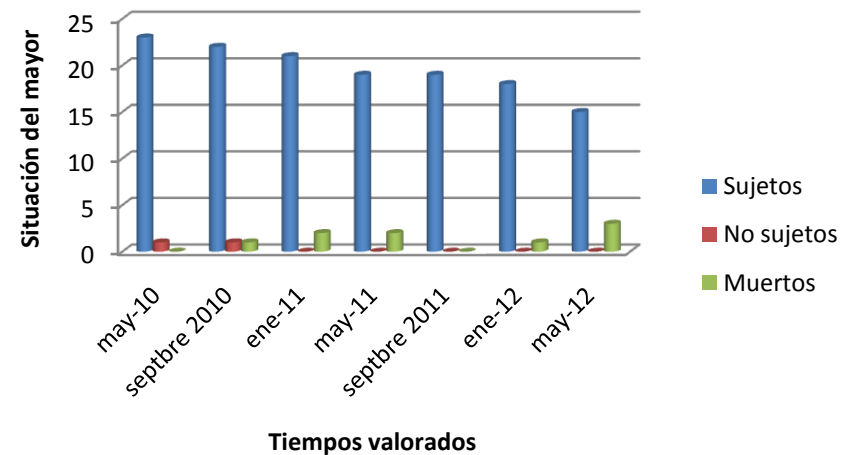
# Evolución retirada sujeciones.Grupo control. Conarda

	Mayo-10	Septbre 2010	Enero-11	Mayo-11	Septbre 2011	Enero-12	Mayo-12
Sujetos	23	22	21	19	19	18	15
No sujetos	1	1	0	0	0	0	0
Muertos	0	1	2	2	0	1	3
	Mayo-10	Septbre 2010	Enero-11	Mayo-11	Septbre 2011	Enero-12	Mayo-12
muestra vivos	24	23	21	19	19	18	15
muestra + muertos	24	24	23	21	19	19	18

**Evolución tamaño muestra vivos.  
Conarda. Mayo 2010-Mayo 2012**



**Evolución retirada sujeciones.  
Conarda. Mayo 2010-Mayo 2012**





# Cronograma recogida datos en Puig y Conarda

[illegible]

# Análisis descriptivo, GI/GC, El Puig/Conarda.

## Información variables al inicio estudio. Mayo 2010

**Tabla 1a.** Características basales de los participantes de ambos grupos estudiados: porcentajes o medias  $\pm$  1 desviación típica (min-max).

Variables medidas	Grupo intervención: El Puig	Grupo control: Conarda	p-value
Edad (años)	82,3 $\pm$ 8,45	86,3 $\pm$ 4,9	0,000 <sup>a</sup>
Sexo	H: 8 (21,6) M: 29 (78,4)	H: 4 (16,7) M: 20 (83,3)	0,634 <sup>b</sup>
Estado civil	Casados: 5 (13,5) Solteros: 9 (24,3) Viudos: 23 (62,2)	Casados: 5 (20,8) Solteros: 5 (20,8) Viudos: 14 (58,3)	0,745 <sup>b</sup>
Ocupación	Ama de casa: 19 (51,4) Agricultor: 4 (10,8) Operarios fábr: 5 (13,5) Empresario: 3 (8,1) Servicios: 3 (8,1) Sin ocupación: 3 (8,1)	Ama de casa: 11 (45,8) Agricultor: 3 (12,5) Operarios fábr: 3 (12,5) Empresario: 1 (4,2) Servicios: 6 (25)	0,536 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Test t Student

<sup>b</sup> Chi-cuadrado

<sup>c</sup> Prueba U Mann-Whitney

\*  $p \leq 0,05$

# Análisis descriptivo, GI/GC, El Puig/Conarda.

## Información variables al inicio estudio. Mayo 2010

**Tabla 1b.** Características basales de los participantes de ambos grupos estudiados: porcentajes o medias  $\pm$  1 desviación típica (min-max).

Variables medidas	Grupo intervención: El Puig	Grupo control: Conarda	p-value
NIT (grado de intervención terapéutico : 8 es muy alto grado intervención dado muy grave deterioro físico y cognitivo)	7,36 $\pm$ 1,09 Grado 4: 1 (2,8%) Grado 5: 1 (2,8%) Grado 6: 8 (22,2%) Grado 8: 26 (72,2%)	7,46 $\pm$ 1,4 Grado 3: 2 (8.3%) Grado 6: 1 (4,2%) Grado 7: 1 (4,2%) Grado 8: 20 (83,3%)	0,369 <sup>c</sup>
Nº mayores sujetos	Si sujetos: 37 No sujetos: 0	Si sujetos: 23 No sujetos: 1	0,211 <sup>b</sup>
Tipo sujeción N (%)	Cinturón cama: 7 (18,9) Cinturón abdominal: 4 (10,8) Cinturón pélvico: 12 (32,4) Cinturón ab + cama: 3 (8,1) Cinturón pel + cama: 10 (27) Muñequeras: 1 (2,7)	Sin nada: 1 (4,2) Cinturón cama: 3 (12,5) Cinturón ab + cama: 18 (75) Cinturón pel + cama: 1 (4,2) Cinturón pélvico torax: 1 (4,2)	0,000 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Test t Student

<sup>b</sup> Chi-cuadrado

<sup>c</sup> Prueba U Mann-Whitney

\*  $p \leq 0,05$

# Análisis descriptivo, GI/GC, El Puig/Conarda.

## Información variables al inicio estudio. Mayo 2010

**Tabla 1c.** Características basales de los participantes de ambos grupos estudiados: porcentajes o medias  $\pm$  1 desviación típica (min-max)

Variables medidas	Grupo intervención: El Puig	Grupo control: Conarda	p-value
Total mayores que caen	Si caen: 12, no caen: 25	Si caen:4; no caen: 20	0,171 <sup>b</sup>
Nº caídas	27 2,5 $\pm$ 1,7; 1-6	4 1 $\pm$ 0,0; 1-1	0,170 <sup>c</sup>
Nº caídas según grado consecuencia	Grado 0 o leves o sin consecuencia: 17 (63%) Grado 1 o moderados (sin hospitalización): 8 (29,6%) Grado 2 o graves (con hospitalización): 2 (7,4%)	Grado 0 o leves o sin consecuencia: 1 (25%) Grado 1 o moderados (sin hospitalización): 2 (50%) Grado 2 o graves (con hospitalización): 1 (25%)	0,297 <sup>b</sup>
Media de medicamentos prescritos (Antipsicóticos, neurolépticos, ansiolíticos, antidepresivos, anticíclicos, hipnóticos y psicoestimulantes) Datos enero 2011	2,3 $\pm$ 1,4 (0-5)	2,3 $\pm$ 1,4 (0-6)	0, 856 <sup>a</sup>

# Análisis descriptivo, GI/GC, El Puig/Conarda.

## Información variables al inicio estudio. Mayo 2010

**Tabla 1d.** Características basales de los participantes de ambos grupos estudiados: porcentajes o medias  $\pm$  1 desviación típica (min-max)

Variables medidas	Grupo intervención: El Puig	Grupo control: Conarda	p-value
Presencia incontinencia	Si: 37 (100%) No: 0	Si: 22 (95,8%) No: 1 (4,2%)	0,211 <sup>b</sup>
Tipo Incontinencia	Solo urinaria: 2, (5,4%) Sólo fecal:0 Ambas: 37 (94,6%)	Sólo urinaria:1 (4,3%) Sólo fecal: 0 Ambas: 22 (95,7%)	0,875 <sup>b</sup>
Norton (Riesgo úlceras presión)	1,53 $\pm$ 0,56	1,41 $\pm$ 0,7	0,797 <sup>c</sup>
NPI (Alteraciones conducta)	17 $\pm$ 10,61	17,9 $\pm$ 17,2	0,617 <sup>c</sup>
Minimental (Estado cognitivo)	5,06 $\pm$ 7,7	9,25 $\pm$ 10,4	0,140 <sup>c</sup>
Tinetti (Riesgo caídas)	12,63 $\pm$ 6,03	13,9 $\pm$ 8,5	0,982 <sup>c</sup> y 0,682 <sup>a</sup>
Barthel (nivel dependencia)	3,47 $\pm$ 0,69	3,48 $\pm$ 0,94	0,466 <sup>c</sup>



# Resultados

- Como en otros estudios similares (Koczy et al. 2011; Math et al, 2011):
  - La muestra del grupo control es más pequeña.
  - El % de pérdida de muestra por fallecimientos es elevado.

Como en este estudio el periodo analizado es más largo (dos años, frente a 6-8 meses resto evaluaciones), se alcanza un 40% de muertes en el Puig y el 37% en Conarda.

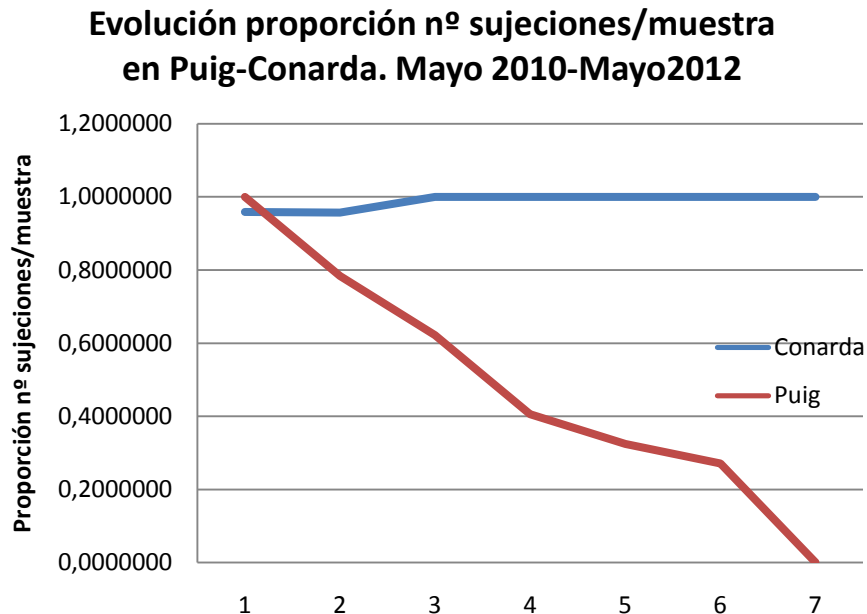
# Resultados

- La información sobre estado de los mayores en ambos grupos al inicio del estudio (mayo 2010) es similar: Mayoría mujeres, viudas, amas de casa, católicas, aunque un poco más envejecidas en Conarda y con tipos sujeciones diferentes (prescritas según criterio del médico del centro).
- Todos precisan de intervención terapéutica elevada (NIT) porque son graves dependientes, polimedicados, incontinentes, tienen alto deterioro cognitivo y funcional, presentan alto riesgo de úlceras presión y de caídas.
- Debido a estas circunstancias en el corto plazo estos ancianos se convierten en enfermos terminales y fallecen durante el periodo de estudio

# Resultados

- También se evaluaron la calidad de vida (FUMAT) y depresión en ancianos dementes (Cornell), pero dadas las características de la muestra y la escasez de respuesta no se han facilitado resultados. ➔ Es un problema habitual en este tipo de muestras

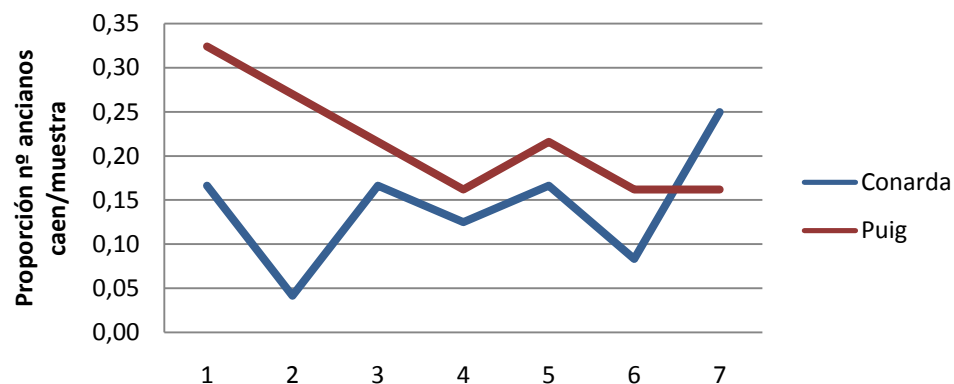
# Evolución de las sujeciones



La evolución de la proporción de sujeciones sobre la muestra en el Puig es conforme a lo esperado: **desaparecen TODAS las sujeciones** durante el periodo programado. En cambio en Conarda se mantienen durante todo el periodo.

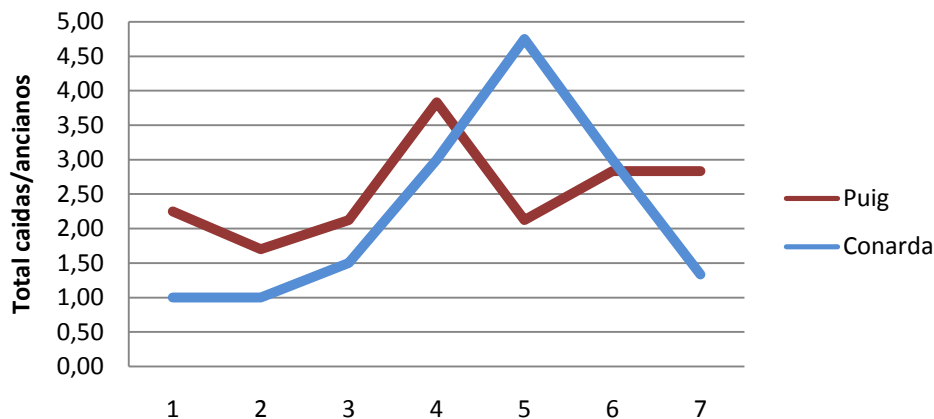
# Evolución de las caídas

Evolución proporción nº mayores caen/muestra en Puig y Conarda. Mayo 2010-2012



La proporción de ancianos que caen según muestra en Puig ha ido descendiendo durante periodo estudio, mientras que en Conarda ese porcentaje es muy variable y va en aumento

Evolución total caídas/mayores que caen. Puig y Conarda. Mayo 2010-Mayo 2012

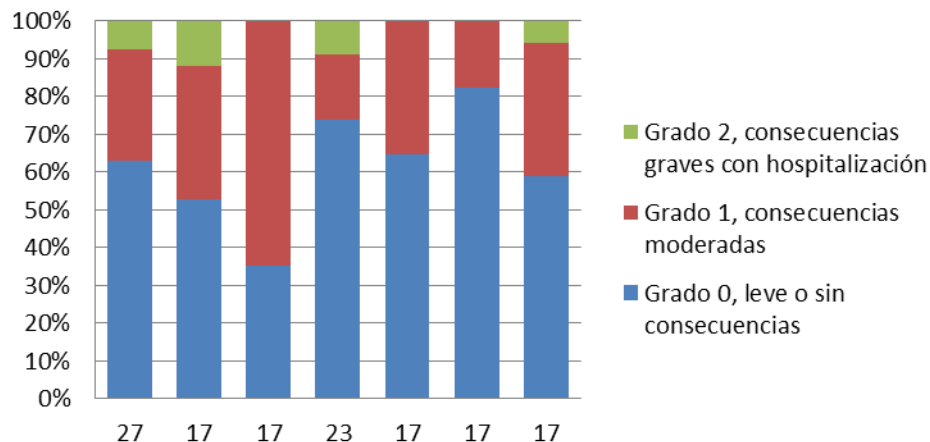


Esta evolución es variable en ambos centros, aunque menos pronunciada en el Puig. Algunos mayores concentran un gran nº caídas. Ejemplo en Conarda una mujer cae 11 veces en el mismo periodo. En el Puig otra mujer 6 veces.



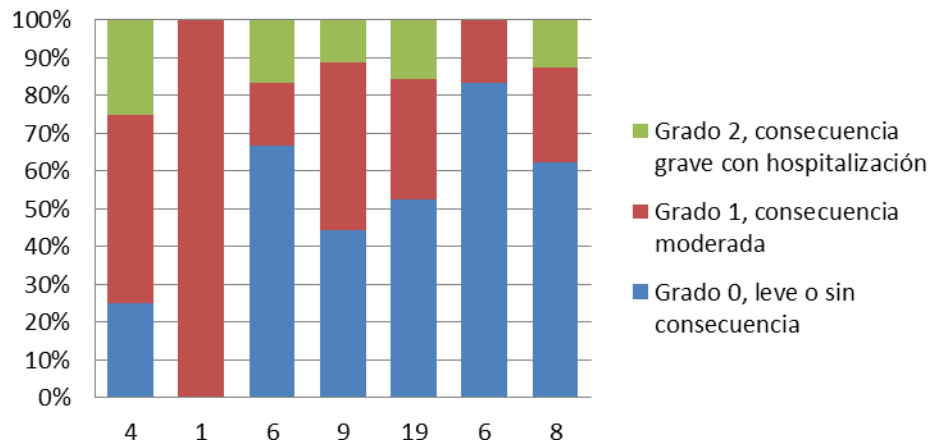
# Evolución de las caídas

Caidas según grado consecuencia. Puig. Mayo 2010-  
Mayo 2012



En el Puig, aparte del **leve descenso y estabilidad en el nº caídas**, las consecuencias caídas siguen siendo **mayoritariamente leves** y hay menor presencia de las graves.

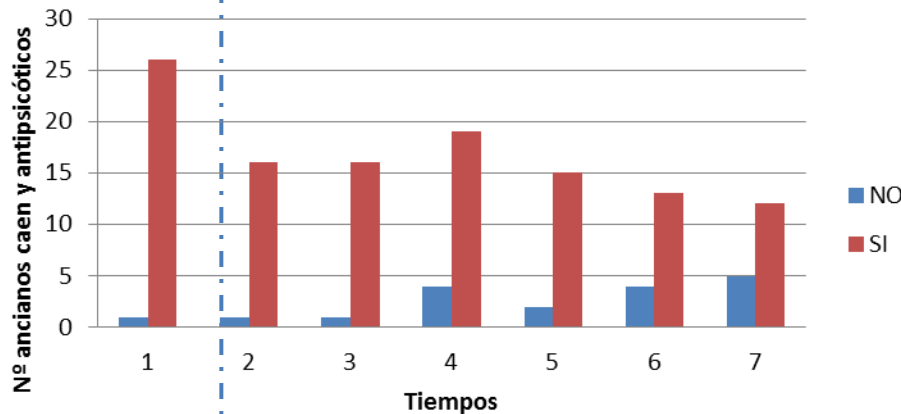
Caídas según grado consecuencia. Conarda. Mayo 2010-  
Mayo 2012



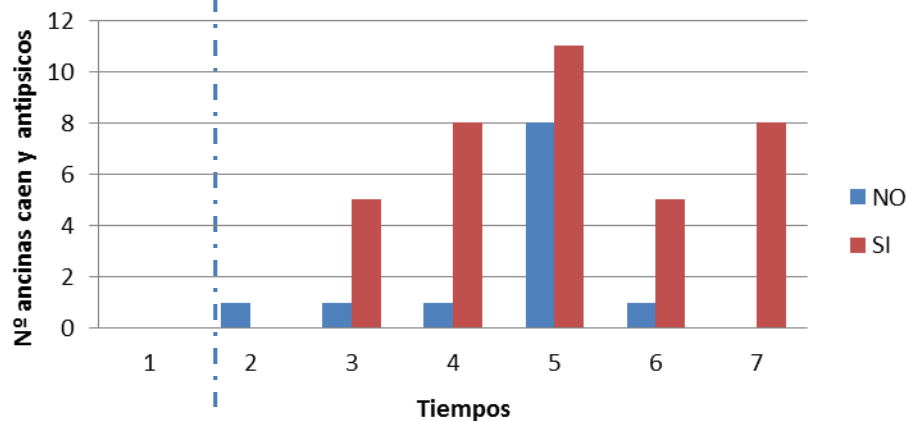
En Conarda, las caídas crecen, aunque las consecuencias caídas son mayoritariamente leves a partir del 2011, y las graves siguen en sus niveles iniciales.

# Evolución de las caídas

Mayores que caen y toman antipsicóticos. Puig  
Mayo 2010-Mayo 2012



Mayores que caen y toman antipsicóticos.  
Conarda. Septbe 2010-Mayo 2012

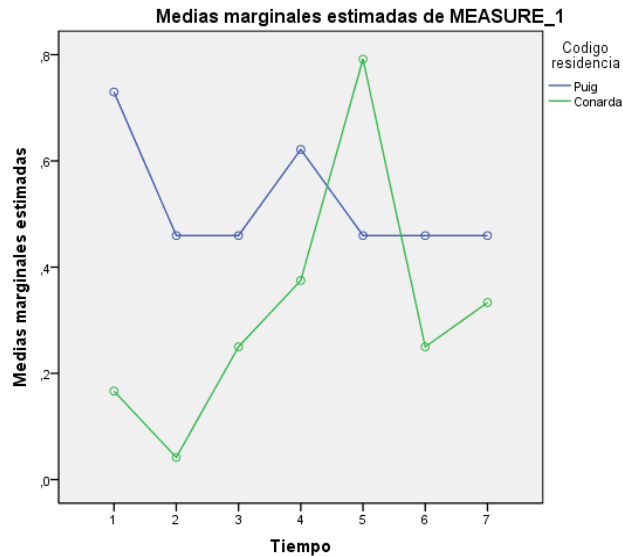


En el Puig se observa como disminuye el nº mayores que caen y como **aumenta el nº de antipsicóticos que se les retira.**

En Conarda el nº mayores que caen crece, aunque hay un esfuerzo importante septiembre 2011 por retirar los antipsicóticos a estos mayores.

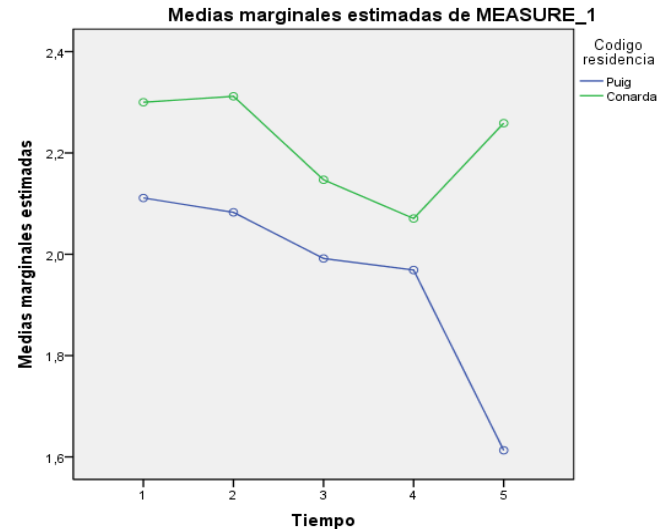
# Resultados longitudinales

Figura 1: medias para el nº caídas para los grupos control y experimental en los 7 momentos temporales.  $p \leq 0,05$



Desde inicio el nº caídas es muy bajo y variable en Conarda y crece. En Puig parte nº elevado caídas para luego estancarse. Se presentan picos por concentración caídas en algunos mayores. Las diferencias entre centros no son estadísticamente significativas.  $F= 1,077$ ;  $p=0,376$ ;  $\eta^2=0,18$

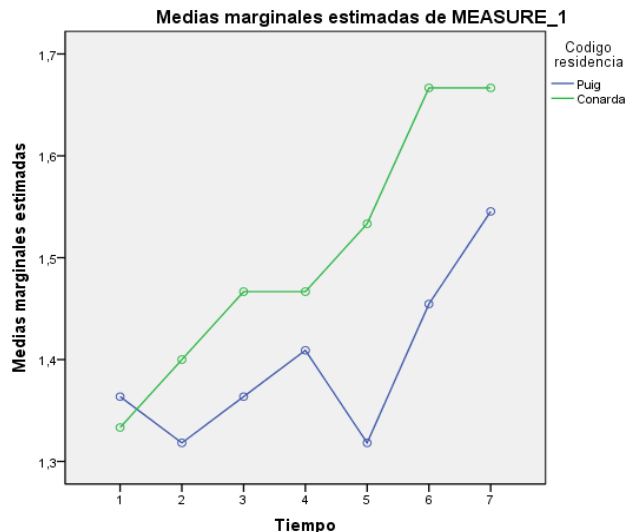
Figura 2: medias para el nº antipsicóticos prescritos para los grupos control y experimental en los 5 momentos temporales.  $p \leq 0,05$



De inicio el nº de estos fármacos prescritos es mayor en Conarda que en Puig, pero se produce un **descenso continuado** en el Puig y que si que es estadísticamente significativo  $F= 2,415$ ;  $p=0,052$ ;  $\eta^2=0,168$

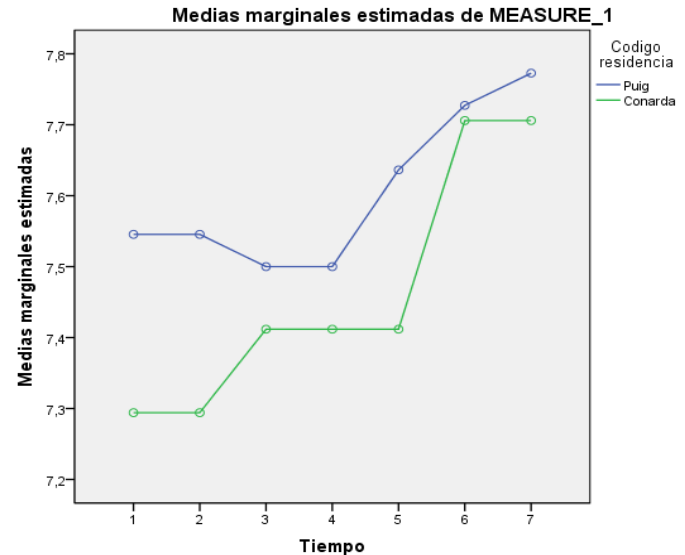
# Resultados longitudinales

Figura : medias para el Norton (riesgo úlceras presión) para los grupos control y experimental en los 5 momentos temporales.  $p \leq 0,05$



Conforme pasa el tiempo **crece** el riesgo de úlceras presión en ambos centros pero ese riesgo siempre ha sido **mayor en Conarda** y no es estadísticamente significativo.  $F= 0,606; p=0,795; \eta^2=0,17$

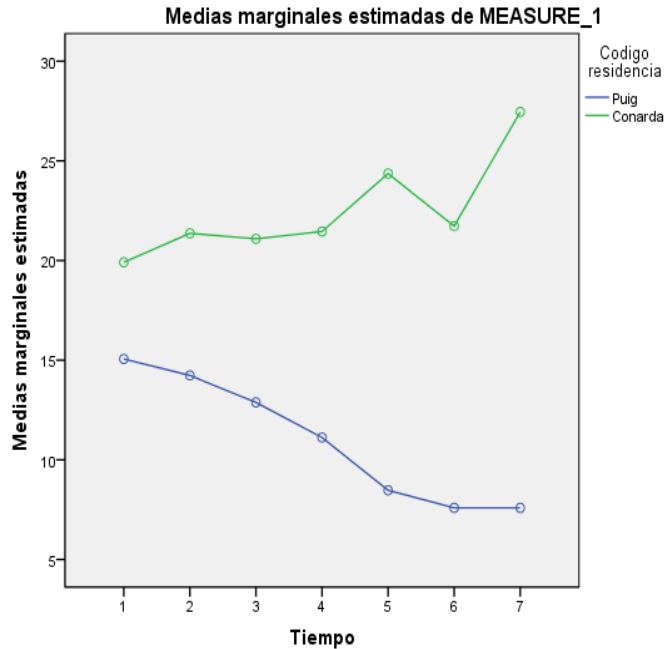
Figura : medias para el NIT (intervención terapéutica) para los grupos control y experimental en los 7 momentos temporales.  $p \leq 0,05$



**Asciende el nivel de intervención terapéutica en ambos centros** hasta llegar a ser el más elevado. No observándose diferencias estadísticamente significativas.  $F= 0,516; p=0,634; \eta^2=0,014$

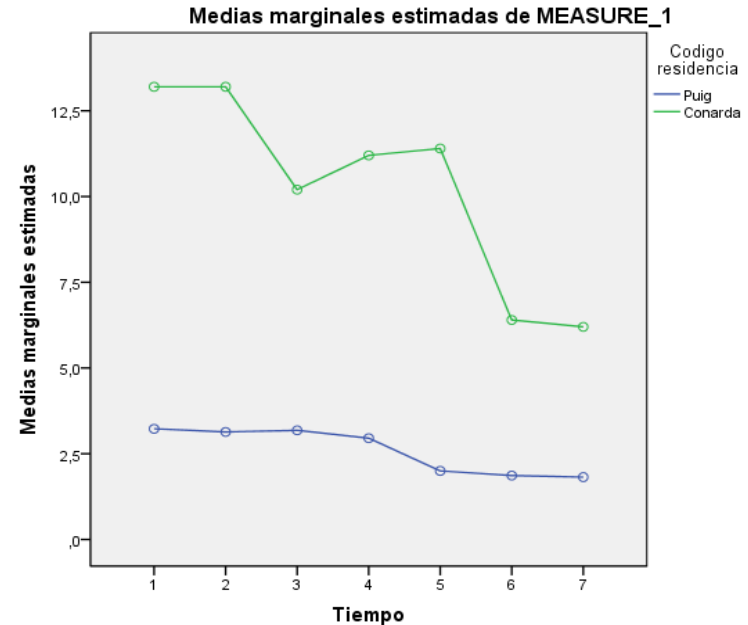
# Resultados longitudinales

Figura : medias para el NPI (estado anímico) para los grupos control y experimental en los 7 momentos temporales.  $p \leq 0,05$



Las alteraciones conducta y estado anímico empeora en Conarda y **mejora en el Puig hasta llegar límites muy bajos** cuando ya estás libres sujeciones. Las diferencias son estadísticamente significativas:  $F=3,016; p=0,041; \eta^2=0,104$

Figura : medias para el Minimental (estado cognitivo) para los grupos control y experimental en los 7 momentos temporales.  $p \leq 0,05$

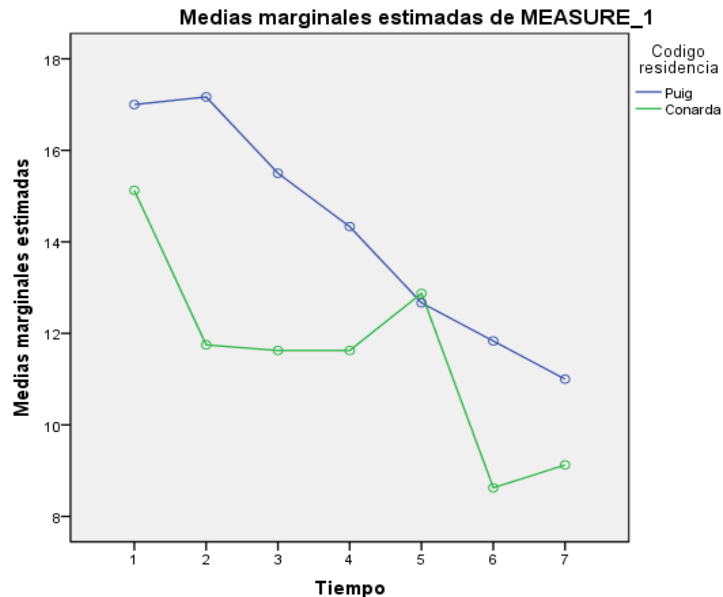


Se parte de mejor estado cognitivo en Conarda. En **ambos centros empeora el estado cognitivo**, pero en el Puig la evolución del declive cognitivo es menos pronunciada que en Conarda, y se estabiliza en el último año. Se observan diferencias estadísticamente significativas:  $F=4,810; p=0,013; \eta^2=0,161$



# Resultados longitudinales

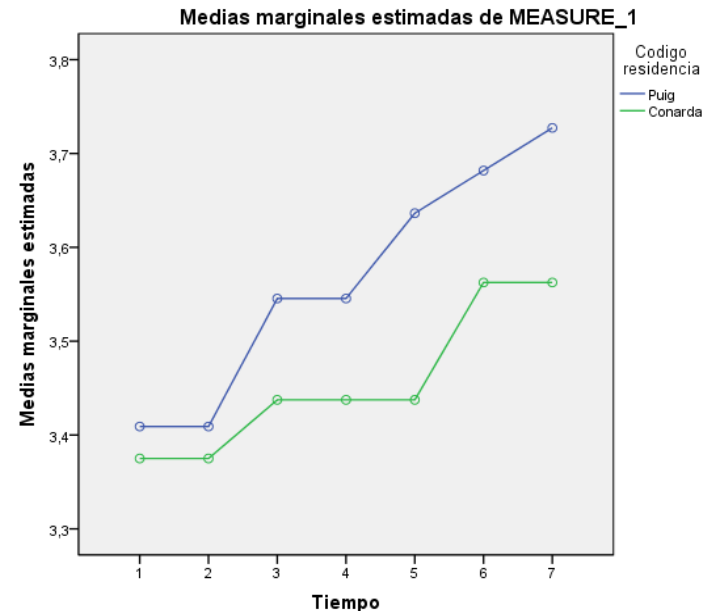
Figura : medias para el Tinetti (riesgo caídas) para los grupos control y experimental en los 7 momentos temporales.  $p \leq 0,05$



En ambos centros aumenta el riesgo caídas. En el Puig se parte de una situación mejor que en Conarda. Y en Conarda el riesgo de caídas es más pronunciado que en el Puig, aunque las diferencias no sean significativas.  $F= 0,965$ ;  $p=0,455$ ;  $\eta^2=0,74$

También conforme se retiran sujeciones a los mayores tendrán más movilidad y podrá aumentar el riesgo caídas

Figura : medias para el Barthel (nivel dependencia) para los grupos control y experimental en los 7 momentos temporales.  $p \leq 0,05$



Asciende el nivel de dependencia en ambos centros hasta llegar a gran dependiente. No existen diferencias estadísticamente significativas.  $F= 0,419$ ;  $p=0,671$ ;  $\eta^2=0,012$

# Conclusiones

En general:

- Se contribuye a aumentar estudios de evaluación salud ancianos institucionalizados, con demencia y terminales y la gestión de actividades en residencias en España.
- Se contribuye a facilitar información sobre sujeciones en mayores institucionalizados en España.
- Mientras la evolución de los resultados es muy variable en Conarda en el Puig se observan pequeños avances tras retirar sujeciones.

# Conclusiones

Se consigue en el periodo estudiado eliminar todas las sujeciones en el centro del Puig

En Puig hay leves mejorías en:

- El nº de caídas. Disminuyen primero y se estabilización en una cifra más baja.
- La gravedad de las caídas. Mayoritariamente son leves. Algunas personas todavía concentran elevado nº caídas.
- A los mayores que caen se les van retirando suavemente el nº de antipsicóticos.
- Se corroboran resultados caídas en estudios previos (Capetuzi, et al, 1996; Evans, et al, 1997; Capetuzi, et al, 1998; Capetuzi, et al, 2007; Gulpers, et al, 2011, Math et al, 2011)



# Conclusiones

**Retirar sujeciones frente a no hacerlo lleva a diferencias estadísticamente significativas entre ambos centros en la evolución de:**

- **La prescripción antipsicóticos**
- **El estado cognitivo (Minimental)**
- **Las alteraciones conductuales y estado anímico (NPI)**

Los resultados derivados de las escalas Minimental, Barthel, Norton, NIT, Tinetti confirman el avance progresivo del deterioro de los mayores de ambos centros, y no se muestran diferencias significativas entre ambos centros.



# Conclusiones

**¡¡¡ES POSIBLE RETIRAR  
SUJECCIONES FÍSICAS!!!**

**LAS SUJECCIONES FÍSICAS VAN  
UNIDAS A LAS SUJECCIONES  
QUÍMICAS**

**RETIRAR SUJECCIONES FÍSICAS  
CONDUCE A RETIRAR  
SUJECCIONES QUÍMICAS**

**RETIRAR SUJECCIONES FÍSICAS  
FACILITA CAMBIO HACIA  
MODELO ATENCIÓN  
CENTRADO EN PERSONAS**



# Limitaciones/mejoras

- El tamaño de la muestra puede considerarse pequeño, pero debe considerarse la dificultad de recogida de datos por características del grupo (Ramos, et al. 2013) (Campbell, et al 2000), y la actitud negativa de los responsables de los centros para informar de sujeciones.
- El estudio no es experimental, dada la dificultad de encontrar centros dispuestos a participar.
- Se han efectuado encuestas a los empleados sobre el programa y a los gerentes de los centros sobre costes de personal y materiales y cambios de gestión, que todavía no se ha procesado la información.

**Muchas gracias**

