

El uso adecuado de la restricción física en el anciano: una preocupación creciente

Teresa Alarcón Alarcón

Servicio de Geriatria. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

En el 2001 esta revista publicaba nuestro punto de vista sobre el uso de restricción física en el anciano¹. Siete años después, el panorama asistencial, tanto domiciliario como residencial, refleja una preocupación y un querer "buen hacer" en este campo del cuidado que afecta a un sector importante de nuestra población anciana de edad avanzada.

Tenemos el gusto de poder leer en este número de la REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA dos artículos sobre el uso de la restricción física. Uno referido al ámbito residencial² y otro al medio domiciliario³. Los autores analizan, en el primer artículo referido, 25 residencias públicas gestionadas directamente por el Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid, con el objetivo de determinar la prevalencia del uso de sujeciones físicas, proporcionándonos el grado de autonomía para la actividades de la vida diaria y la situación cognitiva en aquellos residentes en que se usaba la sujeción física. En el segundo artículo, los autores describen las opiniones de una población de familiares cuidadores con experiencia en el uso de restricción física en domicilio.

Cuando afrontamos el problema del uso de la restricción física en nuestros ancianos, tenemos que respondernos a dos preguntas: ¿está indicada esa restricción, y no hay otras alternativas? y ¿la usamos adecuadamente?

En 1997, en el medio residencial, las prevalencias de uso de la restricción física oscilaban entre el 2,2 y el 39,6%, correspondiendo esta última a España⁴, que era, entre los países analizados en la publicación, el de mayor prevalencia en el uso de restricción física. El trabajo de Galán Cabello et al² encuentra un 20,8% de uso de restricción física. Sin duda, la reducción en la prevalencia de uso de sujeciones indica un cambio positivo, aunque todavía nos queda camino por recorrer.

En hospitales de agudos la prevalencia se sitúa entre el 1,7 y el 27%⁵⁻⁷: en unidades de rehabilitación, 34%⁸; en unidades de cuidados intensivos médicos, 37%, y en unidades quirúrgicas, 28%⁹. En nuestro hospital¹⁰, en pacientes ancianos ingresados en traumatología, la prevalencia encontrada fue del 10,2%.

Evans y Fitzgerald¹¹, en su revisión para determinar las causas que llevan a usar la restricción física en hospitales o

en residencias asistidas, pusieron de manifiesto que no todas las razones dadas para justificar su uso beneficiaban a los pacientes o residentes. Incluso algunas de ellas estaban contraindicadas para el beneficio que se quería conseguir.

Disponemos de conocimientos científicos suficientes que muestran claramente las graves consecuencias que en el anciano origina el uso de restricción física, y que fueron ya comentadas minuciosamente por nosotros¹: aumento de la agitación; producción de estrés grave (posibilidad de úlcera gastroduodenal y depresión del sistema inmunitario); reducción del apetito, deshidratación, inmovilidad (con sus cascadas de consecuencias); mayor proporción de accidentes graves tras caídas; aislamiento del entorno y alteración de la relación con los cuidadores y el personal sanitario; aumento de las infecciones; incremento de la pérdida de memoria; aumento de la estancia hospitalaria y de traslados a residencias asistidas, y abrasiones en la piel, úlceras y lesiones nerviosas, y posibilidad de muerte directa por asfixia en el uso de determinado material de sujeción. Una revisión sistemática reciente alerta sobre estos problemas¹².

En el trabajo de Galán Cabello et al², se muestra que un porcentaje no desdeñable de sujeciones físicas se da en residentes que no presentan deterioro cognitivo (una quinta parte del total de las sujeciones), dato que nos indica que tenemos que seguir trabajando por mejorar las indicaciones de las sujeciones físicas ya que éstas no están exentas de graves problemas para los pacientes en quienes se usan. De igual forma, Fariña-López et al³ muestran que el 42% de los familiares cuidadores desconocía alternativas a la restricción, al igual que las elevadas proporciones de situaciones donde los familiares justifican el uso de restricción física, que son muy susceptibles de reducción con programas educativos de alternativas al uso de restricción, que ellos mismos ya apuntan en su artículo.

Sin duda, en la actualidad se disponen de buenas publicaciones en castellano, de fácil acceso, por lo que la formación de profesionales y cuidadores está muy facilitada¹³⁻¹⁶.

La segunda pregunta que nos planteábamos al comienzo, una vez que hemos optado por opciones terapéuticas alternativas al uso de la restricción física, y hemos limitado el

uso de esas restricciones a sujetos con clara indicación, es si estas restricciones físicas se usan adecuadamente. Todos los profesionales y cuidadores de ancianos debemos conocer las normas que se deben seguir en su uso: utilizarse durante períodos limitados, dar oportunidad al paciente a moverse al menos 10 min cada 2 h, revisar cada 3 o 4 h los posibles efectos negativos, etc. Nuestra obligación es también limitar sus consecuencias en aquellos pacientes en que nos vemos obligados a usarlas.

Conocemos la prevalencia en nuestro medio, conocemos también el uso inadecuado en un porcentaje no despreciable de la población. Es preciso formar a los profesionales en este problema, fomentar su uso adecuado y protocolizarlo, y prevenir complicaciones si se usan. Con las iniciativas en curso vamos por buen camino para lograrlo.

La introducción de programas educativos para profesionales, las alternativas al uso de la restricción física, el conocimiento de las consecuencias de su uso, y el seguimiento de políticas de no restricción y de estándares de calidad han resultado muy útiles en otros países para reducir la prevalencia de uso de restricción, sin incrementar el personal cuidador, la medicación psicotrópica o las caídas sin lesiones¹⁷⁻²⁰, y nuestro medio no es diferente.

Queremos acabar esta reflexión sobre el uso de la restricción física en el anciano con las mismas palabras que lo hicimos en el año 2001: disminuir la restricción requiere un cambio de actitudes y conductas por parte de los profesionales, junto con una política clara sobre su uso, tanto en medio hospitalario como en medio residencial. La filosofía que debe imperar es la de usar lo menos posible la restricción. Unos buenos cuidados en el anciano son unos cuidados sin restricción.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón T. Uso de restricción física en el anciano en el siglo xxi. ¿Necesidad o falta de formación? *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001;36:46-50.
- Galán Cabello CM, Trinidad Trinidad D, Ramos Cordero P, Gómez Fernández JP, Alastruey Ruiz JG, Onrubia Pecharroman A, et al. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43:208-13.
- Fariña López E, Estévez Guerra GJ, Núñez González E, Montilla Fernández M, Santana Santana E. Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43:201-7.
- Ljunggren G, Phillips ChD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing.* 1997;26 Supl 2:43-7.
- Berland B, Wachtel TJ, Kiel DP, O'sullivan PS, Phillips E. Patient characteristics associated with the use of mechanical restraints. *J Gen Intern Med.* 1990;5:480-5.
- Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Physical restraints in geriatric care in Sweden: prevalence and patient characteristics. *J Am Geriatr Soc.* 1996;44:1348-54.
- DeSantis J, Engberg S, Rogers J. Geropsychiatric restraint use. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45:1515-8.
- Mion LC, Frengley JD, Jakovcic CA, Marino JA. A further exploration of the use of physical restraints in hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc.* 1989;37:949-56.
- Maddens ME, Boyko T, Nurmi K, Gaskey K. Fit to be tied? Restraint prevalence in the acute care setting. *J Am Geriatr Soc.* 1994;42:11.
- Del Río M, Gótor P, Cuevas P, Cuevas M. Restricciones físicas en pacientes ancianos hospitalizados. Perfil de los pacientes y motivos de su uso. *GARNATA. Revista de Enfermería Granadina.* 2000;16:11-7.
- 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.
- Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2003;41:274-82.
- Elsden de Digon C, Fernández C, Nicolás M, Rodríguez MT, Soldevilla JJ, Toronjo A, et al. Hacia una cultura sin restricciones: Las restricciones físicas en ancianos institucionalizados. Documento técnico n.º 3. [Internet]. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica; 2003 [acceso 30 Dic 2007]. Disponible en: http://www.arrakis.es/~seegg/documentos/doc_tec/doc_tec_03.pdf.
- Burgueño A. Guía para personas mayores y familiares. Uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer. Programa "desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer". [Internet]. Barcelona: Confederación Española de Organizaciones de Mayores y Fundación Iberdrola; 2005 [accedido 30 Dic 2007]. Disponible en: http://www.ceoma.org/alzheimer/pdfs/guia_para_personas_mayores.pdf
- Comisión Deontológica. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales. Barcelona: Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona; 2006 [accedido 30 Dic 2007]. Disponible en: http://www.arrakis.es/~seegg/documentos/doc_int/contencion_colg_bar.pdf
- Protocolos de atención geriátrica. Prevención y uso de sujeciones mecánicas. Protocolos asistenciales en residencias de mayores. Madrid: Servicio Regional de Bienestar Social. Comunidad de Madrid; 2007.
- Dunbar JM, Neufeld RR, White HC, Libow LS. Retrain, don't restrain: the educational intervention of the national nursing home restraint removal project. *Gerontologist.* 1996;36:539-42.
- Evans LK, Strumpf EN, Allen-Taylor SL, Capezuti E, Maislin G, Jacobsen B. A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 1997;45:675-81.
- Shorr RI, Guillen MK, Rosenblatt LC, Walker K, Caudle CE, Kritchevsky SB. Restraint use, restraint orders, and the risk of falls in hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:526-9.
- Park M, Tang JH. Evidence-based guideline. Changing the practice of physical restraint use in acute care. *J Gerontol Nurs.* 2007;33:9-16.