

Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas

Carlos María Galán Cabello^a, Diego Trinidad Trinidad^a, Primitivo Ramos Cordero^c, Juan Pedro Gómez Fernández^a, Jesús Gregorio Alastruey Ruiz^d, Antonio Onrubia Pecharroman^a, Engracia López Andrés^a y Hilario Hernández Ovejero^a

^aCoordinación de Centros Asistenciales. Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid. Madrid. España.

^bResidencia de Personas Mayores La Paz. Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid. Madrid. España.

^cResidencia de Personas Mayores San José. Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid. Madrid. España.

Objetivo: conocer la prevalencia de uso de dispositivos de sujeción física en residencias públicas de mayores utilizando el Sistema de Información Clasificación Funcional de Residentes, para evaluar la implantación del protocolo dirigido a reducir su uso y a su manejo racional.

Material y métodos: se han incluido en este estudio las 25 residencias públicas de la Comunidad de Madrid. Se analizan datos sobre el uso de sujeciones físicas: frecuencia de su uso (diario o no), tipo de dispositivo, grado de dependencia funcional para las actividades de la vida diaria (AVD) y el grado de deterioro cognitivo.

Resultados: residentes incluidos: 5.346. La prevalencia fue del 8,4%. Añadiendo el uso de barandillas en la cama, el porcentaje se eleva al 20,8%. El 63,4% de las sujeciones eran barandillas; había restricción de tronco en el 17,7%, restricción de miembros en el 3% y sillas de sujeción en el 15,9%. Sólo se utilizó un dispositivo en el 62,6%. De las sujeciones, el 71,4% se utilizó a diario y 28,6% de forma no permanente.

Conclusiones: los resultados permiten obtener una aproximación a la situación actual del uso de sujeciones físicas en residencias. La prevalencia es similar a la obtenida en otros estudios e incluso inferior a otras publicadas.

Las barandillas son el dispositivo de sujeción más empleado. Probablemente exista un uso excesivo de barandillas que afecta incluso a residentes sin deterioro cognitivo ni dependencia física. Para reducir su utilización y garantizar los mejores cuidados en aquellos casos en los que estén indicadas, el Servicio Regional de Bienestar Social está aplicando de forma sistemática un protocolo de prevención y uso de sujeciones mecánicas.

Palabras clave

Residencias de ancianos. Sujeciones físicas. Cuidados de larga duración. Contención física.

Use of physical restraints in an elderly population living in public nursing homes

Objective: to determine the prevalence of the use of physical restraints in public nursing homes through the Residents' Functional Classification Information System in order to assess the introduction of a protocol designed to reduce and rationalize the use of these devices.

Material and methods: twenty-five public nursing homes in the autonomous region of Madrid were included in this study. The following data on the use of physical restraints were analysed: frequency of use (daily or less than daily), type of device, level of functional dependence for activities of daily living, and severity of cognitive impairment.

Results: a total of 5346 residents were included. The prevalence of the use of restraints was 8.4%. When the use of bedrails was added, this percentage rose to 20.8%. Bedrails accounted for 63.4% of all restraints used, trunk restraints for 17.7%, limb restraints for 3%, and chairs preventing voluntary rising for 15.9%. A single device was used in 62.6%. Of the restraints, 71.4% were used daily and 28.6% were used temporarily.

Conclusions: the results of this study represent an approximation to the current use of physical restraints in nursing homes. The prevalence found was similar to, or less than, that observed in previous studies.

The most commonly used form of restraint was bedrails. The use of these devices is probably excessive, affecting even residents without cognitive impairment or physical dependence. To reduce the use of restraints and guarantee optimal care when their application is indicated, the Regional Social Welfare Service systematically applies a protocol for the prevention and use of physical restraints.

Key words

Nursing home. Physical restraints. Long-term care. Physical containment.

Correspondencia: D. C.M. Galán Cabello.
Agustín de Foxá, 3, planta 11. 28036. Madrid. España.
Correo electrónico: carlosgalancabello@gmail.com

Recibido el 29-10-2007; aceptado el 10-3-2008.

INTRODUCCIÓN

Podemos definir las sujeciones físicas como “cualquier dispositivo físico o mecánico, material o equipo unido o adyacente al cuerpo del residente, que éste no sea capaz de retirar con facilidad y que limite su libertad de movimientos o el acceso normal a su cuerpo”¹. En este concepto se engloban mecanismos de sujeción diferentes, como pueden ser chalecos torácicos y abdominales para sillas, cinturones para sillas o camas, muñequeras, barandillas de diferentes tipos, etc., de frecuente manejo en residencias de mayores así como en unidades de agudos de centros hospitalarios.

El empleo de medidas de sujeción física para el control de las diferentes complicaciones frecuentes en la atención a personas mayores en el ámbito de los centros de larga estancia de carácter social es muy controvertido desde hace tiempo². Las razones que suelen citar los profesionales para justificar el empleo de dispositivos de sujeción incluyen desde mejorar la seguridad del paciente y controlar las alteraciones de la conducta con riesgo para el propio usuario o para su entorno hasta evitar la deambulación errática y facilitar la administración de medicación^{3,4}. Sin embargo, en muchas ocasiones, la indicación de este tipo de medidas está más relacionada con el logro de metas organizativas de los centros (cumplimiento de horarios), mantenimiento de entornos sociales cómodos (evitar que los residentes molesten), aliviar problemas de escasez o de formación adecuada del personal dedicado a la atención directa, así como enmendar defectos en el diseño de los espacios físicos dedicados a la atención de estos grupos de personas mayores.

Existen grandes dudas sobre la efectividad real de la utilización de estos dispositivos para el control sintomático de los problemas para los que dicen utilizarse. Es más, no existen estudios que demuestren que el empleo de estas medidas mejore la atención de las personas mayores institucionalizadas. Por el contrario, el uso de sujeciones lleva asociado un número nada despreciable de complicaciones, algunas de ellas de gravedad e incluso mortales para el residente.

La asociación de complicaciones dependientes del empleo de sujeciones físicas está bien documentada. Se han descrito en la literatura científica múltiples tipos de lesiones relacionadas con su empleo^{5,6}. En algunos casos, la lesión está causada directamente por el dispositivo de sujeción, como es el caso de las asfixias, isquemias en miembros, lesiones neurológicas (compresión del plexo braquial), magulladuras, laceraciones, etc. En otras situaciones, el efecto adverso del empleo de dispositivos de sujeción se produce de forma indirecta; se ha descrito aumento de aparición de úlceras cutáneas por presión, mayor deterioro cognitivo, más frecuencia de incontinencia urinaria y fecal y el incremento de las tasas de mortalidad. Existen lesiones que se asocian de manera más específica a un tipo concreto de restricción; éste es el caso de las muer-

tes por atrapamiento entre la barandilla y el colchón de la cama⁵.

Existen referencias que evalúan el impacto de implantar estrategias alternativas al uso de sujeciones. Una formación adecuada del personal de atención directa consiguió una reducción del 56% en su utilización, sin aumentar el número de empleados, el uso de fármacos psicotrópicos o la incidencia de caídas⁷. En diferentes artículos se insiste además en la importancia de diseñar y aplicar protocolos específicos. En ellos se deben reflejar claramente el perfil de los residentes susceptibles de sujeción, los criterios explícitos para la indicación, las medidas preventivas a aplicar, los profesionales responsables de la indicación y de los cuidados de la sujeción, el catálogo de los dispositivos que pueden ser empleados, el período en el que se deben aplicar y los cuidados que deben seguirse una vez que se ha decidido el empleo de una sujeción física⁷⁻¹¹. La utilización sistemática de estos procedimientos estandarizados de utilización de sujeciones física no está generalizada en nuestro país en la actualidad¹²; su existencia sólo se ha confirmado en el 14,9% de los casos en los que realmente se emplea alguna sujeción.

Es imprescindible conocer la prevalencia del uso de medidas de sujeción física en el ámbito residencial para poder mejorar la atención a las personas mayores en estos centros¹³. Estos datos deben servir como punto de partida en el esfuerzo común de todos los profesionales asistenciales que forman parte de los equipos de atención interdisciplinarios por establecer unos estándares mínimos de calidad para la utilización de estos dispositivos de restricción física.

Esta preocupación generalizada y la necesidad de conocer la extensión real del empleo de medidas de sujeción contrastan con la escasez de estudios que aborden el problema y que planteen medidas encaminadas a la reducción de estos dispositivos en el medio residencial. En especial, es llamativa la pobre presencia de estudios que describan la magnitud real de la cuestión en España. Esto da como resultado la escasez de datos sobre prevalencia y la gran disparidad en los existentes para centros de características similares (entre el 27,8 y el 40% de un estudio comparativo de 8 países^{10,14}).

Resulta de especial interés el resultado obtenido por Damian et al¹⁵ en un estudio epidemiológico transversal mediante un muestreo en residencias públicas y privadas de Madrid, en el que el 19% de los residentes había requerido algún tipo de restricción de la movilidad por medios mecánicos.

A la vista de todo lo expuesto, el objetivo principal del presente estudio es obtener unos valores fiables de prevalencia del empleo de sujeciones físicas en el ámbito del conjunto de los centros residenciales para personas mayores públicos de gestión directa de la Comunidad de Madrid. Estos resultados deben servir como referencia inicial para realizar una posterior evaluación del proceso de implantación del protocolo dirigido a la prevención y a su

manejo racional en los casos en los que sea preciso su empleo. Este protocolo se encuentra englobado dentro de un proyecto más amplio, presentado recientemente, de protocolización de los principales aspectos de la actividad asistencial en los centros residenciales públicos de la Comunidad de Madrid¹⁶. Además, se pretende comparar los resultados confeccionados con otros obtenidos en estudios previos realizados con metodologías similares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización del presente estudio descriptivo y transversal se han incluido las 25 residencias públicas gestionadas directamente por el Servicio Regional de Bienestar Social de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (SRBS). Dentro de este conjunto de residencias existe una variada tipología de instituciones y usuarios: desde pequeños centros de unos 50-60 residentes con nivel importante de autonomía hasta otros de alrededor de 500-600 residentes con grados muy variables de dependencia. Existen también centros más específicos que atienden a residentes con grados de dependencia para las actividades de la vida diaria (AVD) muy altos.

Los datos precisos para el estudio se han obtenido a partir de la base de datos informatizada asociada al programa Clasificación Funcional de Residentes (CFR) del SRBS de la Comunidad de Madrid. El sistema de clasificación CFR es el resultado de una adaptación del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) del instrumento Resident Assessment Instrument (RAI) en su versión 2.0 para centros residenciales (RAI-NH)¹. Para este ajuste se ha procedido a seleccionar aquellos ítems del RAI-NH que se utilizan efectivamente para la obtención de los Resource Utilization Groups (RUG-III) y de los Resident Assessment Protocols (RAP).

Los equipos interdisciplinarios de los centros del SRBS realizan la valoración inicial que se produce en el momento del ingreso en el centro residencial, así como una valoración periódica de cada residente cada 6 meses y, puntualmente, en aquellas situaciones en las que se produce un cambio significativo y persistente de la situación funcional y de salud; la prescripción de una sujeción física es un motivo suficiente para ello. El resultado de estas valoraciones se informatiza en la aplicación informática CFR, que permite el archivo y explotación de los datos relativos a cada centro y al conjunto del SRBS.

En el CMBD del sistema CFR existen datos recopilados sobre la utilización de sujeciones físicas durante los 7 días previos a la valoración. Se recoge la información relativa a la utilización de estas medidas de forma ocasional (“no se usaron a diario”) o permanente (“usadas a diario”) durante ese período. Los dispositivos cuya utilización se registra son: barandillas completas bilaterales, otros tipos de barandillas, dispositivos de restricción de tronco (cinturones, chalecos, cinchas), de miembros (muñequeras, tobi-

lleras) y sillas de sujeción. No se considera sistema de sujeción, y por lo tanto se excluye del estudio, la utilización de barandilla unilateral siempre que el otro lado de la cama esté libre y permita al usuario levantarse. Esta medida se suele utilizar para facilitar la movilidad en la cama.

Se recogen también los datos relativos al grado de dependencia funcional para las AVD y el grado de deterioro cognitivo de todos los residentes incluidos en el presente estudio. Esas variables se miden utilizando las escalas desarrolladas a partir del CMBD del RAI-NH, como son la Cognitive Performance Scale (CPS)^{17,18} para el deterioro cognitivo y el índice para las AVD que valora el grado de autonomía para algunas de ellas (movilización en la cama, las transferencias, comer o el uso del inodoro), según la siguiente escala: 0: autonomía; 1: supervisión, guía, preparación; 2: ayuda parcial; 3: ayuda amplia; 4: dependencia total, y 8: la actividad no tuvo lugar) y la necesidad de cuidados externos (0: no precisa preparación ni ayuda; 1: ayuda para la preparación del material; 2: ayuda física de 1 persona; 3: ayuda física de 2 o más personas; 8: la actividad no tuvo lugar). El rango de este índice está entre 4 y 18.

La recogida de los datos del presente estudio se realizó en mayo de 2007. Para ello, se utilizó la propia aplicación de CFR que permite la explotación de la información contenida en ella para exportarla posteriormente en forma de archivo .dbf. A continuación, este archivo se abre con la aplicación Excel para Windows XP, que es la utilizada para los cálculos estadísticos que se presentan a continuación.

RESULTADOS

El número de residentes valorados con CFR e incluidos en el presente estudio es de 5.346. La edad media de la población estudiada es de 84,9 años. El 71% de los usuarios valorados es de sexo femenino, frente al 29% de varones.

La distribución de la población estudiada en función de la edad y el sexo se presenta en la tabla 1.

El grado de dependencia para las AVD (teniendo en cuenta otros condicionantes de dependencia, como el deterioro cognitivo, la complejidad clínica, los problemas de comportamiento, etc.) es el siguiente: 51,1% de residentes autónomos; 14,7% con dependencia leve; 7,4% con dependencia moderada, y 26,8% con dependencia severa.

El grado de deterioro cognitivo de la población analizada es el siguiente: sin deterioro cognitivo 2.822 (52%), con cognición en rango intacto-límite 686 (13%), con deterioro ligero 557 (10%), con deterioro moderado 512 (10%), moderado-severo 112 (2%), severo 408 (8%) y con deterioro cognitivo muy severo 249 (5%).

En resultado de la prevalencia de residentes sometidos a algún tipo de medida de sujeción que se obtuvo del análisis de los datos obtenidos fue del 8,4% (449 residentes con alguna sujeción de un total de 5.346). Si añadimos al cál-

Tabla 1. Distribución de la población estudiada en función del sexo y la edad

	< 65	66-70	71-75	Rango de edad (años)			91-95	96-100	> 100	Total
				76-80	81-85	86-90				
Varones	17	99	251	292	396	295	149	43	11	1.553
Mujeres	8	51	176	493	971	1.043	762	260	29	3.793
Total	25	150	427	785	1.367	1.338	911	303	40	5.346

Tabla 2. Distribución de los usuarios sometidos a restricciones en función del grado de deterioro cognitivo y la autonomía en las actividades básicas de la vida diaria

Autonomía AVD	Intacto		Intacto límite		Nivel de deterioro cognitivo			Severo		Muy severo		Total general usuarios				
					Ligero	Moderado	Moderado-severo									
Autónomo	42	3,8%	20	1,8%	10	0,9%	8	0,7%	5	0,5%	8	0,7%	0	0,0%	93	8,4%
Dependencia leve	7	0,6%	15	1,4%	8	0,7%	11	1,0%	3	0,3%	9	0,8%	0	0,0%	53	4,8%
Dependencia moderada	33	3,0%	30	2,7%	30	2,7%	44	4,0%	14	1,3%	55	5,0%	1	0,1%	207	18,6%
Dependencia importante	29	2,6%	40	3,6%	33	3,0%	59	5,3%	24	2,2%	100	9,0%	20	1,8%	305	27,5%
Dependencia severa	30	2,7%	26	2,3%	27	2,4%	64	5,8%	24	2,2%	91	8,2%	191	17,2%	453	40,8%
Total general usuarios	141	12,7%	131	11,8%	108	9,7%	186	16,7%	70	6,3%	263	23,7%	212	19,1%	1.111	100%

AVD: actividades de la vida diaria.

culo la utilización del uso de doble barandilla en la cama considerada como sujeción¹⁹, el porcentaje de uso de estos dispositivos se eleva al 20,8% (1.111 residentes de 5.346 totales).

El 63,4% de las sujeciones empleadas eran barandillas de cama (1.073 casos); los mecanismos para la restricción de tronco se utilizaban en el 17,8 % de los casos (300 casos), la restricción de miembros en el 3% (51 casos) y las sillas de sujeción en el 15,9% (269 casos), teniendo en cuenta que un residente puede tener varios sistemas de sujeción.

Analizando el número de sistemas de sujeción usados para cada residente, se observa que en la mayoría de los casos sólo se utiliza un dispositivo (62,6%). Dos sistemas se asocian en el 23,4% de los casos y 3 sistemas en el 13,2%, mientras que el porcentaje de los que utilizan 4 medidas de restricción se reduce al 0,9% del total.

De total de sujeciones empleadas (1.693) y registradas en el estudio, 1.242 (73,4%) se utilizaron a diario y 451 (26,6%) de forma no permanente durante el período de valoración (los últimos 7 días).

En la tabla 2 se refleja el resultado del estudio del número de residentes con dispositivos de restricción en función del nivel de autonomía para las AVD y el grado de deterioro cognitivo. Destaca la presencia de 42 residentes (3,8% del total) autónomos para las AVD y sin ningún grado de deterioro cognitivo con dispositivos de sujeción (generalmente barandillas a petición del paciente).

Relacionando los usuarios según su patrón cognitivo con la utilización de los diferentes tipos de dispositivos de

sujeción, obtenemos los resultados que se exponen en la tabla 3.

Analizando específicamente el uso de barandillas en función del grado de deterioro cognitivo del usuario, aparece como dato llamativo un 22,4% de residentes que utilizan barandillas que no presentan ningún grado de deterioro cognitivo (intacto e intacto-límite).

DISCUSIÓN

Los datos presentados en el estudio corresponden a una importante población de residentes ingresados en un numeroso grupo de centros con características y tamaños muy diferentes. A pesar de que estos datos no son extrapolables al conjunto de la población residencial de personas mayores de nuestro país, permiten obtener una idea útil sobre la situación actual del manejo de dispositivos de sujeción física en centros residenciales.

El primer dato a destacar del estudio es que la prevalencia global de utilización de dispositivos de sujeción física en los centros analizados (20,8%) es bastante similar al obtenido en el estudio de Quintana y Font¹⁰ (27,8%) y Damián et al¹⁵ (19%) para poblaciones de características similares (aunque en este último caso, la metodología de estudio es diferente, ya que se emplea una muestra). Sin embargo, existe una importante diferencia con los valores publicados en el estudio de Ljunggren et al¹⁴ (40%) para España. Esta diferencia es más llamativa cuando en este

Tabla 3. Distribución de los usuarios sometidos a restricciones en función del grado de deterioro cognitivo y los sistemas de sujeción utilizados

Nivel de deterioro cognitivo	Dos barandillas		Dispositivos de sujeción					
			Restricción de tronco		Restricción de miembros		Silla de sujeción	
Intacto	122	11,0%	18	1,6%	16	1,4%	17	1,5%
Intacto límite	127	11,4%	13	1,2%	4	0,4%	10	0,9%
Ligero	106	9,5%	20	1,8%	2	0,2%	13	1,2%
Moderado	184	16,6%	30	2,7%	6	0,5%	37	3,3%
Moderado-severo	69	6,2%	18	1,6%	2	0,2%	17	1,5%
Severo	257	23,1%	93	8,4%	7	0,6%	78	7,0%
Muy severo	208	18,7%	108	9,7%	14	1,3%	97	8,7%

La suma de sistemas de sujeción es mayor que el número de usuarios que están sometidos a restricciones porque hay usuarios que utilizan varias. El porcentaje se hace sobre el total de residentes sometidos a sistemas de sujeción (1.111 usuarios).

segundo estudio citado la metodología utilizada para la valoración de los residentes es similar a la empleada en el presente trabajo (datos sobre sujeciones procedentes del Minimum Data Set de RAI-NH 2.0¹). Además, en este caso, no se incluyeron los datos relativos al empleo de barandillas. Las causas de estas diferencias no son fáciles de identificar.

En contra de lo sospechado en otras publicaciones (Alarcón Alarcón²), no parece que los valores de utilización real de dispositivos de sujeción física sean mayores que los registrados en los estudios existentes. Incluso es posible que la existencia de un procedimiento estandarizado de valoración y registro de la información haya ayudado en el estudio presente a hacer “aflorar” la utilización de sujeciones no consideradas como tales por muchos profesionales y gestores de centros residenciales. Esto es especialmente destacable en el caso del empleo de barandillas, utilizadas en muchos casos con la indicación de mejorar la seguridad del residente.

Comparando los datos relativos al tipo de dispositivo empleado, vemos que el dispositivo empleado con más frecuencia es la barandilla (63,4%), seguida de mecanismos de restricción de tronco (17,7%), sillas de sujeción (15,9%) y restricción de miembros (3%). Estas proporciones son bastante similares a las encontradas en otros estudios para poblaciones similares¹².

Otro punto a destacar es la gran utilización de sujeciones físicas de forma permanente (71,4%). Este es un dato significativo que puede reflejar la tendencia a la utilización de las sujeciones de forma indefinida sin que, en algunos casos, se hagan reevaluaciones periódica de la indicación original.

Otro dato especialmente revelador es el de la proporción de residentes sometidos a dispositivos de sujeción mecánica (3,9%) sin tener ningún tipo de deterioro cognitivo ni dependencia para las AVD. Este hecho se complementa con que el 22,4% de las barandillas se utilizan con residentes sin ningún tipo de deterioro cognitivo.

Hemos visto anteriormente que las barandillas son el dispositivo de sujeción más empleado. Las causas de este empleo, muchas veces en residentes sin alteraciones cognitivas ni funcionales, tienen que ver con factores como el desconocimiento que existe entre el personal asistencial de las importantes complicaciones asociadas a su empleo, la presión ejercida por familiares y por los propios usuarios que, en muchas ocasiones, solicitan este tipo de sujeción por el aumento subjetivo de la sensación de seguridad y por el simple hecho de que se utilizan camas que las tienen incluidas estructuralmente.

Todo lo anteriormente expuesto refleja un uso excesivo de barandillas en cama que afecta incluso a residentes sin deterioro cognitivo ni dependencia física. Sería necesario que se pusieran en marcha planes para reducir el número de residentes sin deterioro cognitivo ni alteraciones funcionales que usan sólo barandillas en la cama.

Es muy llamativo el hecho de que las barandillas no sean consideradas como un tipo de instrumento de sujeción física. En los dos estudios anteriormente referidos, en los que se recogen datos de prevalencia de sujeciones en nuestro entorno^{10,14}, no se recogen datos sobre el empleo de barandilla e incluso se plantea su utilización como alternativa a otros dispositivos de restricción física (estudio de Quintana y Font¹⁰). Esto es algo que convendría aclarar de forma definitiva.

Un objetivo asistencial prioritario del SRBS fue definir de forma clara cuáles son las condiciones en las que se puede utilizar de forma correcta cualquier tipo de sujeción. Esto debe redundar en una menor utilización de estos dispositivos y en unos mejores cuidados asociados en aquellos casos en los que el médico, junto con el resto del equipo interdisciplinario del centro, considere que son imprescindibles el uso y el mantenimiento de medidas de restricción física. Es por esto por lo que en los centros propios del SRBS está empezando a usarse de forma sistemática el Protocolo de prevención y uso de sujeciones mecánicas¹⁶.

Se establecen en él unos criterios de inclusión básicos y bien definidos que reúnen a aquellos residentes con riesgo importante de lesiones (bien sea por caídas, accidentes, etc.), peligro de auto/heteroagresividad y cuando es necesario asegurar la aplicación de alguna intervención terapéutica imprescindible y no administrable de otra forma.

Este protocolo diferencia entre sujeción mecánica y química o farmacológica, y además determina qué profesional hace la prescripción y quién la supervisión y ejecución. También obliga a una reevaluación quincenal por parte del equipo interdisciplinario y recoge la firma del médico responsable del residente.

El protocolo permite estandarizar los procedimientos de trabajo, desde la detección de los factores de riesgo hasta la prescripción médica por escrito de la sujeción, incluidas la solicitud de consentimiento informado a la persona responsable del residente y la comunicación ante el juez en caso de no obtenerse ese consentimiento. Además se contemplan las medidas de supervisión y los cuidados enfermeros que cada tipo de sujeción mecánica conlleva.

La utilización del protocolo de sujeción física con expresas y exhaustivas medidas de control y supervisión permite el uso de estos dispositivos en el ámbito de una actuación de calidad que confiere protección y seguridad al usuario y previene el maltrato por el uso indiscriminado de estos sistemas.

En un futuro próximo, la implantación de la aplicación informática historia integral del residente (HIRE) en los centros del SRBS permitirá mejorar la gestión, entre otros, de este protocolo de sujeción mecánica y obtener nuevos e importantes datos como los diagnósticos y tratamientos asociados, las actuaciones preventivas previas o los horarios pautados de los dispositivos de sujeción mecánica que permitirán optimizar aún más su uso, disminuyendo el impacto de estar inmovilizado y el riesgo de efectos adversos asociados.

Consideramos de gran interés la realización de otros estudios descriptivos que permitan conocer la prevalencia real de la utilización de dispositivos de sujeción física para el conjunto de los centros residenciales (tanto públicos como privados) existentes en España, así como profundizar en los distintos factores que hacen que su uso sea más o menos extendido de unos centros a otros.

BIBLIOGRAFÍA

- Centers for Medicare & Medicaid Services. CMS's RAI Version 2.0 Manual [Internet] Baltimore-EE.UU: U.S. Department of Health & Human Services [accedido 19 Julio 2007]. Disponible en: http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/20_NH-QIMDS20.asp#TopOfPage
- Alarcón Alarcón T. Uso de restricción física en el anciano en el siglo xxi. ¿Necesidad o falta de información? *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001;36:46-50.
- JBI. Physical Restraint-Pt 1: Use in Acute and Residential Care Facilities; Best Practice. Blackwell Publishing Asia, Australia; 2002.
- Janelli LM, Stamps D, Delles L. Physical Restraint Use : A Nursing Perspective. *Med Surg Nursing.* 2006;15:163-7.
- Evans D, Word J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *J Adv Nur.* 2003;41:274-82.
- Wang WW, Moyle W. Physical restraint use on people with dementia: a review of literature. *Austral J Adv Nurs.* 2005;22:46.
- JBI. Physical Restraint-Pt 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities; Best Practice. Publishing Asia, Australia; 2002Vol. 6 Number 4.
- Consejos, recomendaciones y FAQ: Alerta n.º 5: precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes [monografía en internet]. [Accedido 11 Julio 2007]. Madrid: Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS). Disponible en: <http://www.aeds.org/faq/alerta%20inmoviliz%205.doc>
- López García de Madinabeitia AP. Maltrato en el ámbito institucional. *Rev Mult Gerontol.* 2003;13:102-13.
- Quintana S, Font R. Medidas de restricción física en un hospital de agudos y en dos centros de media y larga estancia: estudio de prevalencia y análisis de aspectos éticos relacionados con su indicación y puesta en práctica. *Rev Calidad Asistencial.* 2003;18:33-8.
- Bellido Pérez M, Colell Areny E. Sujeción física en psicogeriatría. *Rev Rol Enf.* 2001;24: 97-102.
- Zanza Castro MJ, Toronjo Gómez A, Rojas Ocaña MJ, Díaz de Durana Martínez de Zuazo O, Elsdén CA, Soldevilla Agreda JJ. Uso de restricciones físicas en las instituciones gerontogeriatricas. *Gerokomos.* 2004;15:217-27.
- Zunzunegui MV. Restricciones físicas y farmacológicas de las personas mayores que viven en instituciones. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40:4-6.
- Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing.* 1997;26 Suppl 2:43-7.
- Damián J, Valderrama-Gama E, Rodríguez-Artalejo F, Martín-Moreno JM. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores en Madrid. *Gac Sanit.* 2004;18:268-74.
- Protocolo de prevención y uso de sujeciones mecánicas (Protocolo de Atención Geriátrica). En: *Protocolos Asistenciales en Residencias de Mayores.* Madrid: Servicio Regional de Bienestar Social-Comunidad de Madrid; 2007.
- Morris JN, Fries BE, Mehr DR, Hawes C, Phillips C, Mor V, et al. MDS Cognitive Performance Scale. *J Gerontol: Med Sci.* 1994;49:174-82.
- Hartmaier SL, Sloane PD, Guess HA, Koch GG, Mitchell M, Phillips CD. Validation of the Minimum Data Set Cognitive Performance Scale: agreement with the Mini-Mental State Examination. *J Gerontol Biol Sci Med Sci.* 1994;50:M128-33.
- Rollins MO. Safety issues surrounding the use of bedrails. *Nursing Older People.* 2006;17:20-1.