

RESTRICCIONES FÍSICAS EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS PERFIL DE LOS PACIENTES Y MOTIVOS DE SU USO

3er PREMIO DEL VI PREMIO NACIONAL DE ENFERMERÍA "JUAN CIUDAD".
GRANADA

MERCEDES DEL RÍO SEVILLA
PILAR GÓTOR PÉREZ
PILAR CUEVAS CANDELA
MÓNICA CUEVAS GONZÁLEZ

Diplomadas en Enfermería

OBJETIVO:

Conocer la prevalencia de restricciones físicas de los pacientes mayores de 65 años y los motivos de su uso.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal descriptivo, realizando dos cortes durante el mes de Abril de 1999 recogiendo datos demográficos, clínicos, farmacológicos, situación funcional (Cruz Roja funcional e Índice de Barthel), cognitiva (Cruz Roja mental y test de Pfeiffer), entrevista con la enfermera del paciente sobre causas de uso de restricciones físicas y uso de instrumentalizaciones (sondas, sueros, tracciones, drenajes). Se utilizó el SPSS/PC para el análisis estadístico.

RESULTADOS:

Se estudiaron 88 pacientes con una edad media de 77'4 años, siendo 69 mujeres. En el 41% el motivo de ingreso fue por fractura de cadera, procedían de domicilio el 87'5% y llevaban ingresados una media de 9'9 días. Fueron intervenidos el 81%.

Nueve pacientes presentaban restricciones físicas.

Siendo estadísticamente significativo ($P < 0'05$) para el uso de restricciones físicas:

- Diagnóstico de fractura de cadera
- Presencia de confusión Lesiones cutáneas
- Uso de tracción
- Sonda vertical
- Deterioro funcional severo

Los motivos principales del uso de restricciones físicas fueron:

- Prevención de caídas
- Control de la agitación
- Protección de instrumentalizaciones

CONCLUSIONES:

La prevalencia encontrada en el uso de restricciones físicas fue del 10'2% (dentro de la referida por otros autores).

Los pacientes con restricciones físicas presentaban fractura de cadera, mayor instrumentalización, confusión y mayor deterioro funcional.

Existen otros tratamientos alternativos con efectos menos adversos para el paciente que los encontrados en este estudio para el uso de restricciones físicas.

PALABRAS CLAVE: Restricción física; ancianos; traumatología; hospital de agudos; prevalencia; etiología; valoración geriátrica

INTRODUCCIÓN

El trabajo que exponemos es sobre el uso en el medio hospitalario de la restricción física, la cual queda definida como: "Cualquier método manual o físico, instrumento mecánico, material o equipamiento adjunto al cuerpo del paciente, que éste no pueda remover fácilmente y que, restringe la libertad de movimientos o el normal acceso a su propio cuerpo" (Neufeld RR, 1995).

El uso de restricciones físicas, en pacientes ancianos, ha sido sistemáticamente poco valorado a pesar del conocimiento científico actual de sus efectos yatrogénicos en el paciente.

En los diversos estudios revisados se ponen de manifiesto una serie de motivos por los cuales el personal sanitario utiliza las restricciones físicas en los pacientes que motivan el uso de restricciones son (Evans LK, 1989 Marks W, 1992; Macpherson DS, 1990).

- Deterioro cognitivo
- Cuadros de agitación/Confusión
- Prevenir caídas
- Prevención de otros accidentes, heridas o autolesiones
- Vagabundeo
- Deterioro físico
- Ayuda a mantener una correcta posición anatómica del cuerpo.
- Presencia de instrumentalizaciones (vías, sondas...) y necesidad de facilitar el tratamiento médico
- Necesidad de monitorización

Existen además otros factores de riesgo o causas externas, para el uso de restricciones que son ajenos al propio paciente y que dependen de la propia institución, como son (Evans LK, 1989; Sloane PD, 1998):

- La asociación de las medidas de contención con el ratio de empleado/cama.
- El tamaño apropiado de salas, número de camas, distancias de los controles del personal a los pacientes...
- Presiones administrativas para evitar denuncias
- Política del personal ante los factores de riesgo intrínsecos
- Amplia disponibilidad de aparatos de sujeción
- Otros

Hay autores que justifican la sujeción física como la vía más cómoda y rápida de "control" de aquellos pacientes que presentan algún factor de riesgo intrínseco alegando su efecto inmediato, la fácil aplicación sin mucho entrenamiento y rápida accesibilidad; estos estudios apuntan a la idoneidad de las restricciones físicas en la medida que protegen al enfermo de peores consecuencias que si el paciente no estuviese sujeto, aseguran la no lesión a otros pacientes y al personal cuidador y aumentan el sentimiento de seguridad en el propio paciente (Robins JL, 1987; Marks W, 1992; Sloane P, 1991).

Sin embargo, hay suficientes estudios controlados que evidencian de una forma científica, que ninguna de las causas referidas anteriormente tienen ningún soporte científicamente demostrado sobre beneficios del uso de restricciones físicas, se ha demostrado que ningún grupo de pacientes se benefician de ellas (Ljunggeren G, 1997; Robins LI, 1987; MarksW, 1992).

Diversos estudios han puesto de manifiesto que el uso de restricciones físicas provoca en los pacientes (Mion LC, 1989; Lofgren RP, 1898; Tinetti ME, 1991).

- Pérdida de estabilidad y equilibrio
- Problemas en la alimentación (incontinencias)
- Neumonías aspirativas
- Problemas circulatorios
- Estrés cardiaco
- Lesiones en la piel
- Pérdida de firmeza, equilibrio
- Pérdida de apetito
- Caídas con consecuencias más graves
- Aumento de la agitación y confusión
- Deshidratación.

Además, estudios en animales indican que la sujeción físicas origina estrés, el cual incrementa la corticoesterona produciéndose un descenso de flujo sanguíneo cerebral y pérdida neuronal. Diversos científicos consideran, que en los humanos ocurren lesiones similares con el uso de restricciones físicas (Willians, 1997).

En casos extremos se puede llegar a producir muerte por estrangulación y asfixia (Tinetti HE, 1991; Miles SH, 1996).

La inmovilidad de los pacientes por el uso prolongado de sujeciones puede llevar a muchos efectos indeseables bioquímicos y fisiológicos, cambios anormales en la "química" del cuerpo, índice de metabolismo basal, hipotensión ortostática, contracturas, edemas en las extremidades inferiores úlceras por presión, pérdida de masa muscular, pérdida dida de tono y fuerza, cambios ECG, desmineralización ósea y sobrecrecimiento de microorganismos oportunistas (Willians C, 1997).

La sujeción mecánica en pacientes asustados o con delirio aumenta su pánico y su miedo, desarrollando conductas más agresivas e incluso el uso de restricciones físicas es factor predictivo de desarrolla delirium (Frengley JD, 1 986; Burton JC, 1 992).

En diferentes artículos revisados se observa que la restricciones físicas se usan mayoritariamente e los ancianos, por una creencia equívoca de que lo mayores siempre se dañaran más seriamente que los pacientes jóvenes, siendo observado por algún autor que el paciente anciano es tratado como un niño, ignorando sus derechos como adulto, pudiendo esto producir en el anciano un efecto rebote de pérdida de autoestima, comportamientos regresivos, abandono, resistencia, agitación y humillación, al ser visto por su entorno (familia, cuidadores ...), como un perturbado peligroso o un incompetente mental (Berland B, 1990; Tinetti HE, 1991).

La evidencia científica demuestra que el uso de restricciones físicas tiene graves consecuencias sobre los pacientes (Ljungeren, 1997).

El fin de este estudio ha sido conocer la prevalencia de restricciones físicas en pacientes mayores de 65 años ingresados en unidades de agudos traumatológicas, así como determinar el perfil del paciente sujeto y las causas para su uso.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se lleva a cabo en el Hospital de "La Paz", en Traumatología, el cual consta de 126 camas distribuidas en cuatro plantas y en diferentes Servicios.

Se diseñó un estudio transversal descriptivo, realizando dos cortes durante el mes de abril de 1999, con un intervalo entre ambos de 15 días. Recogiéndose todos los pacientes mayores de 65 años que estaban ingresados.

Para garantizar la uniformidad y objetividad en la recogida de datos se realizó un protocolo que contemplaba todas las variables que se querían medir en relación con el motivo del estudio.

La recogida de datos fue realizada por las propias autoras de la investigación, utilizando la Historia Clínica, Dossier de Enfermería y entrevista personal con cada paciente. En la entrevista personal se observó la presencia o no de sujeciones físicas (según definición previamente establecida), y se valoró la situación funcional (mediante la Escala de Cruz Roja Física y el índice de Barthel) así como la situación mental (mediante la Escala de Cruz Roja Mental y el test de Pfeiffer).

VARIABLES DEL ESTUDIO:

- Edad: por tramos (de 65-75 76-85 > 86)
- Días desde el ingreso a la evaluación
- Hora de la evaluación (Mañana o Tarde)
- Ubicación previa al ingreso (Domicilio, Residencia, Otros)
- Motivo del ingreso (Fractura de cadera, Prótesis de cadera, Prótesis de rodilla, Otros)
- Número de Antecedentes Personales (reflejados en Historia Clínica)
- Cirugía (Si, No)
- Días desde la cirugía a la evaluación
- Número de fármacos (El día de la evaluación)
- Toma de neurolépticos (Si-No) y Posología
- Toma de benzodiazepinas (Si-No)
- Prescripción médica de restricciones (Si-No)
- Cuadros de agitación (reflejados en evolutivos médicos o de enfermería en las últimas 24 horas)
- Cuadros de confusión (reflejados en evolutivos médicos o de enfermería en las últimas 24 horas)
- Estreñimiento (No reflejada deposición en gráfica y/o evolutivo de enfermería en las últimas 72 horas)
- Hipoacusia (Si-No), dificultad para comunicarse con el paciente, hablar alto....
- Déficit visual (Si-No), dificultad para ver al menos la puerta de la habitación
- Alteraciones sensoriales (Si-No), suma de hipoacusia y/o déficit visual
- Lesión cutánea (Si-no)
- Tracción mecánica Si-no)
- Sondaje vesical (Si-no)
- Sondaje Nasogástrico (Si-no)
- Drenajes (Si-no)
- Cateter IV (Si-no)
- Oxigenoterapia (Si-no)
- Total instrumentalizaciones
- Posición del paciente (Encamado-Sentado)
- Restricción física (Si-no)
- Tipo de restricción (Tronco-manos-ambos)
- Percepción del paciente (Buena-Mala-No contesta)
- Valoración Funcional: Cruz Roja Física Índice de Barthel
- Valoración Mental: Cruz Roja Mental Test de Pfeiffer

MOTIVOS DE ENFERMERÍA PARA LA UTILIZACIÓN DE RESTRICCIONES

(Se pregunta a la enfermera responsable del cuidado del paciente el motivo de su uso)

- prevenir caídas (Si-no)
- prevenir vagabundeo (Si-no)
- proteger instrumentalizaciones (Si - no)
- controlar agitación (Si-no)
- Otros
- Causas (Conocida- Desconocida)
- Número de motivos

Las variables fueron recogidas en una base de datos y analizadas mediante el programa estadístico SPSS-PC

RESULTADOS

El total de la muestra del estudio lo formaron 88 pacientes con una edad media de 77,4 años, de los cuales 19 eran varones (21 '6%), 69 mujeres (78 '4%). Se trataba de pacientes ingresados en las cuatro unidades de Traumatología del Hospital "La Paz" (126 camas).

Los datos de las características generales de los pacientes del estudio son expuestos en la tabla 1.

Tabla I. Características epidemiológicas y de ingreso N=88

Edad X (DE)	77,4 (8,5)
Sexo nº (%)	
Varones	19 (21,6)
Mujeres	69 (78,4)
Ubicación nº (%)	
Domicilio	77 (87,5)
Residencia	11 (12,5)
Días de ingreso a evaluación X (DE)	9,9 (9,3)
Motivo de ingreso nº (%)	
Fractura de cadera	36 (40,9)
Prótesis de cadera	21 (23,9)
Prótesis de rodilla	17 (19,3)
Otros	14 (15,9)

El mayor número de pacientes eran mujeres, ingresaron de urgencia con diagnóstico de fractura de cadera, procedían de domicilio, y llevaban ingresados una media de 9,9 días.

En la tabla II se muestran los datos de la valoración clínica.

La media de antecedentes personales fue 3,46, precisando cirugía el mayor número de pacientes, presentaban polifarmacia, alteraciones de la visión. En orden según su importancia de aparición: catéteres, tracción, restricción física y sondaje vesical.

Tabla II. Características de la valoración clínica N=88

Nº de antecedentes personales X (DE)	3,46 (1,77)
Cirugía nº (%)	71(80,7)
Días de cirugía a evaluación X (DE)	8,1 (8,6)
Nº de fármacos X (DE)	6,0 (2,6)
Neurolépticos nº (%)	18 (20,5)
Benzodiacepinas nº (%)	18 (20,5)
Agitación n.º (%)	6 (6,8)
Confusión nº (%)	1 (23,9)
Estreñimiento n.º (%)	24 (27,3)
Alteraciones sensoriales n.º(%)	57 (64,8)
Lesión cutánea n.º (%)	17 (19,3)

Tabla III. Instrumentalizaciones N=88

Tracción n.º (%)	10(11,4)
Sonda vesical n.º (%)	8 (9,1)
Drenaje n.º (%)	3 (3,4)
Catéteres n.º (%)	25 (28,4)
oxigeno n.º (%)	3 (3,4)
Restricción física nº (%)	9 (10,22)

Pacientes con grave deterioro funcional, (Escala de Cruz-Roja Funcional de 3'5 e Índice de Barthel de 41'1) y moderado deterioro cognitivo, (escala de Cruz-Roja Mental 1'36 y Pfeiffer 3'7), presentando doble incontinencia (urinaria, fecal) y dependencia para la alimentación.

Tabla IV. Situación funcional y cognitiva N=88

CRF X (DE)	3,5 (1,4)
I. Barthel X (DE)	41,1 (29,6)
CRM X (DE)	1,36 (1,56)
Pfeiffer X (DE)	37 (42)
Micción - Incontinentes n° (%)	28 (31,8)
Disposición - Incontinentes n° (%)	28 (31,8)
Alimentación - dependientes n° (%)	21 (23,9)

Las causas de la restricción eran todas conocidas entre las que se encontraban: prevención de caídas, control de agitación y prevención de instrumentalizaciones.

Tabla V. Motivos de la restricción N=9 (10,2%)

Prevención de caídas n.º (%)	6 (66,7)
Prevenir vagabundeo n° (%)	1 (11,1)
Proteger instrumentalización n° (%)	4 (44,4)
Control agitación n° (%)	5 (55,6)
Causas de restricción conocidas n° (%)	9 (100)
N.º motivos de restricción X (DE)	1,77 (0,83)

Las características del grupo de restricción física con respecto a los no restricción fueron las siguientes:

La mayoría de los pacientes con restricciones procedían de domicilio, llevaban más días ingresado y el motivo de ingreso fue fractura de cadera, siendo éste último dato estadísticamente significativo.

Tabla VI. Características epidemiológicas y de ingreso

	Restricción nº=9(10,2%)	No Restricción nº=79 (89,9%)
Edad X (DE)	77,7 (8,5)	77,74 (8,9)
Sexo nº (%)		
Varones	4(44,4)	15(19)
Mujeres	5 (55,6)	64 (81)
Ubicación n.º (%)		
Domicilio	8 (88,9)	69 (87,3)
Residencia	1 (11,1)	10 (2,7)
Días de ingreso a evaluación X (DE)	15,3 (20,7)	9,3 (7,0)
Motivo de ingreso nº (%)		
Fractura de cadera	7 (77,8)	29 (36,7)*
Prótesis de cadera	1(11,1)	20(25,3)
Prótesis de rodilla		17 (21,5)
Otros	1 (11,1)	13 (16,5)
*P <0,05		

El número de antecedentes personales y polifarmacia es semejante en ambos grupos, (precisando en mayor porcentaje tratamiento con neurolépticos y benzodiazepinas el grupo de pacientes con restricciones físicas), mayor grado de confusión y lesiones cutáneas los pacientes con restricciones, siendo estos dos últimos datos estadísticamente significativos.

Tabla VIII. Instrumentalizaciones

	Restricción nº=9 (10,2%)	No Restricción nº= 79 (89,9%)
Tracción nº (%)	4 (44,4)	6 (7,6)*
Sonda vesical n.º (%)	4 (44,4)	4 (5,1)*
Total instrumentalizaciones nº (%)	1,55 (1,7)	0,44 (0,72)
*P <0,05		

Las pacientes con tracción y sondaje vesical presentaron más restricciones físicas, siendo estos datos estadísticamente significativos. Deterioro funcional severo, incontinencia urinaria, incontinencia fecal, dependencia para las transferencias y para la alimentación en los pacientes con restricción física, siendo estos datos estadísticamente significativos, y grave deterioro cognitivo, frente a los que no presentaban restricciones.

Tabla VII. Características de la valoración clínica

	Restricción nº=9 (10,2%)	No Restricción nº=79 (89,9%)
Nº Antecedentes personales X (DE)	3,3 (1,6)	3,4 (1,7)
Cirugía nº (%)	6 (66,7)	65 (82,3)
Días cirugía a evaluación X (DE)	16,16 (23,04)	7,4 (5,8)
NºFármacosX (DE)	6,55 (8,08)	5,9 (2,6)
Neurolépticos nº (%)	3 (33,3)	15 (19,5)
Benzodiacepinas nº (%)	3 (33,3)	15 (19,5)
Agitación nº (%)	2 (22,2)	4 (5,1)
Confusión ^{ai} (%)	7 (77,8)	14 (17,7)
Alteraciones sensoriales nº (%)	5 (55,6)	52 (65,2)*
Lesión cutánea n.º (%)	5 (55,6)	12 (15,2)
*P <0,05		

Tabla X. Restricción n = 9 (10,2%)

	TRONCO	MANOS	AMBOS
Tipo de restricción nº (%)	4 (44,4)	4 (44,4)	1 (11,1)
	MALA	BUENA	NO CONTESTA
Percepción restricción nº (%)	4 (44,4)	1 (11,1)	4 (44,4)

La prevalencia de los pacientes con restricción física fue (10'2%), el tipo de restricción fue igual en tronco y extremidades superiores.

DISCUSIÓN

Este trabajo nos permite tipificar al anciano >de 65 años ingresado en unidades de agudos traumatológicas, que presentan restricciones físicas; evidentemente nuestros hallazgos pueden no ser generalizados a otros hospitales, ya que el tipo de pacientes ingresados, modelo de cuidados, filosofía del departamento de enfermería y práctica asistencial puede diferir de unos centros a otros.

El perfil del anciano de la muestra estudiada se corresponde con una edad media 77,7 años, mayoritariamente mujeres (78,4), ingresados por un proceso agudo (fractura de cadera 41'Yo) y con una media de 6 fármacos (20,5'Yo neurolépticos, 210/o benzodicepinas), presentan cuadros de agitación 6,8'Yo, confusión 23,90/o, estreñimiento 27,30/o, hipoacusia 35,2%, déficit visual 59,1 %, lesiones cutáneas 19,3%, deterioro funcional grave (CRF 3,5: IB 41, 1) y moderado deterioro cognitivo (CRM 1,3:Pfeiffer 3,7)

La prevención en el uso de restricciones físicas (1 0,2%) encontrada en nuestro trabajo, está dentro de la referida por otros autores (Marks W, 1992; Berland B, 1990).

El perfil del anciano con restricciones físicas es:

- En lo relativo a las características epidemiológicas y de ingreso, la edad de los pacientes con y sin restricción física fue muy similar.
- La proporción de varones en el grupo de restricción física es superior (44,4 % frente a 19% del grupo de no restricción), si bien sin diferencia estadísticamente significativa por el pequeño tamaño de la muestra.
- No hubo diferencia en cuanto a la ubicación previa de los pacientes, casi nueve de diez proceden de su domicilio.
- Los pacientes del grupo de restricción llevaban una media de días hospitalizados superior al grupo de no restricción (15,3 frente a 7,4), sin diferencia estadísticamente significativa por lo comentado previamente.
- Muy probablemente el llevar mas tiempo hospitalizados puede estar condicionado por el diagnóstico del ingreso. Tres cuartas partes del grupo de restricción son fracturas de cadera (77,8% frente al 36,7% del grupo de no restricción, con diferencia estadísticamente significativa). Estos pacientes ingresan en su mayoría de urgencias, donde algunos no son intervenidos en el mismo momento del ingreso, mientras que las prótesis suelen ser ingresos programados para cirugía (66,7% al 82,3% del grupo de no restricción).
- Igualmente la posibilidad de descompensaciones de procesos médicos con una fractura suele ser muy habitual, igual que la presencia de complicaciones del tipo de síndrome confusional agudo (en el grupo de restricción llevaban una media de 16 días ingresados desde la cirugía frente a siete días del grupo de no restricción).
- Del mismo modo en el grupo de restricción la media de fármacos en el día de la evaluación era algo superior (6,5 frente a 5,9), se usaban en mayor proporción neurolépticos (44,4 %frente a 17,7%) y benzodicepinas (33'3% frente a 19,5%). El grupo de restricción presentaba más agitación y confusión, ésta última con diferencia estadísticamente significativa.

Concordante con una de las causas principales para usar la restricción física, proteger la instrumentalización y facilitar el tratamiento, el grupo de restricción presentaba más tracción esquelética de miembros y más sondajes vesicales. Ambas con diferencias estadísticamente significativas.

Son muchos estudios los que también refieren un mayor deterioro funcional y cognitivo en los pacientes en que se usa la restricción física, al igual que el observado en nuestro estudio (Berland B, 1 990; Burton LC, 1992).

Las causas referidas por el personal de enfermería para el uso de restricciones físicas son:

- Prevenir caídas 66,7%
- Controlar agitación 55,6%
- Proteger instrumentalizaciones 44,4%
- Prevenir vagabundeo 11,1%

A la luz de los estudios actuales discutiremos brevemente cada una de las causas encontradas para usar la restricción en el grupo del estudio (De Santis J, 1997).

- Prevenir las caídas. Hay estudios controlados que demuestran que el uso de restricción con el objeto de prevenir caídas no es cierto. Los pacientes que sufren restricción, presentan caídas de consecuencias más graves que los que no sufren restricción (Marks W, 1 992; Ejaz FK, 1 994).
- Controlar la agitación. Estudios prospectivos han demostrado que el uso de restricción física es factor predictivo para que un paciente desarrolle agitación, es decir que el uso de restricción física favorece la agitación, no la evita ni la controla (Marks W, 1 992).
- Proteger la instrumentalización y favorecer por tanto el tratamiento. Dentro de éste punto concreto se encuentra la única causa que puede obligar al uso de restricción física, si bien con una serie de consideraciones para su uso que comentaremos posteriormente (Marks, 1 992). Pero incluso ésta causa hay que matizarla. En nuestro estudio en los pacientes en que se usó la restricción precisaban en mayor proporción de tracción esquelética ya que la mayoría eran fracturas de cadera que debían estar en espera de intervención. Con respecto a esto, evidentemente no hay objeciones. Sin embargo, el grupo de restricción también es el de mayor uso de sonda vesical (44,4% frente a 5,1%), y un motivo traumatológico (fuera del momento de quirófano como son éstos pacientes que estaban en planta), difícilmente justifica la permanencia y/o uso del sondaje vesical. Además de los problemas médicos derivados del uso-abuso de sonda vesical.
- Prevenir el vagabundeo. No hay ninguna unidad que se precie de dar buenos y adecuados cuidados, que justifique el uso de restricción por éste motivo (Werner P, 1989).

El grupo de restricción física presentaba mayor proporción de úlceras cutáneas (55,60/o frente a 1 5,20/o), con diferencia estadísticamente significativa, sin que el tipo de estudio nos permita precisar si pueden estar causadas por la inmovilidad generada por la restricción, o bien, era un problema previo que presentaban éstos pacientes.

A continuación reseñaremos una serie de pautas que se deben seguir cuando se usa la restricción física (Evans LM, 1989; Macpherson DS, 1990; Marks W, 1992).

- Ser reflejo de la colaboración médico-enfermera y reflejarse en la hoja de orden médica, indicando las razones para su uso.
- Nunca utilizarse como sustituto de la vigilancia del paciente
- Debería ser consensuada, informada con paciente y/o familia
- Únicamente empleada en cortos periodos de tiempo, máximo 3 días, debiendo ser revisada cada 30-60 minutos liberando cada miembro al menos 1 vez cada hora y va valoradas las necesidades básicas del paciente: comer, eliminación, ingesta líquidos, etc.
- Se debe dar oportunidad de movilidad y ejercicio al menos 10 minutos cada 2 horas.
- La sujeción debe originar un disconfort mínimo.
- Debería ser revisada por personal de enfermería cualificado
- Minimizar el uso de restricciones físicas, utilizando alternativas:
 - Facilitar el acompañamiento (familia, amigos, voluntarios,..)
 - Mayor supervisión
 - Cambiar tratamientos molestos (sondajes, catéteres, drenajes...)

Para concluir, reseñaremos que dadas las causas que originan el uso de restricción, se precisan de protocolos con criterios unificados y de formación de los profesionales en éste problema (Morrison 5, 1987; Ejaz FK, 1994).

BIBLIOGRAFÍA

- 1.— BERLAND B, WACHTEL T, KIEL DP, PHILLIPS E. Patient Characteristics Associated with the Use of Mechanical Restraints. (Características asociadas con el uso de restricción). *J. Gen Intern Med* 1990; 5:480-5.
- 2.— BURTON LC, GERMAN PS, ROVNER SW, and BRANT LJ. Physical Restraint Use and Cognitive decline among Nursing Home Residents. (Uso de restricción física en los pacientes con deterioro cognitivo en residencias asistidas). *J. Am Geriatr Soc* 1992; 40: 811-6.
- 3.— EIAZ FK, IONES JA, and ROSE MS. Falls Among Nursing Home Residents: An examination of incident Reports Before and After Restraint. Reduction Programs (Caídas en residencias asistidas: Estudio de la incidencia antes y después del uso de restricción física. Programa de reducción). *J Am Geriatr Soc* 1994; 42:960-4.
- 4.— EVANS LK, and SIRUMPE EN. Tying Down The Elderly. A review of the literature on Physical Restraint (El anciano que permanece en el suelo tras una caída. Revisión del uso de restricción física). *J Am Geriatr Soc* 1909; 36:65-72.
- 5.— FRENLEY ID, MION LC. Incidence of physical Restraints on Acute General Medical Wards (Incidencia de restricción física en Unidades Médicas de Agudos.) *Am Geriatr Soc* 1986; 34:565-8.
- 6.— LIUNGGREN G, PHILLIPS CD, GGADARI A. Comparisons of Restraint use in Nursing Homes in eight countries (Comparación en el uso de restricción física en residencias asistidas de ocho países). *Age Ageing* 1997; 26-52:43-7.
- 7.— FRENLEY ID, MACPHERSON DS, GRANIERI R, MYLLEENBECKS S, SRAFKE JM. Mechanical Restraints of the Medical Wards. Are Protective Devices Safe? (Restricción mecánica en las Unidades Médicas. ¿Son seguros los mecanismos de protección?). *Am J Public Health* 1989; 79:35-38.
- 8.— MACPHERSON DS, LOEGREN RP, GRANIERI R, and MYLLENBECK S. Deciding to Restrain Medical Patients (Decisión de restricción de los pacientes médicos.) *Am Geriatr Soc* 1990; 38:5 1 6-20.
- 9.— MARKS WAYLAND MD. Physical Restraints in the Practice of Medicine (Restricción física en la práctica de la medicina). *Arch intern Med* 1992; 152: 2203-2206.
- 10.— MILES SH, IRVINE P. Deaths caused by physical restraints (Muertes causadas por restricción física). *Gerontologist* 1992; 32:762-766.
- 11.— MION LC, FRENLEY JD, JAKOVIC CA, MARINO JA. A Further Exploration of the Use of Physical Restraints in Hospitalized Patients (Exploración formativa del uso de restricción física en pacientes hospitalizados). *J Am Geriatr Soc* 1989; 37:949-56.
- 12.— MORRISON J, CRINKLAW-WIANCKO O, KING D, THIBEAULT S, WELLS DL. Formulating a restraint use policy (Formulación de políticas en el uso de restricción). *Jona* 1987; 1 7:39-42.
- 13.— NEUFELD RR, LIBOW LS, EOLEY W, and WITE H. Can Physically Restrained Nursing-Home Residents Be Untied Safely? Intervention and Evaluation Design (¿Pueden los residentes de residencias asistidas estar seguros sin restricción física?). *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 1264-8.
- 14.— ROBBINS L, BOYKO E, LANE J, COOPER D, and JAHNIGEN DW. Binding the Elderly: A Prospective Study of the Use of Mechanical Restraints in an Acute Care Hospital (Atar al anciano. Un estudio prospectivo del uso de restricción física en un Hospital de Agudos). *Am Geriatr Soc* 1987; 35:290-6.

15.- SLOANE PD, MATHEW Li, SCARBOROUGH M, DESAI iR, KOCH GG, TANGER C. *Physical and Pharmacologic Restraint of Nursing Home. Patients With Dementia (Restricción física y farmacológica en residencias asistidas en pacientes con demencia)*. JAMA 1991; 265: 1278-82.

16.— TINEITI ME, LIU WL, MAROTTOLI RA, GINTER SE. *Mechanical Restraint Use Among Residents of Skilled Nursing Facilities (Uso de restricción mecánica entre los residentes de residencias)*. JAMA 1991; 265:468-71.

17.— WERNER P, MANSFIELD iC, BRAUN 1, and MARX MS. *Physical Restraint and Agitation in Nursing Home Residents (Restricción física y agitación en residentes de residencias asistidas)*. J Am Geriatr Soc 1989; 37:1122-6.

18.— WILLIAMS CC, EINCH CE. *Physical restraint: no fit for woman, man, or beast (Restricción física no es adecuada para mujeres, hombres ni animales)*. J Am Geriatr Soc 1997; 45:773-5.