



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia

“Dr. Dacio Crespo”

**GRADO EN ENFERMERÍA**

Curso académico 2017 - 2018

**Trabajo Fin de Grado**

**Modelo de cuidados de demencias sin  
sujeciones**

*Revisión bibliográfica*

Alumna: Paula García Flores

Tutora: D<sup>a</sup> Elena Faulín Ramos.

Junio, 2018.

*Dedicado a mi familia, en especial a mis padres, por su apoyo constante y todo el cariño que me han mostrado en los momentos difíciles de la carrera.*

*Quiero agradecer a Elena su continua ayuda y consejo, que ha facilitado la realización de este trabajo.*

## ÍNDICE:

1. Resumen/ Abstract .....	3
2. Introducción .....	5
2.1 Objetivos.....	12
3. Material y métodos .....	13
4. Resultados.....	15
4.1. La prevalencia y las razones del uso de restricciones.....	15
4.2. Consecuencias negativas del empleo de métodos de restricción .....	17
4.3. Beneficios de los cuidados sin sujeciones.....	19
4.4. Opiniones sobre los métodos de restricción desde el punto de vista de los profesionales y los familiares de los pacientes.....	21
5. Discusión.....	24
5.1. Conclusiones .....	28
6. Bibliografía.....	30
7. Anexos.....	39

## RESUMEN:

La atención de pacientes con demencia conlleva en muchas ocasiones la utilización de medidas de sujeción para evitar los posibles riesgos generados por los problemas conductuales propios de la enfermedad. El empleo de estas medidas es controvertido ya que genera repercusiones morales, éticas, sociales y jurídicas, además de consecuencias negativas para la salud del paciente. Por ello en la actualidad se están implantando programas libres de sujeciones desde una atención centrada en la persona y que mejora la calidad de vida del paciente.

El objetivo principal de este trabajo es mostrar la mejor evidencia científica sobre los beneficios del modelo de cuidados de demencias sin sujeciones. Para ello se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica desde diciembre de 2017 hasta abril de 2018, a través de diferentes bases de datos. Se incluyeron artículos publicados en los últimos 10 años, en español, inglés y portugués y con disponibilidad de texto completo. Tras realizar una lectura crítica de los artículos encontrados, se tuvieron en cuenta para el estudio 22 publicaciones.

Esta revisión demuestra que la utilización de restricciones es frecuente en la atención de personas mayores y que su empleo genera consecuencias negativas tanto físicas como psíquicas para la salud del paciente. Lo contrario ocurre cuando se implantan programas de eliminación de sujeciones puesto que muestran beneficios en la funcionalidad del paciente y aunque no exista una disminución significativa en el número de caídas, si se ve mejorada su gravedad. En cuanto a las opiniones de los profesionales y los familiares de los pacientes, ambos están a favor de emplear estas medidas en pacientes con demencia y hacen referencia a la escasa formación que presentan con respecto al tema, coincidiendo también en la falta de personal en los centros. Es necesario seguir investigando y estudiando sobre este nuevo modelo de atención.

**Palabras clave:** Demencia, restricción física, restricción química, calidad de vida, seguridad.

## **ABSTRACT:**

The care of patients with dementia often involves the use of restraint measures to avoid the possible risks generated by behavioral problems typical of the disease. The use of these measures is controversial because it generates moral, ethical, social and legal repercussions, as well as negative consequences for the patient's health. For this reason, restraint-free care programs are being implemented from a person-centered service that improves the quality of patient's life.

The main goal is to show the best scientific evidence about the benefits of the dementia care model without restraints. From December 2017 to April 2018, a bibliographic research was developed through different databases which includes articles published in the last 10 years, in Spanish, English and Portuguese and with full text availability. After making a critical reading of the articles found, 22 publications were taken into account for the study.

This review shows that the use of restrictions is common in the care of elderly people and their use generates negative consequences physical and mental for the patient's health. The opposite happens when removal restriction programs are implemented since they show benefits in the functionality of the patient and, although there is no significant decrease in the number of falls, its severity is improved. Regarding the opinions of the professionals and the relatives of the patients, both are in favor of using these measures in patients with dementia and make reference to the scarce formation that they present with respect to the subject, coinciding also in the lack of staff in the centers. It is necessary to continue researching and studying about this new model of care.

**Key words:** Dementia, physical restraint, chemical restriction, quality of life, safety.

## INTRODUCCIÓN:

En la actualidad, el incremento de la esperanza de vida tiene como consecuencia un aumento del envejecimiento de la población. El porcentaje cada vez más alto de adultos mayores, también conduce a un mayor porcentaje de enfermedades asociadas a la edad, como es el caso de la demencia, en cuya asistencia es habitual el empleo de medidas de sujeción física para el control de las diferentes complicaciones frecuentes en la atención a personas mayores. Esta práctica representa un tema de controversia y debate por las notables repercusiones morales, éticas, sociales y jurídicas que conlleva <sup>(1-3)</sup>.

Con respecto a esta cuestión podemos referirnos utilizando diversos términos como contención, restricción o sujeción. Todos ellos se refieren a “medidas terapéuticas utilizadas con el objetivo de restringir la movilidad del paciente”. Según su naturaleza hablamos de sujeciones físicas o mecánicas cuando se emplean materiales como manoplas, muñequeras, cinturones, arneses, tobilleras y barras laterales para limitar la movilidad del paciente y químicas o farmacológicas cuando se utilizan fármacos como neurolépticos y benzodiacepinas que actúan a nivel del SNC <sup>(3-6)</sup>.

Se emplean frecuentemente en los cuidados de larga estancia, sobre todo en el ámbito de los servicios sociales, como centros de día para mayores, residencias, ayuda a domicilio y centros sociosanitarios. Así también en el ámbito hospitalario existe una prevalencia significativa, especialmente en unidades de cuidados intensivos, geriatría, traumatología, medicina interna, unidad de ictus y rehabilitación.

Se recurre a ellas fundamentalmente en caso de pacientes agitados con riesgo de amenaza de la integridad física tanto propia como de las personas que les rodean, para evitar la retirada de medidas terapéuticas como vías o sondas, prevención de caídas, mantenimiento de una postura correcta o por necesidad de inmovilización por procesos traumatológicos como fractura de fémur <sup>(3-6)</sup>.

En el siglo XIX los psiquiatras habían consolidado su poder en los asilos y no se apreciaba la diferencia entre las medidas aplicadas para el castigo de los enfermos y las medidas terapéuticas. Ambas utilizaban formas de coerción y sujeción similares. Emiliano Galende explica que en aquella época se utilizaban látigos, cadenas, redes y grilletes para calmar al enfermo. Posteriormente se inventaron otros métodos como la camisa de fuerza, la silla de fuerza, la cama de fuerza y tratamientos con

electricidad. Erasmus Darwin inventó la silla rotatoria que sujetaba al enfermo por el tórax y las piernas, inmovilizándolo. Podemos resaltar también la máscara de cuero inventada por Austenrieth que impedía al enfermo gesticular, hablar o gritar. Eran momentos de absoluta opacidad y tenebrosidad en los que los profesionales no realizaban ningún tipo de seguimiento periódico para vigilar el estado de salud del paciente.

Hasta finales de 1990 no existía legislación referente a las sujeciones, no solo a nivel estatal sino tampoco autonómico. A principios del siglo XXI este tema comenzó a suscitar interés tanto a los pacientes y familiares como a los profesionales, los primeros por la preocupación sobre sus efectos y los segundos para salvaguardar su ejercicio profesional. A partir de aquí se vio la necesidad de establecer protocolos, guías o manuales <sup>(4,7)</sup>.

Desde el punto de vista ético, el empleo de medidas de sujeción puede suponer una vulneración de los principios bioéticos de beneficencia, justicia, no maleficencia y autonomía cuando no se realiza correctamente la técnica o no se obedecen sus indicaciones, al verse afectados los derechos fundamentales de la persona, como la libertad o el respeto a la dignidad y su autonomía personal <sup>(2-5,7)</sup>.

Desde el punto de vista legislativo, en España no existe una normativa específica que regule el uso de sujeciones, a pesar de su transcendencia en la práctica clínica. Existen una serie de leyes, documentos y normas más generales que regulan la actuación de los profesionales encargados de prestar cuidados y que pueden aplicarse a la hora de respetar los derechos de los pacientes con indicación de sujeción física <sup>(2-5)</sup>.

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948: “derecho a la vida, libertad y seguridad” <sup>(8)</sup>.
- Constitución Española, de 1978: “derecho a la libertad y a la seguridad” <sup>(9)</sup>.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil: “regula el internamiento no voluntario” <sup>(10)</sup>.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: “respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad” <sup>(11)</sup>.

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: “regula el derecho a la información sanitaria y al consentimiento informado” (12).
- Código deontológico de la enfermería española: “respeto a la dignidad humana y salvaguarda de los derechos humanos” (13).

La ONU adoptó los principios internacionales a favor de las personas mayores que incluyen artículos que hablan sobre el uso de restricciones.

Art. 13 “Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro”.

Art. 14 “Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida” (14).

A pesar de que a nivel estatal no exista legislación explícita que regule el uso de sujeciones, a nivel autonómico se han impulsado leyes y decretos que sí lo hacen, como en Cantabria, Navarra, Cataluña, el País Vasco, La Rioja y Aragón (2-4).

A nivel internacional también existen algunos países que presentan legislación restrictiva con respecto al uso de sujeciones, los más destacados son: Japón, que en 1998 desarrolló el “Free Care Fukuoka Proclamation” con el que se impulsó la prohibición del uso de sujeciones físicas en instituciones públicas de cuidados prolongados y Estados Unidos, que llevó a cabo en 1987 el “Nursing Home Reform Amendments of the Omnibus Budget Reconciliation Act” como fin de generar un cambio en la cultura del país y así conseguir la eliminación completa de las sujeciones.

Países como Austria, Dinamarca, Alemania y Países Bajos, presentan también legislación referente a esta práctica clínica (3).

Se ha demostrado que las sujeciones físicas no solo conllevan problemas de naturaleza ética o legal sino que también pueden tener graves complicaciones para la salud del paciente. Entre ellas cabe destacar lesiones generadas por caídas, golpes,

laceraciones, úlceras por presión, lesiones neurológicas, isquemia en miembros, neumonías o asfixia por broncoaspiración y casos de muerte súbita o por asfixia mecánica. A nivel psíquico se puede producir aislamiento social, pérdida de la autoestima, de la dignidad, estrés y agitación<sup>(2-5)</sup>. Es por ello que se ha creado la Plataforma Nacional Sin Sujeciones, cuyas entidades promotoras han sido: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), DignitasVitae, Fundación de Cuidados Dignos, Lares, Fundación Pilares, HelpAge Internacional, Mayores UDP y Consejo General de Enfermería. Su función es la de concienciar sobre el elevado uso de sujeciones físicas y químicas empleadas en el cuidado de los pacientes y así conseguir su reducción y final eliminación de las mismas para proteger la dignidad y los derechos de las personas atendidas <sup>(15)</sup>.

En cuanto a la prevalencia del uso de restricciones a nivel mundial, existe una gran variabilidad, así lo muestra un estudio que analizó los datos de cinco países en centros de atención de larga estancia. Obteniéndose un porcentaje de 6% en Suiza, 9% en EE.UU, 20% en Hong Kong, 28% en Finlandia hasta un 31% en Canadá <sup>(16)</sup>.

En España en el año 2012, aproximadamente entre un 17,5% y un 23% de las personas mayores que vivían en residencias llevaba alguna sujeción restrictiva, un porcentaje excesivamente elevado, sobre todo si tenemos en cuenta que la mayor parte de países con un nivel de desarrollo similar a nuestro país ha limitado su utilización <sup>(6)</sup>.

Según la Confederación Estatal de Organizaciones de Mayores (CEOMA) aunque la prevalencia de sujeciones tanto físicas como químicas en las residencias de ancianos dentro de España sea elevada, su utilización se ha realizado en la mayoría de los centros de manera adecuada. En un reciente estudio realizado por esta organización se puede apreciar la gran variación que existe en el uso de sujeciones entre un centro y otro, oscilando desde un 7% en unos centros a un 90% en otros. Con respecto a las sujeciones químicas, el porcentaje también presenta una importante diferencia que varía entre un 50% y un 100% de unos centros a otros <sup>(5)</sup>.

Un estudio realizado en Alemania por Andrea M Berzlanovich, Jutta Schöpfer y Wolfgang Keil analizó todos los casos de muerte bajo restricción física que se registraron en los informes de autopsias del Instituto de Medicina Forense de Munich

de 1997 a 2010 comprobándose que entre las 27 353 autopsias realizadas durante el período de estudio, 22 fueron causadas únicamente por restricción física <sup>(17)</sup>.

En cuanto a la opinión que tienen los profesionales sobre el uso de restricciones, un estudio determinó que el 69.1% de las enfermeras desconocía la relación existente entre el uso de sujeciones y la muerte del paciente. La mayor parte de los profesionales cree que el uso de sujeciones físicas se realiza para prevenir caídas en los ancianos. Muchos de ellos ven a las personas mayores como seres frágiles lo que les lleva a mostrar actitud de protección hacia ellos. Se demostró que existe una contradicción ante esta situación al comprobar que el personal a favor del uso de sujeciones era aquel que mayor actitud negativa mostraba hacia las personas ancianas. Otro dato que llamó la atención fue que menos de la mitad de los profesionales registraban en la historia del paciente la realización de estas medidas de restricción, según dos autores Suizos: Hantikainen y Kapeeti, profesor de la asociación Suiza de enfermeras y director del departamento de investigación y desarrollo de la enfermería respectivamente, esto se debe a que la mayoría lo realiza de forma habitual durante su horario de trabajo, olvidándose de la importancia que tiene su ejecución y por lo tanto su registro <sup>(18)</sup>.

Según el Comité Interdisciplinar de Sujeciones, las sujeciones han de llevarse a cabo de manera excepcional, es decir, siempre que se hayan aplicado previamente otras medidas menos agresivas y no exista otra forma de controlar conductas indeseadas de los pacientes. Para evitar su utilización es necesario realizar previamente una correcta valoración del paciente con alteraciones psicológicas y conductuales, de esta manera se determinará si existen o no factores de riesgo desencadenantes de la conducta agresiva como son el déficit sensorial, el consumo de psicótopos, los problemas psíquicos, la demencia, el delirium y las alteraciones de la marcha y equilibrio con riesgo de caídas tratando de corregirlos de una manera precoz. Es imprescindible la atención individualizada de este tipo de pacientes en la que una vez realizada la valoración y habiendo identificado los factores de riesgo existentes, se debe actuar combinando medidas no farmacológicas con dinamización, psicoestimulación integral, apoyo emocional y afectivo e intervenciones sobre la conducta. También es importante revisar el tratamiento farmacológico para detectar la presencia de interacciones y así realizar las modificaciones oportunas <sup>(4)</sup>.

Desde hace una década se ha dado un paso más y están surgiendo los llamados movimientos “antisujeciones” cuyo fin es el impulso de centros libres de sujeciones. Alegan la existencia de otras alternativas menos restrictivas para abordar los problemas de conducta de los pacientes. Para pasar de la cultura de sujeción a la cultura de no sujeción es crucial disponer de un periodo de tiempo largo para la sensibilización de la sociedad y la reeducación de los pacientes, familiares y distintos profesionales <sup>(4)</sup>.

En España son muchos ya los centros que utilizan un modelo de atención sin sujeciones, esto es gracias a las iniciativas impulsadas por distintos profesionales preocupados por la elevada prevalencia en la utilización de sujeciones en nuestro país. Dichos profesionales empezaron a indagar sobre los beneficios que podría suponer la eliminación de sujeciones en la atención geriátrica, ejemplos de este tipo de iniciativas son el programa “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer” que nace en el año 2003 promovido por CEOMA y de la mano del Dr Antonio Burgueño. Con este programa se quiere conseguir principalmente que las personas mayores y con demencia dispongan de una mejor calidad de vida en los cuidados prestados. Se encarga de mostrar una visión más amplia del problema, formar a los profesionales, informar a los distintos centros sobre la existencia de alternativas para conseguir un cambio en la cultura de dicho centro y dar soporte técnico. También desde el año 2010 establecieron un sistema de acreditación para que aquellos centros que se suman a la propuesta, de esta manera fueran conocidos <sup>(19)</sup>.

Otra iniciativa interesante es la que muestra la Fundación Cuidados Dignos que define el “cuidado sin sujeciones” como la “atención asistencial en la que la sintomatología conductual problemática asociada al deterioro cognitivo, se aborda sin la utilización de medidas de sujeción restrictiva físicas o químicas, lo que favorece el desarrollo del paciente como persona libre y con derechos”. Nace en 2010 tras un estudio realizado entre 2006 y 2008 en la residencia y centro de día de Torrezuri de Guernica (Vizcaya), donde se observó que la eliminación de sujeciones generaba disminución en el número total de caídas, mejoraba el equilibrio (Prueba de Tinetti Simplificada), disminuía el número de caídas con consecuencias graves, disminuía el Burn Out de las personas de atención directa, mejorando los índices de satisfacción de usuarios y familiares. A partir de aquí se desarrolló el documento metodológico en el que se basa la “guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención

sociosanitaria y domicilios” que parte de 4 fundamentos innovadores que justifican los beneficios de su implantación: Mejora de la salud de la persona cuidada, mejora de la motivación y satisfacción de las personas que cuidan y como consecuencia, mejora de la calidad de los cuidados, mejora de la satisfacción de los familiares y como consecuencia, de la imagen del centro y además su implantación no implica costes adicionales. Para llevar a cabo esta iniciativa se creó la Norma Libera- Care que también acredita a los centros libres de sujeciones <sup>(6)</sup>.

La Fundación María Wolf es una institución que promueve la investigación clínica en las demencias. Se encarga de asesorar a los pacientes, sus familiares y los distintos profesionales sobre los cuidados necesarios para mejorar la calidad de vida de las personas con esta enfermedad. Esta fundación desarrolla un modelo de cuidados sin sujeciones y lo hace de la siguiente manera: Primero se aporta una formación específica a los profesionales y el soporte técnico necesario. La duración dependerá de la situación inicial de cada centro, siendo lo habitual dos años. Un equipo de consultores (neurólogos, geriatras, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupaciones, gestores, etc.) acompaña a cada centro desde el principio hasta el final. Una vez culminado el proceso estos centros son acreditados gracias a la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras Demencias (CEAFA) <sup>(20,21)</sup>.

Ante el impacto que genera el uso de sujeciones tanto físicas como químicas sobre los pacientes y también sobre sus familiares surge la necesidad de impulsar y dar a conocer nuevos métodos de cuidados que promuevan los derechos fundamentales de los pacientes y que potencien la humanización del cuidado.

En la atención de la persona mayor se ha desarrollado una cultura de sobreprotección que promueve criterios de seguridad y hace prevalecer los beneficios de la restricción frente a sus riesgos.

Se ha demostrado que un modelo de atención libre de sujeciones mejora la funcionalidad de los pacientes y la satisfacción de las personas que cuidan, transformándose en una atención de mayor calidad. Por todo esto es importante promover un cambio en el modelo de asistencia a las personas con demencia basado en la evidencia científica encontrada y por lo que se plantean los siguientes objetivos en este trabajo.

## **Objetivos:**

- *Objetivo general:* Mostrar la mejor evidencia científica sobre los beneficios del modelo de cuidados de demencias sin sujeciones.
  
- *Objetivos específicos:*
  - Explorar la existencia de mejora en la calidad de vida del paciente atendido sin sujeciones.
  - Examinar las mejoras en la seguridad del paciente que aporta el modelo de cuidados sin sujeciones.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

Para el desarrollo de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica llevada a cabo entre diciembre de 2017 y abril de 2018. La estrategia de búsqueda siguió la elaboración de la pregunta en formato PICO formada por las 4 pistas de Sackett.

*¿En pacientes con demencia, la utilización de un modelo de cuidados sin sujeciones frente a uno que sí las utiliza, mejora su calidad de vida y su seguridad?*

<b>P</b>	Pacientes con demencia
<b>I</b>	Modelo de cuidados sin sujeciones
<b>C</b>	Modelo de cuidados con sujeciones
<b>O</b>	Mejora la calidad de vida y la seguridad

Tabla 1: Pregunta PICO.

Para la ecuación de búsqueda se emplearon los siguientes términos MeSH, DeCS y palabras naturales, utilizando el operador booleano "AND".

Palabras naturales	DeCS	MeSH
Demencia	Demencia	Dementia
Enfermedad de Alzheimer	Enfermedad de Alzheimer	Alzheimer disease
Enfermedad de cuerpos de Lewy		Lewy body disease
Demencia vascular	Demencia vascular	Dementia, Vascular
Restricción física	Restricción física	Restraint, physical/ Physical restraint
Inmovilización	Inmovilización	Immobilization
Sin restricción física/Without restraint, physical		
Restricción química		
Calidad de vida	Calidad de vida	Quality of life
Seguridad	Seguridad	Safety
Seguridad del paciente	Seguridad del paciente	Patient safety
Daño al paciente		Patient harm

Tabla 2: Términos de búsqueda.

La búsqueda de los artículos se realizó en diferentes bases de datos como Lilacs, Ibecs, SciELO, PubMed, Biblioteca Cochrane plus, Cinahl complete, Cuiden y editorial Elsevier.

Los criterios de inclusión utilizados fueron: El idioma, incluyéndose los artículos en español, inglés y portugués. La temporalidad, limitándose la búsqueda en los últimos 10 años. La población, incluyéndose aquella > de 19 años. La accesibilidad, incluyéndose artículos disponibles a texto completo gratuito. La estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos se muestra en el Anexo 1.

Los estudios escogidos pasaron por diversos grados de selección tal y como se muestra en el diagrama de flujo del Anexo 2.

Al inicio de la búsqueda, sin utilizar los filtros aparecen 19982 artículos y tras aplicar los criterios de inclusión nos encontramos con 2309 potencialmente útiles. De estos se seleccionaron 101 por título y resumen y posteriormente se desestimaron aquellos que estaban duplicados, encontrándonos con 42 estudios preseleccionados para su lectura crítica a través de las listas de comprobación de CASPe<sup>(22)</sup>, STROBE<sup>(23)</sup> y TREND<sup>(24)</sup>, quedando finalmente 22 publicaciones para el estudio.

De las cuales encontramos: 10 estudios observacionales descriptivos transversales (referencias bibliográficas: 18,25,26,27,28,29,30,42,43,44), 1 estudio observacional analítico de cohortes (referencias bibliográficas: 40), 2 estudios cuasiexperimentales (referencias bibliográficas: 32,37), 2 estudios cualitativos (referencias bibliográficas: 31,45), 2 casos clínicos (referencias bibliográficas: 33,34), 3 revisiones bibliográficas (referencias bibliográficas: 35,36,39) y 2 ensayos controlados aleatorizados por conglomerados (referencias bibliográficas: 38,41). Se realizaron unas tablas resúmenes de los artículos utilizados para redactar los resultados que se muestran en el Anexo 3.

## **RESULTADOS:**

Tras la lectura y resumen de los artículos seleccionados para el estudio, se presentan los resultados organizados en cuatro apartados: Inicialmente se exponen la prevalencia y las razones del uso de restricciones, seguidamente las consecuencias negativas del empleo de métodos de restricción, a continuación se plantean los beneficios de los cuidados sin sujeciones, este apartado a su vez se subdivide en la mejora de la funcionalidad del paciente y la mejora en la disminución de las caídas y su gravedad. Por último se exponen las opiniones sobre los métodos de restricción desde el punto de vista de los profesionales y los familiares de los pacientes.

### **1. La prevalencia y las razones del uso de restricciones.**

Conocer los datos sobre la prevalencia y las razones del uso de las restricciones nos aporta una visión más amplia en cuanto a la situación actual en la que se encuentra este tema tan controvertido.

Se han encontrado seis estudios observacionales descriptivos transversales de interés: El primer estudio recogió datos entre 2013 y 2014 sobre el uso de la restricción física en las Islas Canarias, España. Los datos se obtuvieron a través de una serie de visitas a las unidades participantes por parte de dos enfermeras y de los datos obtenidos a partir de los registros clínicos de los pacientes. Los resultados determinaron que el 84.9% de los 920 residentes estaba sometido al menos a una restricción física. En el 94.2% de los casos la razón principal del uso de restricción fue la prevención de caídas. Los dispositivos más utilizados fueron las barandillas de la cama, estableciéndose en un 84.5% del total. Se encontró una asociación significativa entre el uso de restricción y el deterioro cognitivo de los residentes, que representaba un 41.76%<sup>(25)</sup>.

En otro estudio que también recogió datos entre 2013 y 2014, en Suiza y que obtuvo información mediante registros de los residentes, informes médicos y cuestionarios dirigidos a los directores de enfermería, se mostraron los siguientes resultados: La prevalencia de residentes con al menos una restricción física fue del 26.8% de los 1362 participantes. Los dispositivos utilizados con mayor frecuencia fueron las barandillas laterales de la cama, estableciéndose en un 20.3% de los casos. La duración en la residencia, el grado de dependencia y la limitación de la movilidad se asocian significativamente de forma positiva con el uso de restricciones físicas y

ninguna de las características de la residencia, como el número de camas o la proporción de personal se asoció significativamente con una mayor probabilidad de restricción física <sup>(26)</sup>.

También, un estudio publicado en 2016 informa sobre la prevalencia del uso de la restricción física en un hospital terciario de Sudáfrica. Los datos se obtuvieron mediante una encuesta realizada a través de un cuestionario a distintos profesionales y también a través de notas médicas y de enfermería. Los resultados indican que un 23% de los 572 participantes estaban restringidos físicamente. Las restricciones más utilizadas fueron las barandillas de la cama, empleándose en un 93% de los casos, seguidas de las muñequeras. La razón principal de su utilización fue evitar la retirada de dispositivos médicos y como protección contra posibles daños. Menos del 15% de las enfermeras informaron haber recibido información sobre restricciones y el 36% de los médicos informaron haber recibido alguna orientación sobre el uso de sujeciones. Solo una minoría de enfermeras y médicos conocía la política hospitalaria sobre el uso de restricciones y la documentación sobre la prescripción e indicación del uso de restricciones fue pobre <sup>(27)</sup>.

En un hospital central portugués se desarrolló otro de los estudios y tras aplicar un cuestionario que obtenía datos del registro clínico del paciente, de la observación llevada a cabo y de dos cuestiones planteadas al enfermero responsable del paciente restringido, se muestra que las restricciones más utilizadas son las barandillas de la cama, utilizándose en un 58.5% del total de los casos, que el 36.5% de las restricciones físicas se empleaban para prevenir caídas y también que solo en el 20% de los pacientes se habían aplicado medidas alternativas a la restricción <sup>(28)</sup>.

En Madrid, en 2007 a partir de la base de datos informatizada asociada al programa Clasificación Funcional de Residentes (CFR) de la comunidad de Madrid se recogió información para otro estudio donde se excluyó la utilización de la barandilla unilateral, siempre que el otro lado de la cama esté libre y permita al usuario levantarse. Los resultados obtenidos muestran que de 5346 participantes, la prevalencia del uso de sujeciones físicas fue del 20.8%. Las barandillas de la cama fueron los dispositivos más utilizados, con un porcentaje de 63.4% sobre el total, seguidas de las sujeciones del tronco, de las sillas de sujeción y por último de la restricción de los miembros. Se

observó que en el 62.6% de los casos solo se empleaba un dispositivo. Su utilización fue de forma permanente en el 71.4% del total y de forma intermitente en el 28.6%<sup>(29)</sup>.

El último estudio recogió datos entre 2008 y 2009 en Alemania. Tras la información obtenida de las observaciones directas sobre el estado de la restricción física, se mostraron los siguientes resultados: La prevalencia de pacientes con al menos una restricción física fue del 11.8% del total de 276 residentes. Las medidas utilizadas con mayor frecuencia fueron las barandillas completas de la cama, estableciéndose en un 9.8%. El análisis de regresión multivariante reveló características estadísticamente significativas, como la edad avanzada, la presencia de sonda de alimentación y de catéter urinario permanente, para el uso de la restricción física <sup>(30)</sup>.

Uno de los pocos estudios cualitativos que se realizó en la India, determinó que el uso inapropiado de psicotrópicos, el aislamiento y la restricción de la ingesta dietética para reducir la incontinencia urinaria eran las medidas de contención utilizadas en mayor medida y que las razones expuestas para emplear estas formas de restricción eran: Garantizar una seguridad física al paciente y manejar situaciones de mala conducta <sup>(31)</sup>.

Para finalizar, un estudio cuasiexperimental realizado en EEUU entre 2006 y 2010 demostró que la capacitación del personal de enfermería para desarrollar sus habilidades se correlacionó inversamente con el uso de restricciones físicas, es decir, a menor capacitación del personal, mayor es la probabilidad del uso de sujeciones. Los resultados de este estudio determinaron una probabilidad del 18% en el uso de restricciones por cualquier motivo y una probabilidad del 16% para la prevención de caídas <sup>(32)</sup>.

## **2. Consecuencias negativas del empleo de métodos de restricción.**

En los últimos años el empleo de sujeciones mecánicas y farmacológicas ha generado una serie de dudas en cuanto a su conveniencia, por los problemas éticos y legales que pueda suponer y las repercusiones sobre la salud de los pacientes sometidos a estas medidas restrictivas.

Con respecto a este tema se ha encontrado un estudio de tres casos que analizaba las circunstancias en las que se produjo la muerte de tres ancianos con deterioro cognitivo y sometidos a un procedimiento de restricción física. Los datos fueron

recopilados de las historias clínicas y a través de una entrevista semiestructurada con los profesionales responsables de los pacientes. En todos los casos los accidentes fueron originados por un cinturón que les comprimió la zona abdominal o el tórax al lograr desarticular las barreras laterales en su intento de salir de la cama. Solamente en el caso nº 2 el centro disponía de protocolos de sujeción y el personal había recibido alguna formación relacionada con la restricción física. El caso nº3 era el único que presentaba indicación de una supervisión más frecuente y se comentó que la ratio de personal podía ser insuficiente en determinados turnos para proporcionar una vigilancia adecuada. En los casos nº1 y 2 según los profesionales pudo producirse un ajuste ineficaz del cinturón abdominal. Se observa que los casos analizados presentan patrones comunes y que una probable combinación de factores de riesgo sea lo que incrementa la posibilidad de que ocurra un accidente <sup>(33)</sup>.

Otro artículo referente a otro caso clínico examinó las circunstancias en las que se produjo la muerte de una mujer anciana sometida a restricción física. El caso se estudió en base a un enfoque metodológico estructurado en los siguientes pasos: Analizar los datos de los registros clínicos de la paciente, examinar los datos de la autopsia y evaluar el comportamiento de los médicos con respecto a los hallazgos necroscópicos. La causa de muerte se relacionó directamente con la caída, que desencadenó una evolución fisiopatológica letal en el estado de salud de la paciente. La paciente presentaba diversos factores de riesgo para la caída y el uso de las barandillas de la cama se consideró una medida necesaria para limitar su capacidad de movimiento y así evitar dicha caída, por ello la conducta de los médicos se consideró correcta <sup>(34)</sup>.

Por último, una revisión bibliográfica publicada en 2014, analizó los factores asociados con las características de los residentes de hogares de ancianos que podrían conducir a la restricción física. Se realizaron búsquedas en diferentes bases de datos, incluyéndose artículos con un diseño tanto cualitativo como cuantitativo y se observó que los residentes con un estado cognitivo bajo y discapacidades graves de movilidad tenían un alto riesgo de ser restringidos, así como también los residentes con caídas o fracturas previas y la presencia de agitación tanto física como verbal. Además se mostraron las posibles consecuencias negativas de la restricción física como son, menor rendimiento cognitivo y de las actividades de la vida diaria (AVD), mayor

dependencia de la marcha, además de caídas, úlceras por presión e incontinencia urinaria y fecal <sup>(35)</sup>.

### **3. Beneficios de los cuidados sin sujeciones.**

En la actualidad los esfuerzos encaminados a promover un cuidado libre de sujeciones han impulsado la realización de diversos estudios para comprobar la efectividad de este nuevo método de atención tanto en la eliminación de las restricciones físicas y químicas como en la mejora de la funcionalidad del paciente y la disminución de las caídas y su gravedad.

En 2011 se publicó una revisión bibliográfica que evaluaba las intervenciones dirigidas a prevenir y reducir el uso de restricciones físicas en centros de atención geriátrica a largo plazo independientemente de su estado cognitivo. Tras realizar búsquedas en diferentes registros y bases de datos, las intervenciones encontradas se clasificaron del siguiente modo: Intervenciones educativas, organizativas, aquellas que ofrecen alternativas a las restricciones, excluyéndose las intervenciones de tratamiento farmacológico. Se encontraron cuatro estudios que investigaron los centros geriátricos, de los cuales, uno que presentaba calidad metodológica alta con respecto a los otros tres, demostró un aumento del uso de restricciones físicas en ambos grupos después del seguimiento. Sin embargo, los otros tres estudios observaron que sus intervenciones generaban una reducción de las mismas. También se encontró un estudio que investigó las unidades habitacionales grupales y que reveló una proporción casi inalterada de restricciones físicas en el grupo de intervención comparado con un aumento significativo del grupo control <sup>(36)</sup>.

#### **3.1. Mejora de la funcionalidad del paciente.**

Se han encontrado tres estudios que evalúan la existencia de una mejora en la funcionalidad del paciente al eliminar las sujeciones, un estudio cuasi-experimental evaluó los resultados de eliminar las sujeciones físicas en mayores con demencia que viven en residencias. Se seleccionaron dos centros localizados en dos municipios cercanos a la ciudad de Valencia, el grupo experimental contó con 22 participantes y el grupo control con 15. Tras formar al personal y retirar las sujeciones en el grupo experimental, los datos se recogieron en 7 momentos temporales desde mayo de 2010 hasta mayo de 2012 revelándose mejoras significativas en el centro que eliminó

las sujeciones respecto a la prescripción de psicofármacos, al deterioro cognitivo y a las alteraciones de la conducta <sup>(37)</sup>.

Un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados evaluó la efectividad de una intervención multifactorial para reducir el uso de restricciones físicas en residentes de hogares de ancianos. Este estudio fue publicado en 2011 en Alemania y contaba con un grupo intervención de 208 residentes y un grupo control de 162 distribuidos en diferentes residencias. Para llevar a cabo esta intervención se impartió un curso con una duración de 6 horas a cada persona responsable de cada hogar de ancianos para que posteriormente instruyeran al resto de profesionales e implementaran el contenido del curso en la práctica clínica. Tras la recogida de información en un calendario diario, se obtuvieron los siguientes resultados: La probabilidad de estar libre de sujeciones fue más del doble en el grupo intervención que en el grupo control. También se logró una reducción parcial del uso de restricción dos veces más frecuente en el grupo intervención que en el grupo control y no se observó ningún efecto negativo con respecto a la medicación o los síntomas del comportamiento <sup>(38)</sup>.

Para evaluar el efecto de las unidades de atención especial (UAE) sobre los problemas conductuales, el estado de ánimo, el uso de restricciones físicas y medicamentos psicotrópicos en los pacientes con demencia se llevó a cabo una revisión bibliográfica mediante búsquedas en diferentes bases de datos en el año 2007. Se incluyeron todos los ensayos controlados no aleatorios (ECAs) en los que los resultados de la UAE se compararon con unidades de enfermería tradicionales. Los resultados obtenidos mostraron que el uso de restricciones físicas fue menos común en las UAE que en el centro geriátrico tradicional y se observó un efecto pequeño pero significativo a favor de la atención en centros geriátricos tradicionales, en el número medio de medicamentos psicotrópicos utilizados. Se evidenció una pequeña mejoría en las puntuaciones totales del inventario neuropsiquiátrico a favor de las UAE y también los pacientes que residían en estas unidades especiales se mostraban menos deprimidos que los pacientes del centro geriátrico tradicional <sup>(39)</sup>.

### **3.2. Mejora en la disminución de las caídas y su gravedad.**

Con respecto a conocer si los cuidados sin sujeciones mejoran la disminución de las caídas y su gravedad, en 2016 se publicó un estudio observacional analítico de cohortes que analizó un total de 7657 pacientes sometidos a un programa modular

libre de sujeciones de los cuales el 63.5% presentaba demencia. Los datos se recogieron en dos cortes: septiembre de 2011 y septiembre de 2014 a través de la base de datos de la empresa ResiPlus. Tras la intervención que combinaba formación secuenciada en 7 módulos, cada uno de ellos con una duración aproximada de 4 horas, que se impartía generalmente en un día, respuesta a consultas y consultorías a varios niveles de la organización, la frecuencia de personas con al menos una sujeción se redujo del 18.1% en el primer corte al 1.6% en el segundo corte tras aplicar el programa libre de sujeciones. El uso de benzodiazepinas también se redujo pero sin cambios significativos en otros psicotrópicos. En cuanto a las caídas la tasa total se incrementó del 13.1% al 16.1%, sin incrementos significativos de caídas con lesión (40).

En 2011 un ensayo clínico evidenció que tras la eliminación de medidas de restricción física en residencias de ancianos el porcentaje de caídas fue mayor en el grupo intervención que en el grupo control (38). Sin embargo, en 2016 otro estudio demostró una ligera disminución en el número de caídas y sus consecuencias al eliminar las sujeciones, aunque no fueron estadísticamente significativas (37).

Por último, un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados publicado en 2010 en Suecia, evaluó los efectos de un programa de educación para minimizar las restricciones. Durante 6 meses se impartieron conferencias de 30 minutos para el personal de enfermería, posteriormente se recogieron datos a través de cuestionarios y escalas, obteniéndose los siguientes resultados: En el grupo de intervención, el conocimiento del personal y las actitudes hacia el uso de la restricción cambiaron y el uso general de las restricciones físicas disminuyó. Se mostró que el nivel de uso de sujeciones fue significativamente menor en el grupo intervención que en el grupo de seguimiento. También se observó que las probabilidades de ser restringido fueron menores en el grupo de intervención que en el grupo de control y no se mostraron cambios significativos ni en el número de caídas ni en el uso de medicamentos psicoactivos (41).

#### **4. Opiniones sobre los métodos de restricción desde el punto de vista de los profesionales y los familiares de los pacientes.**

Para promover un cambio sobre un determinado aspecto de la atención sanitaria es conveniente conocer las opiniones de las personas en constante contacto con dicha

forma de atención. Se han encontrado 4 estudios observacionales descriptivos transversales, 3 de ellos han realizado investigaciones sobre las opiniones en cuanto a la utilización de restricciones físicas y el cuarto diseña y valida una escala de actitudes de los profesionales sanitarios hacia la liberación del uso de restricciones en personas dependientes.

El primero fue un estudio publicado en 2008 que valoró la actitud de los familiares que cuidan de personas mayores con deterioro físico o mental, dependientes en el domicilio, ante las restricciones físicas en España. La recogida de datos se llevó a cabo a través de un cuestionario en el que se mostró que la mayoría de los familiares consideraba este recurso como adecuado, un 90% estaba dispuesto a utilizarlo con un familiar suyo, un 41.9% opinaba que no pueden evitarse las restricciones físicas, desconociendo la existencia de otras alternativas y un 23.3% no era consciente de que la restricción puede ocasionar problemas físicos o psicológicos. Ninguno estimó de forma concluyente que este procedimiento fuese una forma de maltrato <sup>(42)</sup>.

Posteriormente en 2013 se publicó otro estudio que exploró las actitudes, los conocimientos y la práctica relacionada con el uso de las restricciones físicas en profesionales de enfermería que trabajan con ancianos en España. Para la recogida de los datos se utilizaron cuestionarios que fueron respondidos por 378 enfermeros/as y auxiliares. Los resultados mostraron que los profesionales tenían una actitud ligeramente en contra de las restricciones, sin embargo el 98.7% las había aplicado en alguna ocasión, además el 61.9% estaban totalmente de acuerdo con que se someta a restricción física a los pacientes con demencia si al agitarse son propensos a caerse y el 32% cree que existen alternativas. El 69.1% ignoraba que las restricciones físicas pudiesen causar la muerte y el 69.8% afirman que su formación sobre el tema es escasa <sup>(18)</sup>.

En 2014, en Japón, se evaluaron los conocimientos, percepciones y experiencias de los cuidadores familiares y los proveedores de atención domiciliaria sobre la restricción física que se usa con los ancianos que viven en el hogar. Los datos se recogieron tras la aplicación de una serie de cuestionarios. En cuanto a los conocimientos sobre las restricciones físicas prohibidas y sus efectos nocivos, fue significativamente menor entre los cuidadores familiares que entre los proveedores de atención domiciliaria. En cuanto a su utilización el 20.1% de cuidadores familiares

dudaron sobre su uso, el 40.5% de proveedores de atención domiciliaria las habían visto utilizar y el 16.7% las habían recomendado o directamente recurrieron a ellas <sup>(43)</sup>.

Por último, cabe describir el estudio para diseñar y validar una escala de medida de la actitud del profesional asistencial sociosanitario hacia el uso de las sujeciones tanto físicas como químicas. Tras revisión bibliográfica se redactaron los ítems de un cuestionario y después se agruparon en varios factores para su análisis: Factor 1 de autonomía, Factor 2 de seguridad, Factor 3 de entorno y Factor 4 de evitación. Posteriormente el cuestionario se repartió a todas las personas que asistieron a las jornadas de Alzheimer del 2013, de las cuales una tercera parte de los asistentes no tenían formación sociosanitaria, el resto sí. El personal con experiencia en el cuidado de personas con Alzheimer está significativamente más a favor del uso de sujeciones que el personal sin experiencia, pero sin diferencias en el cómputo global. Del total de participantes, 90 personas trabajaban en planta y de ellas, 30 estaban en contra de las sujeciones, 12 a favor y 48 creían que en su planta se utiliza un número conveniente de sujeciones <sup>(44)</sup>.

También en un estudio cualitativo publicado en 2017, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas para conocer la experiencia, el conocimiento y las percepciones de los familiares de pacientes con demencia sobre los síntomas conductuales y psicológicos de la enfermedad y la asociación con el uso de antipsicóticos. Los resultados mostraron una falta de educación e información a los familiares de pacientes con demencia a quienes les resulta difícil diferenciar los comportamientos influenciados por la enfermedad y los producidos por la medicación antipsicótica, también se evidenció la necesidad de incluir a los familiares en la toma de decisiones, ya que estos relatan que los comportamientos desafiantes de la demencia podrían prevenirse con un enfoque más centrado en la persona, por último los familiares expresaron que la tendencia de utilizar antipsicóticos para controlar el comportamiento de los pacientes influenciada por falta de personal y de tiempo podría ser problemático <sup>(45)</sup>.

Para finalizar, la mayoría de los cuidadores informan sentirse agotados física y emocionalmente, por falta de cuidadores relevo en el cuidado de los pacientes, conocimientos limitados sobre la demencia y falta de servicios de apoyo comunitario <sup>(31)</sup>.

## **DISCUSIÓN:**

En esta revisión se demuestra que los cuidados sin sujeciones son beneficiosos para la mejora de la funcionalidad de las alteraciones comportamentales y del estado cognitivo y afectivo del paciente, no demostrándose diferencias significativas en la disminución de las caídas.

Los datos obtenidos de los estudios analizados sobre la prevalencia del uso de restricciones se centran en las sujeciones físicas, mostrando cifras entorno al 20-30% en la mayoría de los casos, que realmente no representa unos datos excesivamente elevados pero que sí indican que la utilización de estas medidas es común en la atención de las personas mayores. También se aprecia claramente que los métodos de restricción más utilizados son las barandillas de la cama y las razones que más se tienen en cuenta para su uso son evitar las caídas, la retirada de dispositivos médicos y los problemas conductuales del paciente. Existe escasez de datos en cuanto a las restricciones químicas, esto puede deberse a que en muchos casos este tipo de sujeciones no son consideradas como tal, sino como una forma de tratamiento habitual en pacientes con problemas de agitación.

Con respecto a las consecuencias negativas de la utilización de restricciones, se ha visto que estas medidas están asociadas con la aparición y el aumento del deterioro cognitivo, el aumento del grado de dependencia sobre todo en las actividades de la vida diaria (AVD), la limitación de la movilidad que como consecuencia genera un aumento de úlceras por presión e incontinencia urinaria y fecal, produciendo a su vez un aumento tanto en la estancia hospitalaria como en la residencial. Igualmente la gravedad de las caídas se ve aumentada con el empleo de estas medidas, produciendo en muchas ocasiones incluso la muerte del paciente. Sobre todo se ha visto que estos incidentes ocurren en pacientes sometidos a restricciones de tipo barreras de la cama o cinturón abdominal, muchas veces mal ajustado. Los motivos principales por los que suceden son la falta de formación profesional, de protocolos de actuación y de una supervisión más frecuente de este tipo de pacientes, que puede deberse a la excesiva carga de trabajo y la falta de personal existente en muchos centros.

Datos similares aparecen en la publicación “problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores”, que además

hace referencia a que para poder mejorar la calidad asistencial se deberían realizar más investigaciones sobre los incidentes generados por las restricciones físicas, pero la falta de datos producida por la tendencia de los profesionales a describir lo ocurrido y no cómo ha ocurrido, la baja predisposición para realizar autopsias a personas mayores y el miedo de los profesionales por las posibles repercusiones, dificultan su estudio <sup>(46)</sup>.

Respecto al desarrollo y la implementación de intervenciones para reducir las restricciones, los estudios muestran que resultan eficaces en la mayor parte de los casos, no solo mostrándose una reducción en el número de sujeciones, sino también en la probabilidad de estar sujeto. Aunque se haya visto que la eliminación del empleo de estos dispositivos es posible, aún no se ha conseguido su retirada total, pudiendo deberse a que se sigue manteniendo cierta tolerancia en cuanto a su utilización.

Esta reducción ha generado una serie de beneficios como mejoras en el deterioro cognitivo, en las alteraciones del comportamiento e incluso en un estado menos deprimido de los pacientes.

En cuanto a la prescripción de psicofármacos, se podía esperar que una reducción de las restricciones físicas conduzca a un aumento de la medicación, es decir, de la restricción química, sin embargo en la mayoría de los estudios analizados no se muestran efectos negativos en cuanto a su prescripción e incluso se observa una reducción de la misma. Con respecto a las caídas, no existen datos significativos de que la eliminación de las sujeciones disminuya el número de caídas, sin embargo algunos estudios presentan datos que indican un aumento de las mismas, pero sin generar lesiones graves. Por lo tanto, se debe seguir realizando estudios para constatar los beneficios respecto a la disminución de las caídas.

Los estudios encontrados analizan la efectividad de los programas de eliminación de sujeciones, pero no se detienen a evaluar su proceso para así poder desarrollar aún más sus intervenciones, como es el caso del estudio publicado en 2010, en Holanda, que desarrolla y comprueba la efectividad del programa EXBELT, mediante la recogida de datos a lo largo de distintos periodos <sup>(47)</sup>.

En la mayoría de los estudios que analizan la efectividad de los programas de eliminación de sujeciones se describen actividades educativas centradas sobre todo en los profesionales de enfermería, dando un papel secundario a la familia, quienes

les conocen en mayor medida y por lo tanto pueden llegar a desempeñar una importante labor en el control de su comportamiento, por ello deberían ser imprescindibles a la hora de llevar a cabo estos programas. Así lo muestra una publicación del 2009 donde se evalúa un programa sobre la reducción de las restricciones físicas en hogares de ancianos, en el que la intervención además de incluir información estructurada y un taller de capacitación para el personal de enfermería, también aporta materiales de información a los tutores legales y los familiares de los residentes <sup>(48)</sup>. También en 2015 un ensayo controlado aleatorio por conglomerados evalúa la efectividad de una intervención basada en una sesión de información y un taller de capacitación intensiva para el profesional de enfermería que incluye la aportación de material impreso para tutores legales, familiares y médicos <sup>(49)</sup>.

La mayoría de los profesionales tienen una actitud en contra de las sujeciones, pero las suelen utilizar sobre todo con pacientes que presentan demencia, ya que tienden a agitarse y por lo tanto presentan alto riesgo de caídas, es por ello que los profesionales con experiencia en el cuidado de este tipo de pacientes están más a favor a la hora de utilizar medidas de restricción que los que no tienen dicha experiencia. Además un aspecto importante que se ha reflejado en estos estudios es la escasa formación que los profesionales expresan tener sobre la utilización de sujeciones.

No solo los profesionales están a favor de utilizar medidas restrictivas en pacientes con demencia, sino también sus familiares, que describen sentirse agotados física y emocionalmente, por falta de cuidadores relevo en el cuidado de los pacientes y conocimientos limitados sobre la enfermedad, desconociendo los posibles problemas y la existencia de alternativas. Además no se les suele incluir en la toma de decisiones y echan en falta la existencia de servicios de apoyo comunitario.

En este contexto, la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) creó el Comité Interdisciplinar de Sujeciones. A través del cual se dio lugar al Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas que describe el marco conceptual, normativo y legislativo de las restricciones, además de las distintas formas de eliminación, en resumen, sirve como una guía para la buena práctica clínica <sup>(50)</sup>.

Por último, es interesante conocer las opiniones de los propios pacientes restringidos y no solo de los profesionales y sus familiares, así lo muestra una publicación de C. Gastmans y K. Milisen donde algunos pacientes informan sentirse más seguros con el uso de medidas de restricción, pero muchos otros expresan sentimientos de vergüenza, pérdida de la dignidad, ansiedad y aislamientos social <sup>(51)</sup>.

Las limitaciones de este estudio han sido descartar los artículos que se encontraban en idiomas diferentes al inglés, español y portugués y no poder acceder al texto completo de algunos artículos que podrían haber sido de especial interés. También se han encontrado limitaciones en los artículos analizados, como escasez de estudios que traten sobre las restricciones químicas y presencia de algunos con calidad metodológica baja.

La falta de información sobre las sujeciones ha sido expresada tanto por los profesionales como por los familiares de los pacientes, además se ha demostrado que en los programas de eliminación de sujeciones no se suele priorizar a estos últimos, por ello como línea de investigación futura se debería buscar la forma más adecuada de potenciar la información aportada tanto a los profesionales como a los familiares. También sería interesante desarrollar más estudios sobre la opinión y los sentimientos del propio paciente para así poder desarrollar adecuadamente una atención centrada en la persona.

Al hilo de todo esto, para mejorar las intervenciones llevadas a cabo en este tipo de programas, surge la necesidad de desarrollar métodos que evalúen su calidad, para así demostrar no solo su eficacia, sino también la correcta realización de las mismas, de este modo se podrá valorar la necesidad de implementar mejoras en ellas.

La delgada línea que separa el tratamiento farmacológico propio de pacientes con deterioro cognitivo y la restricción química, cuando se abusa de la medicación prescrita para tratar problemas de agitación del paciente, hace complicado el estudio de este tipo de sujeciones. Para ampliar la información sobre este tema sería conveniente marcar el límite entre la prescripción para el tratamiento y la prescripción para la restricción.

Por último, la falta de vigilancia a los pacientes restringidos, muchas veces por el exceso de trabajo o la falta de ratio de personal se podría solventar introduciendo nuevos enfoques de trabajo, de manera que se pueda aumentar el número de

personal sanitario a cargo de cada paciente, organizando la jornada laboral de forma que el aumento de personal coincida con los puntos altos de trabajo de cada centro. Además la existencia de personas voluntarias que desempeñan una importante labor en el acompañamiento de familiares y pacientes también pueden ser de ayuda al desarrollar actividades con el enfermo que mejoren su bienestar y consecuentemente su conducta, generando así un mejor clima de trabajo.

### **Conclusiones:**

Las medidas de restricción se emplean de forma habitual en la atención sociosanitaria de personas mayores, encontrándose en un 20-30% de los casos, especialmente las barandillas de la cama, utilizándose para prevenir las consecuencias negativas de los problemas conductuales del paciente. Los datos obtenidos en los artículos analizados hacen referencia más a las restricciones físicas que a las químicas, por su difícil estudio, al no diferenciarse la sujeción química del tratamiento farmacológico propio de pacientes con demencia.

La utilización de las sujeciones junto con la escasez de conocimientos por parte de los profesionales hacia este tema, la falta de protocolos y de una supervisión más frecuente genera consecuencias negativas tanto físicas como psíquicas para la salud del paciente, pudiendo provocar incluso su muerte.

Se ha demostrado que la aplicación de programas de eliminación de sujeciones no solo reduce el número de restricciones, sino que también conlleva una serie de beneficios en el paciente, como la mejora de su estado cognitivo, de sus problemas conductuales y en general de su bienestar. Se ha visto que pueden generar una reducción de la prescripción de psicofármacos, sin embargo no se ha demostrado que la retirada de estos dispositivos produzca una mejora significativa en la disminución de las caídas, aunque sí de su gravedad, siendo estas más leves que las generadas en pacientes a los que se les estaba aplicando una restricción. Se necesitan más estudios que evalúen la calidad no solo del efecto de la intervención sino también de su proceso, para la implementación de mejoras y futura evolución de los programas.

Con respecto a las opiniones sobre la utilización de las restricciones, los profesionales y los familiares de los pacientes muestran puntos de vista similares, coincidiendo en

la necesidad de emplear estas medidas en aquellos que presentan demencia, por la dificultad para su abordaje comportamental y la mejora de su seguridad. Además se revela una escasa formación con respecto a la utilización de sujeciones y a la atención de personas con dicha enfermedad, haciendo referencia también a la falta tanto de personal en los centros como de familiares relevo en la atención de los pacientes. Por ello se sugiere poner en marcha programas de formación que se centren en educar sobre las opciones terapéuticas alternativas a la restricción.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Fernández JN. Las personas mayores en España. [monografía en internet]. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2015 [acceso 4 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029\\_info2014pm.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf)
2. Ureña V. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. [monografía en internet]. Madrid: Comité de Bioética de España; 2016 [acceso 16 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.google.es/search?dcr=0&ei=jRSHWozCMIX1Ut-GieAK&q=Consideraciones+éticas+y+jurídicas+sobre+el+uso+de+contenciones+mecánicas+y+farmacológicas+en+los+ámbitos+social+y+sanitario&oq=Consideraciones+éticas+y+jurídicas>
3. Fundación Cuidados Dignos. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios. [monografía en internet]. Bilbao: Fundación Cuidados Dignos; 2012 [acceso 17 de febrero de 2018]. Disponible en: [http://www.acpgerontologia.com/documentacion/eliminar\\_sujeciones\\_cuidados\\_dignos.pdf](http://www.acpgerontologia.com/documentacion/eliminar_sujeciones_cuidados_dignos.pdf)
4. Ramos P. Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. [monografía en internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2014 [acceso 16 de febrero de 2018]. Disponible en: [https://www.segg.es/media/descargas/Documento\\_de\\_Consenso\\_sobre\\_Sujeciones.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf)
5. Torijano A. Guía para personas mayores y familiares. [monografía en internet]. Madrid: Confederación Española de Organizaciones de Mayores; 2010 [acceso 4 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/04\\_guia\\_para\\_personas\\_mayores.pdf](http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/04_guia_para_personas_mayores.pdf)

6. Urrutia A. Los otros derechos en la práctica diaria. [monografía en internet].Fundación Cuidados Dignos; 2012 [acceso 4 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.cuidadosdignos.org/wp-content/nuevo/LOS-OTROS-DERECHOS-EN-LA-PRÁCTICA-DIARIA1.pdf>
7. Martínez AG. ¿Contención física o castigo? Un recorte histórico de sus antecedentes. En: Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Facultad de psicología- Universidad de Buenos Aires; 2013. P 95-97.
8. Naciones Unidas [Internet]. Ginebra: Naciones Unidas; 1948 [acceso 14 de marzo de 2018] La Declaración Universal de Derechos Humanos [9] Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
9. Constitución Española. Boletín oficial del Estado, nº 311 (29-12-1978).
10. Ley de enjuiciamiento civil. Ley 1/2000, de 7 de enero. Boletín Oficial del Estado, nº 7 (08-01-2000).
11. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102 (29-04-1986).
12. Ley básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274 (15-11-2002).13.
13. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [Internet]. Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; [acceso 16 de febrero de 2018]. Código Deontológico de Enfermería Española. Disponible en: <https://www.codem.es/codigo-deontologico>

14. Asamblea General de las Naciones Unidas [internet] Ginebra: Naciones Unidas;1991[acceso 16 de febrero de 2018] Ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas [3] Disponible en: <http://research.un.org/es/docs/ga/quick/regular/46>
15. CERMI [Internet]. Madrid: Comité español de representantes de personas con discapacidad; 2017 [acceso 16 de febrero de 2018].Nace la Plataforma Nacional Sin Sujeciones para luchar contra el uso de sujeciones físicas y químicas con pacientes. Disponible en: <https://www.cermi.es/es/actualidad/noticias/nace-la-plataforma-nacional-sin-sujeciones-para-luchar-contra-el-uso-de>
16. Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier J-N, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. Int J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2009 Octubre. [acceso 18 de febrero de 2018]; 24(10): [1110–8]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19280680>
17. Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2012 enero. [acceso 18 de febrero de 2018]; 109(3): [27–32]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22334818>
18. Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Núñez E, Pérez DG, Gandoy M. Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet] 2013 septiembre-octubre. [acceso 18 de febrero de 2018]; 48(5): [209-215]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X13000231>
19. Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) [Internet]. Madrid: Burgueño AA; 2013 [actualizado 2015; acceso 4 de marzo de 2018]. Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. Disponible en: <http://ceoma.org/desatar/>

20. Fundación María Wolff [Internet]. Madrid: Fundación María Wolff; 1994 [actualizada 4 de junio de 2017; acceso 4 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.mariawolff.org/>
21. Fundación María Wolff [Internet]. Madrid: Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras demencias; 2014 [actualizada 4 de junio de 2017; acceso 4 de marzo de 2018]. Cuidados de demencias sin sujeciones. Disponible en: [http://www.mariawolff.org/\\_pdf/Folleto%20Acreditaci%C3%B3n%20Cuidados%20Demencia%20Sin%20Sujeciones.pdf](http://www.mariawolff.org/_pdf/Folleto%20Acreditaci%C3%B3n%20Cuidados%20Demencia%20Sin%20Sujeciones.pdf)
22. Redcaspe.org. CASPe Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español [sede Web]. Alicante: redcaspe.org; 1998 [actualizada 2018; acceso 5 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/>
23. Cevallos M, Altman D, Egger M, Gotzsche M, Pocock S, Vandembroucke J, et al. STROBE Statement - Checklist of items that should be included in reports of cross-sectional studies. [monografía en Internet]. Berna: STROBE group; 2009 [acceso 5 de marzo de 2018]. Disponible en: [https://strobestatement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE\\_checklist\\_v4\\_crosssectional.pdf](https://strobestatement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_crosssectional.pdf)
24. Vallvé C, Artés M, Cobo E. Estudios de intervención no aleatorizados (TREND). Med Clin [Internet] 2005 [acceso 5 de marzo de 2018]; 125(1): [38-42]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-estudiosintervencion-no-aleatorizados-trend-13083739>
25. Estévez-Guerra GJ, Fariña-López E, Núñez-González E, Gandoy-Crego M, Calvo-Francés F, Capezuti EA. The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study. BMC Geriatr [Internet] 2017 [acceso 26 de febrero de 2018]; 17(29). Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-017-0421-8?site=bmcgeriatr.biomedcentral.com>

26. Hofmann H, Schorro E, Haastert B, Meyer G. Use of physical restraints in nursing homes: a multicentre cross-sectional study. *BMC Geriatr* [Internet] 2015 [acceso 26 de febrero de 2018]; 15(129). Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-015-0125-x?site=bmcgeriatr.biomedcentral.com>
27. Kalula SZ, Petros SG, Kalula S. Use of physical restraint in hospital patients: A descriptive study in a tertiary hospital in South África. *Curationis* [Internet] 2016 noviembre. [acceso 24 de febrero de 2018 ]; 39(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28155298>
28. Faria H, Pavia A, Marques P. A restrição física da mobilidade – estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. *Rev Enferm* [Internet] 2012 [acceso 12 de abril de 2018]; 3(6). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3882/388239965001.pdf>
29. Galán CM, Trinidad D, Ramos P, Gómez JP, Alastruey JG, Onrubia A, et al. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2008 julio. [acceso 26 de febrero de 2018]; 43(4): [208–13]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X08711843>
30. Krüger C, Mayer H, Haastert B, Meyer G. Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: a multi-centre cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2013 diciembre [acceso 19 de abril de 2018]; 50(12):[1599–606]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23768409>
31. Danivas V, Bharmal M, Keenan P, Jones S, Karat SC, Kalyanaraman K, et al. An interpretative phenomenological analysis (IPA) of coercion towards community dwelling older adults with dementia: findings from Mysore studies of natal effects on ageing and health (MYNAH). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet] 2016 [acceso 12 de abril de 2018]; 51:[1659–64]. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00127-016-1286-4.pdf>

32. Staggs VS, Olds DM, Cramer E, Shorr RI. Nursing Skill Mix, Nurse Staffing Level, and Physical Restraint Use in US Hospitals: a Longitudinal Study. *J Gen Intern Med* [Internet] 2016 [acceso 26 de febrero de 2018]; 32(1): [35–41]. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5215153/pdf/11606\\_2016\\_Article\\_3830.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5215153/pdf/11606_2016_Article_3830.pdf)
33. Fariña-López E, Camacho AJ, Estévez-Guerra GJ, I Sierra MB. Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet] 2009 Septiembre-Octubre [acceso 16 de febrero de 2018]; 44(5): [262-265]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X09001115>
34. Terranova C, Cardin F, Martella B, Amato B, Militello C. Death after an accidental fall of a 101 year old hospitalized patient. Medico-legal implication of falling in geriatrics. *BMC Surg* [Internet] 2012 [acceso 26 de febrero de 2018]; 12(1). Disponible en: <https://bmcsurg.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2482-12-S1-S34?site=bmcsurg.biomedcentral.com>
35. Hofmann H, Hahn S. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *J Clin Nurs* [Internet] 2014 noviembre. [acceso 19 de abril de 2018]; 23(21–22):[3012–24]. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.12384>
36. Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Intervenciones para la prevención y la reducción del uso de restricciones físicas en la atención geriátrica a largo plazo. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2011 [acceso 12 de abril de 2018]; Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/control.php?URL=/PDF-ES/CD007546.PDF>
37. Tortosa MÁ, Granell R, Fuenmayor A, Martínez M. Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 enero-febrero. [acceso 2 de marzo de 2018]; 51(1):[5–10]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X15001055>

38. Koczy P, Becker C, Rapp K, Klie T, Beische D, Büchele G, et al. Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2011 febrero. [acceso 19 de abril de 2018]; 59(2):[333–9]. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.2010.03278.x>
39. Lai CKY, Yeung JHM, Mok V, Chi I. Special care units for dementia individuals with behavioural problems. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009 octubre [acceso 27 de febrero de 2018]; Disponible en: <http://www.thecochranelibrary.com>
40. Muñoz R, Gómez S, Curto D, Hernández R, García P, Tomás JF, et al. Reducing Physical Restraints in Nursing Homes: A Report From Maria Wolff and Sanitas. *J Am Med Dir Assoc* [Internet] 2016 [acceso 26 de febrero de 2018]; 17[ 633-639]. Disponible en: [http://www.jamda.com/article/S1525-8610\(16\)30050-0/pdf](http://www.jamda.com/article/S1525-8610(16)30050-0/pdf)
41. Pellfolk TJ-E, Gustafson Y, Bucht G, Karlsson S. Effects of a Restraint Minimization Program on Staff Knowledge, Attitudes, and Practice: A Cluster Randomized Trial. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2010 enero [acceso 19 de abril de 2018]; 58(1): [62–9]. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.2009.02629.x>
42. Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Núñez E, Montilla M, Santana E. Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2008 Julio. [acceso 2 de marzo de 2018]; 43(4):[201–7]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X08711831>
43. Kurata S, Ojima T. Knowledge, perceptions, and experiences of family caregivers and home care providers of physical restraint use with home-dwelling elders: a cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatr* [Internet] 2014 marzo. [acceso 26 de febrero de 2018]; 14(39). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/14/39>
44. Villacieros M, Steegman L, Mejías ML, Bermejo JC. Diseño y validación de una escala de actitudes de los profesionales asistenciales hacia la liberación del uso de

- sujeciones en personas dependientes. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2013 Diciembre. [acceso 24 de febrero de 2018]; 36(3): [407–18]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272013000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
45. De Bellis AR, Bradley SL, Dongxia Xiao LR, Belan I, Lecturer S, Wallace T. Antipsychotic use for behaviours by persons with dementia in residential aged care: the relatives' perspectives. Aust J Adv Nurs [Internet] 2017 [acceso 19 de abril de 2018]; 35(1). Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/13cb/badaf31714830ba30ebe8012dc799faa3fa2.pdf>
46. Fariña-López E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2011 enero [acceso 2 de marzo de 2018 Marzo]; 46(1): [36–42]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X10002283>
47. Gulpers MJ, Bleijlevens MH, Van Rossum E, Capezuti E, Hamers JP. Belt restraint reduction in nursing homes: design of a quasi-experimental study. BMC Geriatr [Internet] 2010 [acceso 26 de febrero de 2018]; 10(11). Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2318-10-11?site=bmcgeriatr.biomedcentral.com>
48. Haut A, Köpke S, Gerlach A, Mühlhauser I, Haastert B, Meyer G. Evaluation of an evidence-based guidance on the reduction of physical restraints in nursing homes: a cluster-randomised controlled trial. BMC Geriatr [Internet] 2009 septiembre [acceso 26 de febrero de 2018]; 4(42). Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2318-9-42?site=bmcgeriatr.biomedcentral.com>
49. Abraham J, Möhler R, Henkel A, Kupfer R, Icks A, Dintsios C-M, et al. Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing home residents (IMPRINT): study protocol for a cluster-randomised controlled trial. BMC Geriatr [Internet]. 2015 [acceso 26 de febrero de 2018]; 15(86).

Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-015-0086-0?site=bmcgeriatr.biomedcentral.com>

50. Ramos P, López JA, Maíllo H, Paz JM. Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2015 enero-febrero. [acceso 2 de marzo de 2018]; 50(1): [35–8]. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X14001991>
51. Gastmans C, Milisen K. Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. J Med Ethics [Internet]. 2006 marzo. [acceso 30 de abril de 2018]; 32(3): [148–52]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16507658>

**ANEXOS:**

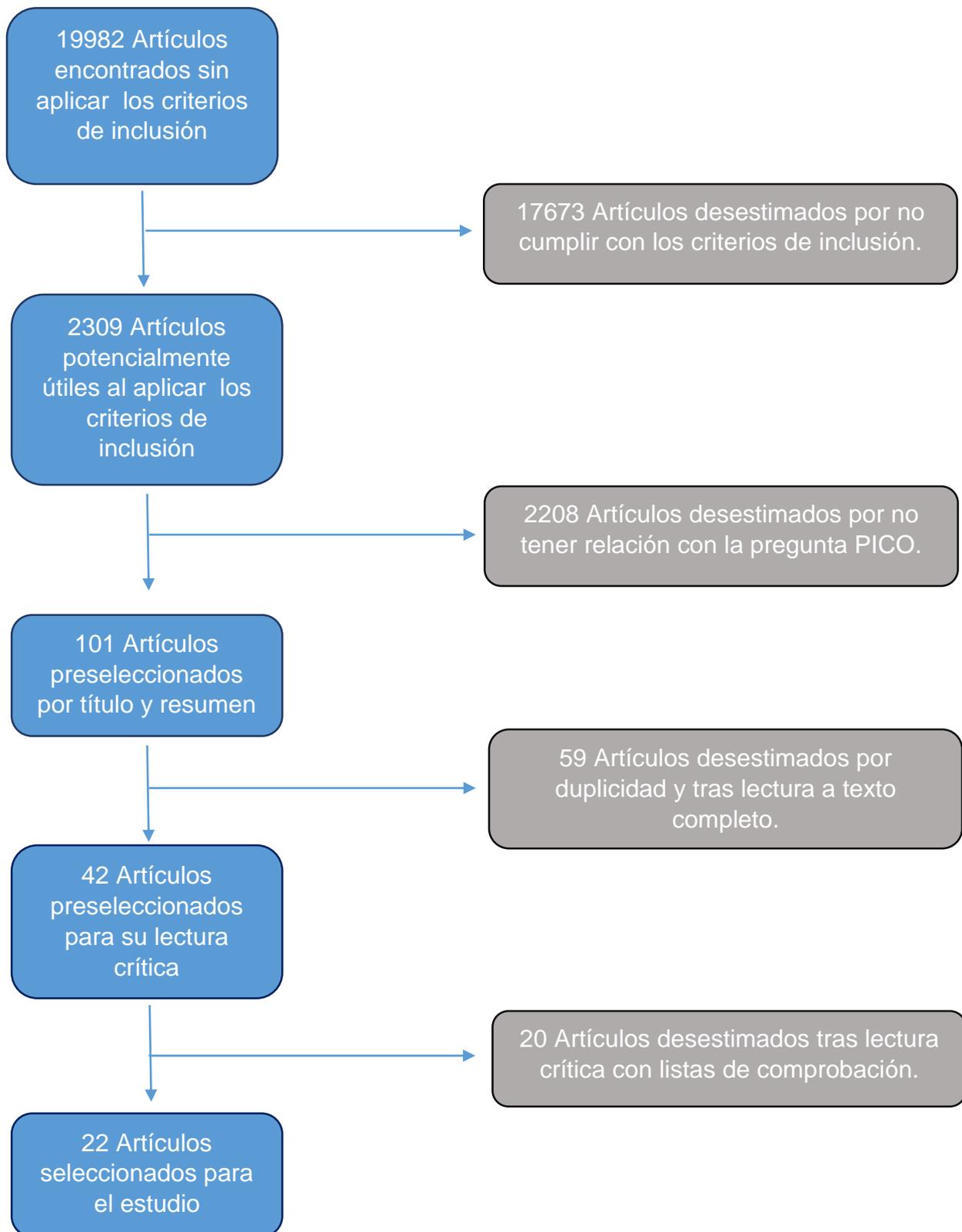
Anexo 1. Estrategia de búsqueda seguida en las diferentes bases de datos.

Base de datos	MeSH/DeCS/Palabras naturales	Sin filtro	Con filtro
			Seleccionados/ Resultados
<b>LILACS (BVS)</b>	Restraint, physical	113	<b>2/36</b>
	Without restraint, physical	15	<b>1/10</b>
	Restraint, physical and safety	6	0/6
	Restraint, physical and quality of life	1	0/1
	Dementia and safety	47	0/22
	Alzheimer disease and patient safety	6	0/4
	Restricción física	138	0/56
	Sin restricción física	30	0/11
	Restricción física and seguridad	4	0/3
	Restricción física and calidad de vida	5	0/4
	Enfermedad de Alzheimer and seguridad del paciente	1	0/1
<b>IBEC(SBVS)</b>	Restricción química	185	0/87
	Restraint, physical	60	<b>2/9</b>
	Restraint, physical and dementia	4	<b>1/1</b>
	Restraint, physical and safety	15	<b>1/2</b>
	Dementia and patient harm	3	0/2
	Dementia and safety and restraint, physical	3	<b>1/1</b>
	Restricción física	108	<b>2/20</b>
	Sin restricción física	40	0/7
Restricción física and calidad de vida	11	0/1	
Restricción química	128	0/27	

<b>SciELO</b>	Restraint, physical	59	<b>6/55</b>
	Without restraint, physical	7	0/5
	Restraint, physical and safety	5	0/5
	Demencia and seguridad	13	0/9
	Dementia and safety	20	0/15
	Restricción física	69	<b>3/59</b>
	Sin restricción física	17	<b>1/14</b>
	Restricción física and seguridad	2	<b>1/2</b>
	Restraint, physical and quality of life	3	0/3
	Restricción química	18	0/11
<b>PubMed</b>	Restraint, physical	14336	<b>18/188</b>
	Restraint, physical and dementia	291	<b>3/8</b>
	Restraint, physical and safety	653	<b>5/19</b>
	Restraint, physical and quality of life	174	<b>2/11</b>
	Restraint, physical and dementia and safety	36	<b>1/1</b>
	Restraint, physical and patient harm	70	<b>1/3</b>
	Dementia and patient harm	111	0/14
	Alzheimer disease and patient harm	22	0/2
	Lewy body disease and safety	49	0/6
	Dementia, vascular and safety	237	0/16
<b>BIBLIOTECA COCHRANE PLUS</b>	Physical restraint	338	<b>3/20</b>
	Physical restraint and dementia	27	<b>2/8</b>
	Dementia and patient harm	24	0/9
	Dementia and safety and quality of life	150	0/39

<b>BIBLIOTECA COCHRANE PLUS</b>	Restricción física	259	<b>2/140</b>
	Sin restricción física	253	<b>3/138</b>
	Restricción física and seguridad	115	<b>2/68</b>
	Restricción física and calidad de vida	211	<b>2/120</b>
	Inmovilización	100	0/49
	Demencia vascular and seguridad del paciente	60	0/20
	Restricción química	19	<b>2/11</b>
	Restricción química and demencia	1	<b>1/1</b>
<b>CINAHL complete (BIBLIOTECA DE LA UVA)</b>	“Restraint, physical” and demencia	260	<b>15/161</b>
	Restricción física and demencia	6	0/6
	Restricción física and seguridad	4	0/4
	Restricción química and demencia	2	0/2
	Restricción química	6	0/6
<b>CUIDEN</b>	Restraint, physical	4	0/4
	Restraint, physical and patient harm	1	0/1
	Demencia and safety	1	0/1
	Demencia and patient harm	6	0/6
	“Restricción física”	14	<b>1/14</b>
	Restricción física and demencia	2	0/2
	Restricción física and seguridad	12	<b>1/12</b>
	Restricción química	3	0/3
<b>EDITORIAL ELSEVIER</b>	Restraint, physical	90	<b>9/78</b>
	Restraint, physical and safety	22	<b>1/20</b>
	Restraint, physical and demencia	9	<b>1/7</b>
	Restraint, physical and quality of life	28	0/23
	Restraint, physical and demencia and safety	2	0/2
	Restraint, physical and patient harm	6	0/5
	Alzheimer disease and patient harm	5	0/4
	Restricción física and demencia	239	<b>2/153</b>
	Restricción química	588	<b>3/415</b>

Anexo 2. Diagrama de flujo de los diversos grados de selección de los artículos encontrados.



## Anexo 3. Tablas resumen de los estudios seleccionados.

<b>25. The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study</b>	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Gabriel J. Estévez- Guerra, Emilio Fariña López, Eduardo Núñez González, Manuel Gandoy- Crego, Fernando Calvo-Francé, Elizabeth A. Capezuti. 2017. BMC Geriatrics
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Estudio observacional descriptivo transversal. STROBE: 14/22.
<b>Población</b>	n= 920 residentes distribuidos en 9 centros de cuidado a largo plazo cuya edad media era de 80.1 años. El 41.76% presentaba deterioro cognitivo severo.
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los datos fueron recolectados entre julio de 2013 y septiembre de 2014, en las Islas Canarias, España.</li> <li>- Se incluyeron todos los residentes presentes en el momento de la recolección de datos, a excepción de aquellos que no presentaban movimiento voluntario o cuya estancia en el centro era inferior a la de un mes.</li> <li>- Dos enfermeras visitaron las unidades de lunes a viernes en cuatro ocasiones diferentes durante el mismo día.</li> <li>- La validez de las observaciones fue evaluada por dos investigadores.</li> <li>- La información sobre la edad, el sexo, la duración de la estancia, las caídas y la cognición de los residentes se obtuvo a través de los registros clínicos.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Examinar el uso de la restricción física de los residentes de cuidados a largo plazo que presentaban la capacidad de moverse voluntariamente.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prevalencia de residentes con al menos una restricción física fue del 84.9%. Existía una variabilidad entre los centros del 70.27% al 96.55% (P=&lt; 0.001).</li> <li>- En el 94.2% de los casos la razón principal del uso de la restricción era la prevención de caídas.</li> <li>- Los dispositivos más utilizados fueron las barandillas de la cama estableciéndose en un 84.5% del total.</li> <li>- Se encontró una asociación significativa entre el uso de la restricción y el deterioro cognitivo de los residentes.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	Deben revisarse las causas que favorecen el uso de la restricción física para abordar los problemas subyacentes de esta práctica. Los resultados determinan la necesidad de mejorar la capacitación del personal a cargo de este tipo de pacientes. Se deben tener en cuenta las alternativas a las sujeciones existentes en España.

<b>26. Use of physical restraints in nursing homes: a multicentre cross-sectional study.</b>	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Hedi Hofmann, Ewald Schorro, Burkhard Haastert, Gabriele Meyer. 2015. BMC Geriatrics
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Estudio observacional descriptivo transversal. STROBE: 14/22
<b>Población</b>	n=1362 pacientes con una media de edad de 86 años distribuidos en 20 residencias de ancianos.
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La recolección de datos se llevó a cabo entre noviembre de 2013 y febrero de 2014, en Suiza, por dos investigadores externos.</li> <li>- Las residencias elegibles para su inclusión fueron aquellas con al menos 30 camas. La selección se realizó al azar y la invitación mediante cartas.</li> <li>- Los datos se extrajeron de los registros de los residentes e informes médicos y mediante cuestionarios dirigidos a los directores o gerentes de enfermería.</li> <li>- Para la investigación se empleó la estadística descriptiva y el análisis de regresión logística múltiple.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Investigar la prevalencia y los tipos de restricciones físicas en hogares de ancianos.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prevalencia de residentes con al menos una restricción física fue del 26.8%(IC del 95%= 19.8-33.8).</li> <li>- Los dispositivos utilizados con mayor frecuencia fueron las barandillas bilaterales de la cama, estableciéndose en un 20.3% de los casos (IC del 95%= 13.5-27.1).</li> <li>- Existía una variabilidad entre los centros de 2.6% a 61.2%.</li> <li>- Los datos sobre el estado cognitivo fueron incompletos y no adecuados para su inclusión en el análisis.</li> <li>- La duración en la residencia, el grado de dependencia y la limitación de la movilidad se asocian significativamente de forma positiva con el uso de restricciones físicas.</li> <li>- Ninguna de las características organizacionales se asoció significativamente con una mayor probabilidad de restricción física.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	La frecuencia del uso de restricciones físicas varía de un centro a otro. Se deberían estudiar centros de ancianos con un uso bajo y alto de restricciones físicas en futuras investigaciones cualitativas. La reducción de sujeciones puede ser posible.

<b>27. Use of physical restraint in hospital patients: A descriptive study in a tertiary hospital in south África.</b>	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Sebastiana Z. Kalula, Sabela G. Petros. 2016. Curationis.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Estudio observacional descriptivo transversal. STROBE: 11/22.
<b>Población</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n= 572 pacientes de salas agudas de un hospital terciario de Sudáfrica, de los cuales 132 estaban restringidos físicamente.</li> <li>- n= 159 enfermeras completaron el cuestionario.</li> <li>- n= 59 médicos completaron el cuestionario.</li> </ul>
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los datos se recogieron entre enero y agosto de 2010, en Ciudad del Cabo, Sudáfrica.</li> <li>- Se incluyeron pacientes que estaban restringidos físicamente los días que el investigador visitó la sala en la que se encontraban.</li> <li>- Se excluyeron las salas de cuidados intensivos debido a las diferencias en las necesidades y el tratamiento de los pacientes.</li> <li>- Los datos se recogieron mediante una encuesta realizada a través de un cuestionario preconstruido con respuesta fija y elementos abiertos y también a través de notas médicas y de enfermería.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Determinar la prevalencia del uso de la restricción física, las características del paciente asociadas con el uso de la restricción física y los conocimientos y percepciones de la enfermera y el médico hacia dicha práctica.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prevalencia de uso de restricción fue del 23% (132/572).</li> <li>- La edad promedio de los pacientes restringidos fue de 49 años y el 53.8% eran hombres.</li> <li>- Los tipos más comunes de restricciones utilizadas fueron las barandillas para la cama (93%) y las muñequeras (12%).</li> <li>- Las restricciones se usaron principalmente para proteger los dispositivos médicos y como protección contra posibles daños.</li> <li>- Menos del 15% de las enfermeras informaron haber recibido información sobre restricciones y el 36% de los médicos informaron haber recibido alguna orientación sobre el uso de sujeciones.</li> <li>- Solo una minoría de enfermeras y médicos conocía la política hospitalaria sobre el uso de restricciones. La documentación sobre la prescripción e indicación del uso de la restricción fue pobre.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	La prevalencia en la utilización de restricciones es alta y no existe una política clara para orientar su uso, además la educación de los profesionales para llevar a cabo esta práctica es pobre. A veces, el uso de restricciones es inevitable por lo que deben desarrollarse directrices integrales para orientar a los profesionales de la salud en el manejo de los pacientes donde la restricción no se pueda evitar.

<b>28. A restrição física da mobilidade – estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos.</b>	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Honorio Faria, Abel Paiva, Pablo Marques. 2012. Revista de Enfermafem.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Estudio observacional descriptivo transversal. STROBE: 15/22.
<b>Población</b>	n= 110 pacientes internados en unidades de cuidados agudos médicos y quirúrgicos sometidos a restricción física.
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Este estudio se desarrolló en un hospital central portugués.</li> <li>- La recogida de datos se llevó a cabo a través de la aplicación de un formulario constituido por tres partes: La primera se basa en datos del registro clínico del paciente, la segunda en la observación, la tercera en dos cuestiones planteadas al enfermero responsable del paciente restringido.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Analizar la problemática de la restricción física y los criterios utilizados por los enfermeros para su uso.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El 36.5% de las restricciones físicas se utilizan para evitar caídas.</li> <li>- Las barandillas de la cama se identifican en el 58.5% de los casos, siendo el tipo de restricción física más utilizado.</li> <li>- Solo en el 20% de los pacientes se habían aplicado medidas alternativas a la restricción.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	Las razones para utilizar restricciones físicas están muy relacionadas con la protección y la seguridad de los pacientes. La elevación de las barandillas de la cama generara un aumento de caídas si el paciente es capaz de levantarse, por lo que este problema podría ser solventado si las camas de los hospitales dispusieran de sistemas para bajarlas. Antes de utilizar restricciones se deberían probar otras alternativas.

<b>29. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas.</b>	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Carlos María Galán Caballero, Diego Trinidad Trinidad, Primitivo Ramos Cordero, Juan Pedro Gómez Fernandez, Jesús Gregorio Alastruey Ruiz, Antonio Onrubia Pecharroman, Engracia López Andrés e Hilario Hernández Ovejero. 2008. Revista Española de Geriátria y Gerontología.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Estudio observacional descriptivo transversal. STROBE: 16/22.
<b>Población</b>	n= 5346 residentes distribuidos en las 25 residencias públicas de la comunidad de Madrid. La edad media de la población estudiada es de 84.9 años.
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La recogida de datos se llevó a cabo en mayo de 2007 en Madrid, España.</li> <li>- Los datos se han obtenido a partir de la base de datos informatizada asociada al programa Clasificación Funcional de Residentes (CFR) de la comunidad de Madrid.</li> <li>- Se analizan datos sobre el uso de sujeciones físicas: Frecuencia de uso, tipo de dispositivo, grado de dependencia funcional para las actividades de la vida diaria y el grado de deterioro cognitivo de todos los residentes incluidos en el estudio.</li> <li>- Se excluye del estudio la utilización de barandilla unilateral, siempre que el otro lado de la cama esté libre y permita al usuario levantarse.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Conocer la prevalencia del uso de dispositivos de sujeción física en residencias públicas de mayores.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prevalencia del uso de sujeciones físicas fue del 8.4%. Añadiendo el uso de barandillas en la cama, el porcentaje se eleva al 20.8%.</li> <li>- El 63.4% de las sujeciones eran barandillas de la cama, el 17.7% era sujeción del tronco, el 3% restricción de miembros y el 15.9% sillas de sujeción.</li> <li>- En la mayoría de los casos (62.6%) solo se utiliza un dispositivo.</li> <li>- En un 71.4% se utilizaron a diario y el 28.6% de forma no permanente.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	Los resultados permiten obtener una aproximación a la situación actual del uso de restricciones físicas en residencias. La prevalencia es similar a la obtenida en otros estudios e incluso inferior a otras publicadas. Las barandillas de la cama son el dispositivo de sujeción más empleado y probablemente exista un uso excesivo de barandillas que afecta incluso a residentes sin deterioro cognitivo ni dependencia física.

<b>30. Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study.</b>	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Cecilia Kruger, Herbert Mayer, Burkhard Haastert, Gabriele Meyer. 2013. International Journal Of Nursing Studies.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Estudio observacional descriptivo transversal. STROBE: 13/22.
<b>Población</b>	n= 276 pacientes con una edad media de 65 años, distribuidos en 61 salas (n= 47 generales, n= 14 cuidados intensivos) de cuatro hospitales de cuidados agudos.
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los datos se recogieron entre 2008 y 2009, en Alemania.</li> <li>- Un investigador visitó cada sala de hospital en tres intervalos de tiempo asignados aleatoriamente en días seleccionados al azar dentro de un período de tres meses.</li> <li>- Se recolectaron una serie de observaciones directas sobre el estado de la restricción física.</li> <li>- Para el análisis, se eligió aleatoriamente un intervalo de tiempo por habitación para evitar el análisis repetido del mismo paciente,</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Investigar la prevalencia de las restricciones físicas y las características asociadas con el uso de la restricción física en hospitales de agudos.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prevalencia de pacientes con al menos una restricción física fue del 11.8%.</li> <li>- Las medidas utilizadas con mayor frecuencia fueron las barandillas de la cama, estableciéndose en un 9.8%.</li> <li>- El análisis de regresión multivariante reveló características estadísticamente significativas para el uso de restricción física: Edad avanzada, sonda de alimentación, catéter urinario permanente y permanecer en la unidad de cuidados intensivos.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	La atención hospitalaria con pocas restricciones físicas es factible. Respetar la dignidad y la integridad de los pacientes promueve programas de intervención dirigidos a disminuir las restricciones físicas en los hospitales de agudos en Alemania.

31. An interpretative phenomenological analysis (IPA) of coercion towards community dwelling older adults with dementia: findings from Mysore studies of natal effects on ageing and health (MYNAH).	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Vijay Danivas, Mufaddal Bharmal, Paul Keenan, Steven Jones, Samuel Christaprasad Karat, Kumaran Kalyanaraman, Martin Prince, Caroline H.D.Fall y Murali Krishna. 2016. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Estudio cualitativo. CASPe: 8/10
<b>Población</b>	- n= 428 pacientes entre 55 y 80 años. De todos ellos n= 14 fueron diagnosticados con demencia. - n= 13 cuidadores de los pacientes con demencia de edades entre 28-63 años.
<b>Métodos</b>	- Los datos fueron recogidos a través de entrevistas. - Se entrevistó a los cuidadores primarios de pacientes con demencia en Mysore, sur de la India. - Los datos narrativos obtenidos de las entrevistas fueron codificados utilizando el Análisis Fenomenológico Interpretativo (IPA) para desarrollar temas clave.
<b>Intervención</b>	Identificar los métodos de restricción y las razones para usarlos por parte de los cuidadores de pacientes con demencia en el ámbito comunitario.
<b>Resultados</b>	- Las medidas de restricción utilizadas en mayor medida fueron: Uso inapropiado de psicotrópicos, aislamiento y restricción de la ingesta dietética para reducir la incontinencia urinaria. - Las razones definidas por los cuidadores para el empleo de estas medidas de restricción fueron: Garantizar una seguridad física al paciente y manejar situaciones de mala conducta. - La mayoría de los cuidadores informaron sentirse agotados física y emocionalmente, por falta de cuidadores relevo en el cuidado de los pacientes, conocimientos limitados sobre la demencia y falta de servicios de apoyo comunitario.
<b>Conclusión</b>	Los cuidadores, los profesionales y la comunidad social en general necesitan comprender mejor el uso de medidas restrictivas y su impacto en las personas con demencia. El apoyo educativo, la asistencia práctica de la salud mental y los servicios comunitarios pueden solucionar algunos de los problemas a los que se enfrentan los cuidadores en la comunidad.

32. Nursing Skill Mix, Nurse Staffing Level, and Physical Restraint Use in US Hospitals: a Longitudinal Study.	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Vicent S. Staggs, Danielle M. Olds, Emily Cramer, Ronald I. Shorr. 2016. Journal of General Internal Medicine.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Estudio cuasi-experimental. TREND: 11/22.
<b>Población</b>	n= 3101 unidades médicas, quirúrgicas y médico-quirúrgicas en 869 hospitales de EE.UU.
<b>Métodos</b>	- La recogida de datos se llevó a cabo entre octubre de 2006 y diciembre de 2010, en EE.UU. - Se incluyen las unidades con al menos un trimestre en el que se informa del uso de restricción para uno o más pacientes y al menos un cuarto en el que no se informó el uso de restricciones para ningún paciente durante el periodo de estudio. - La información se obtuvo de la base de datos nacional de indicadores de calidad de enfermería (NDNQI) que proporciona datos trimestrales sobre restricciones y datos mensuales sobre el personal de enfermería.
<b>Intervención</b>	Examinar la relación entre las habilidades del personal de enfermería y el uso de restricciones físicas.
<b>Resultados</b>	- La combinación de habilidades de enfermería se correlacionó inversamente con el uso de restricciones, es decir, a menor combinación de habilidades, mayor es la probabilidad del uso de restricciones. - Los resultados de este estudio determinaron una probabilidad del 18%(IC 95%= 8-29%) en el uso de restricciones por cualquier motivo y una probabilidad del 16%(IC 95%= 3-29%) en el uso de restricciones para la prevención de caídas. - El 1.6% de los pacientes evaluados estaban restringidos. - El 51% de las restricciones se justificaba para la prevención de caídas.
<b>Conclusión</b>	Este estudio demuestra que una combinación baja de habilidades de enfermería genera un mayor uso de restricciones, incluidas las restricciones para prevenir caídas.

<b>33. Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos. Estudio de tres casos.</b>	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Emilio Fariña- López, Amador J. Camacho Cáceres, Gabriel J. Estévez - Guerra y Montserrat Bros i serra. 2009. Revista de Geriatría y Gerontología.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Caso clínico.
<b>Población</b>	n=3 Caso nº1: Mujer de 81 años; Caso nº2: Mujer de 85 años; Caso nº3: Varón de 80 años: Los tres presentaban deterioro cognitivo y estaban sometidos a un procedimiento de restricción física.
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se estudian las circunstancias en las que se produjo la muerte de tres ancianos con trastornos cognitivos a los que se les estaba aplicando un cinturón de sujeción abdominal y barras laterales en la cama en el momento de su fallecimiento.</li> <li>- Los datos fueron recopilados de las historias clínicas y a través de una entrevista semiestructurada con los profesionales responsables de los pacientes.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Analizar las circunstancias en las que se produjo la muerte de 3 ancianos sometidos a un procedimiento de restricción física.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En todos los casos los accidentes fueron originados por un cinturón que comprimió la zona abdominal o el tórax de los pacientes. En lo referente a las barreras laterales, en los tres casos los pacientes lograron desacoplarlas en su intento de salir de la cama.</li> <li>- Solamente en el caso nº 2 el centro disponía de protocolos de sujeción y el personal había recibido alguna formación relacionada con la restricción física.</li> <li>- El caso nº 3 era el único que presentaba indicación de una supervisión más frecuente de estos pacientes. También se comentó que la ratio de personal podría ser insuficiente en determinados turnos para proporcionar una vigilancia adecuada.</li> <li>- En los casos nº 1 y 2 según los profesionales pudo producirse un ajuste ineficaz del cinturón abdominal.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	Se observa que los casos analizados presentan patrones comunes y que una probable combinación de factores de riesgo sea lo que incremente la posibilidad de que ocurra un accidente.

<b>34. Death after an accidental fall of a 101 year old hospitalized patient. Medico-legal implication of falling in geriatrics.</b>	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Claudio Terranova, Fabrizio Cardin. Bruno Martella, Bruno Amato y Carmelo Militelo. 2012. BMC Surgery.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Caso clínico.
<b>Población</b>	Mujer caucásica de 101 años sometida a restricción física.
<b>Métodos</b>	<p>El caso se estudió con un enfoque metodológico basado en los siguientes pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analizar los datos de los registros clínicos.</li> <li>- Examinar los datos de la autopsia.</li> <li>- Evaluar el comportamiento de los médicos con respecto a los hallazgos necroscópicos.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Examinar las circunstancias en las que se produjo la muerte de una mujer anciana sometida a restricción física.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La causa de muerte se relacionó directamente con la caída, que desencadenó una evolución fisiopatológica letal en el estado de salud de la paciente.</li> <li>- La conducta de los médicos se consideró correcta.</li> <li>- La paciente presentaba diversos factores de riesgo para la caída.</li> <li>- El uso de las barandillas de la cama se consideró una medida necesaria para limitar la capacidad de movimiento de la paciente y así evitar una posible caída.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	La elección del uso de la restricción física se consideró una elección forzada debido al alto riesgo de caídas. Se debe realizar una supervisión continua en pacientes con restricción física y el uso de la misma debe evitarse cuando no sea necesario, utilizándose solo si no hay alternativas prácticas.

<b>35. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literatura review.</b>	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Hedi Hofmann y Sabine Hohn. 2014. Journal of Clinical Nursing.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Revisión bibliográfica. CASPe: 8/10.
<b>Población</b>	Residentes de hogares de ancianos.
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se llevaron a cabo búsquedas en diferentes bases de datos.</li> <li>- Se incluyeron artículos en inglés y alemán, publicados entre enero de 2005 y noviembre de 2011 con un diseño cualitativo y cuantitativo.</li> <li>- Se excluyeron los artículos centrados en salas psiquiátricas, unidades de cuidados intensivos, tasas de caídas, programas de prevención de caídas, mejora de la calidad, programas de educación de enfermería, medicamentos, familiares de personas restringidas, las actitudes de las enfermeras y los estudios sobre la restricción física para pacientes con accidente cerebrovascular.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Analizar y resumir los factores asociados con las características de los residentes de hogares de ancianos que podrían conducir a la restricción física.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los residentes restringidos tenían bajas puntuaciones en las actividades de la vida diaria (AVD) y deterioro cognitivo grave.</li> <li>- Los residentes con un estado cognitivo bajo y discapacidades graves de movilidad tenían un alto riesgo de ser retenidos, así como también los residentes con caídas y / o fracturas previas.</li> <li>- La agitación física y verbal repetida se asoció positivamente con el uso de restricciones.</li> <li>- Las posibles consecuencias de la restricción física fueron las siguientes: menor rendimiento cognitivo y de AVD, mayor dependencia de la marcha, además de caídas, úlceras por presión, incontinencia urinaria y fecal.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	Las consecuencias de la restricción parecen influir negativamente en el bienestar físico y psicológico de los residentes.

<b>36. Intervenciones para la prevención y la reducción del uso de restricciones físicas en la atención geriátrica a largo plazo.</b>	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Ralph Möhler, Tanja Richter, Sascha Köpke , Gabriele Meyer. 2011. The cochrane database of systematic reviews.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Revisión bibliográfica. CASPe: 5/10.
<b>Población</b>	Personas mayores de cualquier sexo que requieren atención geriátrica a largo plazo independientemente de su estado cognitivo.
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se llevaron a cabo búsquedas en diferentes registros y bases de datos el 7 de septiembre de 2009.</li> <li>- Se incluyeron todos los ensayos controlados con asignación aleatoria individuales o por grupos.</li> <li>- Las intervenciones se clasificaron del siguiente modo: Intervenciones educativas, intervenciones organizativas, intervenciones que ofrecieron alternativas a las restricciones y otras intervenciones.</li> <li>- Se excluyeron las intervenciones de tratamiento farmacológico.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Evaluar la efectividad de las intervenciones para la prevención y la reducción del uso de restricciones físicas en los centros de atención geriátrica a largo plazo.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De los 4 estudios que investigaron los centros geriátricos, uno que presentaba calidad metodológica alta con respecto a los otros tres demostró un aumento del uso de restricciones físicas. Los otros tres estudios encontraron que sus intervenciones generaban una reducción de las mismas.</li> <li>- El quinto estudio investigó las unidades habitacionales grupales y reveló una proporción casi inalterada de restricciones físicas en el grupo de intervención comparado con un aumento significativo del grupo control.</li> <li>- No se incluyeron estudios que investigaran el ámbito comunitario.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	No hay pruebas suficientes que apoyen la efectividad de las intervenciones ya que la revisión está basada en un número limitado de estudios con varios defectos metodológicos.

<b>37. Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias.</b>	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	M.Ángeles Tortosa, Rafael Granell, Amadeo Fuenmayor y Mary Martínez. 2016. Revista de Geriátría y Gerontología.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Estudio cuasi-experimental. TREND: 11/22.
<b>Población</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo experimental: n= 37, esta cifra se redujo por fallecimiento a 22.</li> <li>- Grupo control: n= 24, esta cifra se redujo por fallecimiento a 15.</li> <li>- Total de población analizada n= 37.</li> </ul> Se estudiaron los individuos de dos residencias de ancianos que estaban sujetos en el momento de iniciar la intervención.
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tras formar al personal se procedió a la retirada de sujeciones en el grupo experimental: Centro el Puig.</li> <li>- Recogida de información en 7 momentos temporales desde mayo de 2010 hasta Mayo de 2012, en Valencia.</li> <li>- Se analizaron las siguientes variables: Caídas, Psicofármacos administrados y diversos indicadores del estado mental y funcional entre el grupo experimental y el grupo control.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Analizar los resultados de eliminar las sujeciones físicas en mayores con demencia que viven en residencias.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas repetidas ANOVA reveló mejoras significativas en el centro que ha eliminado las sujeciones respecto a la prescripción de psicofármacos (P=0.052), al deterioro cognitivo (P=0.013; 0.000) y a las alteraciones de la conducta (P= 0.041; 0.008).</li> <li>- Se observa una ligera mejoría en el número de caídas y sus consecuencias, aunque no son estadísticamente significativas.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	Este trabajo demuestra que tras el inicio de un programa de retirada de sujeciones se produce una sucesión de cambios complementarios, como la retirada de sujeciones farmacológicas o el cambio en las tareas más centradas en el cuidado. Esto significa que la renovación a efectuar en los centros es integral y afecta a todos los trabajadores y a los familiares.

<b>38. Effectiveness of a multifactorial intervention to reduce physical restraints in nursing home residents.</b>	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Petra Koczy, Clemens Becker, Kilian Rapp, Thomas Klie, Denis Beiche, Gisela Büchele, Andrea Kleiner, Virginia Guerra, Ulrich Rißmann, Susan Kurl, Doris Bredthauer. 2011. Journal of American Geriatrics Society.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados. CASPe: 7/11.
<b>Población</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n= 333 residentes que presentaban restricción física al comienzo de la intervención, distribuidos en 45 hogares de ancianos.</li> <li>- El grupo de intervención constaba de 208 participantes y el grupo control de 162.</li> </ul>
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El estudio se llevó a cabo en Alemania.</li> <li>- Se designó a una persona de cada uno de los hogares participantes para recibir un curso de capacitación de 6 horas.</li> <li>- Posteriormente las personas elegidas introdujeron e implementaron el contenido del curso en sus hogares de atención e instruyeron a los demás profesionales durante un período de tres meses.</li> <li>- El registro diario del uso de la restricción comenzó tres meses antes de la aleatorización para garantizar la calidad del proceso de documentación y continuó hasta después del final de la intervención.</li> <li>- La información se recogió en un calendario diario que se envió al equipo de investigación.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Evaluar la efectividad de una intervención multifactorial para reducir el uso de restricciones físicas en residentes de hogares de ancianos.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La probabilidad de estar libre de restricciones fue más del doble en el grupo intervención que en el grupo control.</li> <li>- También se logró una reducción parcial del uso de restricción dos veces más frecuente en el grupo intervención que en el grupo control.</li> <li>- No se observó ningún efecto negativo con respecto a la medicación o los síntomas del comportamiento.</li> <li>- El porcentaje de caídas fue mayor en el grupo intervención.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	La intervención redujo el uso de restricciones sin un aumento significativo en la caída, síntomas de comportamiento o medicamentos.

39. Special care units for dementia individuals with behavioural problems.	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Claudia KY Lai, Jonas HM Yeung, Vincent Mok, Iris Chi.2009.The cochrane database of systematic reviews.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Revisión bibliográfica. CASPe: 6/10.
<b>Población</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupo intervención: pacientes con demencia ingresados en unidades de atención especial (UAE).</li> <li>- Grupo control: Pacientes con demencia ingresados en unidades de atención tradicional.</li> </ul>
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se llevó a cabo una búsqueda en diferentes bases de datos, en 2007.</li> <li>- Se incluyeron todos los ensayos controlados no aleatorios (ECAs) en los que los resultados de las UAE se compararon con unidades de enfermería tradicionales.</li> <li>- La lectura se llevó a cabo por dos revisores. El consenso final se alcanzó con aportes de un tercer miembro del equipo cuando era necesario.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Evaluar el efecto de las unidades de atención especial (UAE) sobre los problemas conductuales, el estado de ánimo, el uso de restricciones físicas y medicamentos psicotrópicos en los pacientes con demencia.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El uso de restricciones físicas fue menos común en las UAE a los 6 y 12 meses (OR: 0.46 y 0.49 respectivamente) que en el centro geriátrico tradicional.</li> <li>- En un estudio se observó una pequeña mejoría en las puntuaciones totales del inventario neuropsiquiátrico a favor de la UAE a los 6, 12 y 18 meses.</li> <li>- Los pacientes en las UAE estaban menos deprimidos a los tres meses, que los pacientes en el centro geriátrico tradicional. (DMP -6.30).</li> <li>- Se observó un efecto pequeño pero significativo a favor de la atención en centros geriátricos tradicionales, a los seis meses, en el número medio de medicamentos psicotrópicos utilizados. (DMP 0.20).</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	Existen pruebas limitadas para apoyar la presuposición de que la atención de las personas con demencia en unidades de atención especial es superior a la atención en unidades de enfermería tradicionales. Probablemente es más importante implementar la mejor práctica que proporcionar un ambiente de atención especializado.

40. Reducing physical restraints in nursing homes: A report from Maria Wolff and Sanitas.	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Rubén Muñiz, Sergio Gómez, David Curto, Raúl Hernández, Beatriz Marco, Pilar García, José F. Tomás, Javier Olazarán. 2016. Journal of The American Medical Directors Association.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Estudio observacional analítico de cohortes. CASPe: 7/11.
<b>Población</b>	n= 7657 pacientes distribuidos en 41 residencias de ancianos cuya edad media era de 83.4 años. Los datos se recogieron en dos cortes: septiembre de 2011, n= 4361 y septiembre de 2014, n= 5051. El número de pacientes nuevos en el segundo cohorte fue n= 3296.
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los datos se recogieron en dos cortes: septiembre de 2011 y septiembre de 2014.</li> <li>- La recogida de datos se llevó a cabo por los médicos y enfermeras a cargo de los pacientes a través de la base de datos de la empresa ResiPlus.</li> <li>- La intervención combinaba formación, respuesta a consultas y consultorías a varios niveles de la organización. Esta formación se aportó a los distintos profesionales y fue secuenciada en 7 módulos de 4h de duración aproximadamente que se impartían a uno o varios grupos de hasta 25 empleados.</li> <li>- La mayoría de los centros añadieron un coordinador especializado en reducir sujeciones.</li> <li>- Dos organizaciones externas auditaron cada residencia después de eliminar las sujeciones.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Evaluar la eficacia de un programa modular para dar cuidados libres de sujeciones y atención centrada en la persona.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La frecuencia de personas con al menos una sujeción se redujo del 18.1% al 1.6%.</li> <li>- El uso de benzodiacepinas también se redujo, sin cambios significativos en otros psicotrópicos o mortalidad.</li> <li>- La tasa total de caídas se incrementó del 13.1% al 16.1%, sin incrementos significativos de caídas con lesión.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	Los resultados demuestran que el uso de sujeciones físicas puede ser eliminado casi por completo en combinación con una reducción de fármacos psicotrópicos. No obstante se observó un incremento significativo de caídas. Investigaciones futuras deberían dilucidar modos para evitar caídas con lesión en residencias libres de sujeciones, especialmente para personas con demencia severa.

<b>41. Effects of a restraint minimization program of staff knowledge, attitudes and practice: A cluster randomized trial.</b>	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Tony J.-E. Pellfolk, Gösta Bucht, Stig Karlsson. 2010. Journal of The American Geriatrics Society.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados. CASPe:8/11
<b>Población</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al inicio del estudio, n= 184 empleados y 191 residentes en el grupo de intervención y n= 162 miembros del personal y 162 residentes en el grupo de control.</li> <li>- En el seguimiento de 6 meses, n= 156 empleados y 185 residentes (36 recién ingresados) en el grupo de intervención y n= 133 empleados y 165 residentes (26 recién ingresados) en el grupo de control.</li> </ul>
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La intervención consistió en un programa de educación para el personal de enfermería que se llevó a cabo en Suecia a lo largo de 6 meses.</li> <li>- El programa de educación comprendió seis temas diferentes y se basó en conferencias de 30 minutos grabadas en video, tres de las cuales también incluyeron una viñeta clínica presentada por escrito, que podría usarse para discusiones grupales.</li> </ul> <p>Los datos se obtuvieron a partir de una serie de cuestionarios y escalas.</p>
<b>Intervención</b>	Evaluar los efectos de un programa educativo para la minimización del uso de las restricciones físicas.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En el grupo de intervención, el conocimiento del personal y las actitudes hacia el uso de la restricción cambiaron y el uso general de las restricciones físicas disminuyó.</li> <li>- Una comparación que incluyó solo residentes presentes durante todo el período de estudio mostró que el nivel de uso fue similar entre los grupos al inicio, mientras que fue significativamente menor en el grupo de intervención que en el grupo de seguimiento.</li> <li>- Los análisis ajustados mostraron que las probabilidades de ser restringido en el seguimiento fueron menores en el grupo de intervención que en el grupo de control. No hubo un cambio significativo en el número de caídas o el uso de medicamentos psicoactivos.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	Los resultados indican que la educación del personal puede aumentar el conocimiento, cambiar las actitudes y reducir el uso de restricciones físicas sin ningún cambio en la incidencia de caídas o el uso de drogas psicoactivas.

<b>42. Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares.</b>	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Emilio Fariña-López, Gabriel J. Estévez- Guerra, Eduardo Núñez González, María Montilla Fernández y Elena Santana Santana. 2008. Revista Española de Geriatria y Gerontología.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Estudio observacional descriptivo transversal. STROBE: 17/22.
<b>Población</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicialmente: n= 50 familiares respondieron a la encuesta.</li> <li>- Se descartan 7 por desconocer los métodos de restricción física.</li> <li>- Finalmente: n= 43 familiares estudiados, con una media de edad de 50.9 años.</li> </ul>
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los datos se recogieron entre febrero y marzo de 2007, en la isla de Lanzarote, España.</li> <li>- Se incluyeron familiares con experiencia en el cuidado en el domicilio, durante un periodo de al menos 6 meses, de personas mayores con deterioro físico o mental y un grado de dependencia medio o avanzado.</li> <li>- La selección se llevó a cabo mediante muestreo consecutivo, los participantes fueron captados tanto en reuniones de una asociación de familiares de Alzheimer, como en una unidad geriátrica de agudos.</li> <li>- La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario de elaboración propia.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Valorar la actitud de los familiares, que cuidan a personas mayores dependientes en el domicilio, ante las restricciones físicas.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mayoría de los familiares consideró este recurso como adecuado.</li> <li>- Un 90.7% estaba dispuesto a utilizarlo en un familiar suyo.</li> <li>- Un 41.9% opinó que no pueden evitarse las restricciones y desconocían otras alternativas que pudieran usarse.</li> <li>- Un 23.3% no era consciente de que la restricción puede ocasionar algún problema físico o psicológico.</li> <li>- Ninguno estimó de forma concluyente que este procedimiento fuese una forma de maltrato.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	Las familias mantenían una actitud positiva ante la restricción y consideraban apropiado su uso. Ello podría relacionarse con un limitado conocimiento de las alternativas que se pueden emplear y las complicaciones que originan.

<b>18. Actitudes, conocimientos y prácticas de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores.</b>	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Emilio Fariña-López, Gabriel J. Estévez- Guerra, Eduardo Núñez González, Domingo de Guzmán Pérez Hernández y Manuel Gandoy Crego. 2013. Revista Española de Geriátria y Gerontología.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Estudio observacional descriptivo transversal. STROBE: 13/22.
<b>Población</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicialmente: n= 688 profesionales: 124 diplomados en enfermería y 564 auxiliares de enfermería de 8 residencias geriátricas públicas.</li> <li>- Finalmente tras eliminar aquellos que no respondieron a los cuestionarios, sus respuestas fueron incompletas o por no cumplir con los criterios de inclusión se analizaron n= 378(94 enfermeras y 284 auxiliares).</li> </ul>
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recogen datos entre enero y marzo de 2011 en las Islas Canarias, España.</li> <li>- Se incluyeron enfermeros/as o auxiliares de enfermería que estaban trabajando en el periodo de recogida de datos.</li> <li>- Para la recogida de datos se utilizaron 3 cuestionarios con preguntas sobre las actitudes, los conocimientos y la práctica profesional relacionada con la restricción física.</li> <li>- Posteriormente se codificaron los cuestionarios y se generó la base de datos en el programa informático SPSS-v18.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Explorar las actitudes, los conocimientos y la práctica relacionada con el uso de restricciones físicas en profesionales de enfermería que trabajan con ancianos.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los profesionales tenían una actitud ligeramente en contra de las restricciones. Existen diferencias en cuanto a las actitudes, conocimientos y práctica entre los dos grupos profesionales.</li> <li>- 98.7% las había aplicado en alguna ocasión.</li> <li>- 69.1% ignoraba que las restricciones físicas pudiesen causar la muerte. Un 32% cree que existen alternativas.</li> <li>- 69.8% afirman que su formación sobre el tema es escasa.</li> <li>- 61.9% están muy de acuerdo en que los pacientes con demencia deben estar sometidos a restricción si al agitarse son propensos a caerse.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	Las opiniones de los profesionales respecto a las sujeciones son ambiguas puesto que aun manteniendo una postura ligeramente en contra de ellas, estaban dispuestos a utilizarlas para proteger al paciente. Se observan conocimientos erróneos con respecto a este tema, lo que genera en muchas ocasiones una utilización excesiva e incorrecta. Cuanto peores son los conocimientos, más favorable es la actitud hacia las sujeciones y más inadecuada es dicha práctica.

<b>43. Knowledge, perceptions and experiences of family caregivers and home care providers of physical restraint use with home-dwelling elders: A cross-sectional study in Japan.</b>	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Sadami Kurata, Toshiyuki Ojima. 2014. BMC Geriatrics.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Estudio observacional descriptivo transversal. STROBE: 13/22
<b>Población</b>	n= 494 Cuidadores familiares, n=201 ayudantes domiciliarios, n=78 Enfermeras visitantes, n=131 Médicos visitantes, n= 158 Administradores de ancianos frágiles que necesitan cuidados y asistencia médica en Japón.
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recogieron datos entre septiembre de 2007 y marzo de 2009 en dos ciudades diferentes de Japón.</li> <li>- Los datos trataban sobre conocimientos de restricciones físicas prohibidas y sus efectos nocivos, razones percibidas para requerir restricciones físicas, experiencias y clases de educación sobre restricciones físicas.</li> <li>- La información se obtuvo a partir de cuestionarios distribuidos mediante visitas por parte de un investigador y por correo a las oficinas de atención domiciliaria, estaciones de ayuda domiciliaria, estaciones de enfermería visitantes y clínicas médicas.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Evaluar los conocimientos, percepciones y experiencias de cuidadores familiares y proveedores de atención domiciliaria sobre la restricción física que se usa con los ancianos que viven en el hogar en Japón.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existieron diferencias significativas entre los cuidadores familiares y los proveedores de atención domiciliaria (<math>P &lt; 0.001</math>) y entre los cuatro subgrupos de proveedores de atención domiciliaria (<math>P &lt; .001</math>).</li> <li>- En cuanto a los conocimientos sobre restricciones físicas prohibidas y sus efectos nocivos, fue significativamente menor entre los cuidadores familiares y mayor entre los administradores de atención.</li> <li>- En cuanto a su utilización el 20.1% de cuidadores familiares dudaron sobre su uso, el 40.5% de proveedores de atención domiciliaria habían usado restricciones físicas en hogares de ancianos y el 16.7% habían recomendado su uso o directamente las utilizaron.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	Los proveedores de atención domiciliaria deben adquirir conocimientos y percepciones estandarizados y apropiados de las restricciones físicas para ayudar a los cuidadores familiares a minimizar el uso de restricciones físicas innecesarias y abusivas con los ancianos que viven en el hogar.

<b>44. Diseño y validación de una escala de actitudes de los profesionales asistenciales hacia la liberación del uso de sujeciones en personas dependientes.</b>	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	M. Villaceros, L. Steegman, M.L Mejías, J.C. Bermejo. 2013. Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Estudio observacional descriptivo transversal. STROBE:11/22
<b>Población</b>	n= 276 asistentes a las jornadas de Alzheimer del 2013 que respondieron correctamente al cuestionario administrado. Presentaban una media de edad de 38.65 años.
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tras revisión bibliográfica se redactaron los ítems de un cuestionario contando con la colaboración de dos enfermeras de un centro sociosanitario.</li> <li>- Después de generar un retrato robot sobre la persona tipo a favor y en contra del uso de las sujeciones, se redactaron distintos ítems que hacían referencia a las posibles conductas y emociones de ambos tipos. Los distintos ítems se sometieron a análisis de validez de: Contenido mediante jueces, criterio mediante contraste con variable externa y fiabilidad mediante coeficiente alfa de Cronbach.</li> <li>- Los distintos ítems se agruparon en 5 factores para su análisis: Factor 1 de autonomía, Factor 2 de seguridad, Factor 3 de entorno, factor 4 de evitación y factor 5 que no llegó a interpretarse.</li> <li>- El cuestionario se repartió a todos los asistentes a las jornadas de Alzheimer del 2013.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Diseño y validación de una escala de medida de la actitud del profesional asistencial sociosanitario hacia el uso de las sujeciones, sean físicas o farmacológicas.
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La escala con 40 ítems ofreció un coeficiente alfa de Cronbach de 0.90.</li> <li>- El personal con experiencia en el cuidado de personas con Alzheimer puntuó significativamente más bajo el Factor 1(En contra de las sujeciones) y Factor 3(En contra de las sujeciones) y más alto el factor 2(A favor de las sujeciones) que el personal sin experiencia, pero sin diferencias en el cómputo global.</li> <li>- Las mujeres puntuaron significativamente más alto el Factor 1 que los hombres.</li> <li>- 90 personas del total de la muestra trabajaban en planta. Entre ellas 30 estaban en contra de las sujeciones, 12 a favor y 48 creían que en su planta se utiliza un número adecuado de sujeciones.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	Esta escala constituye un paso significativo en el estudio de las actitudes de los profesionales sanitarios hacia el uso de sujeciones.

<b>45. Antipsychotic use for behaviours by persons with dementia in residential aged care: the relatives' perspectives.</b>	
<b>Autor/ Año/Fuente</b>	Anita De Bellis, Sandra L Bradley, Lily Dongxia Xiao, Ingrid Belan, Tim Wallace. 2017. Australian Journal of Advanced Nursing.
<b>Tipo de estudio/ Lectura crítica</b>	Estudio cualitativo. CASPe:7/10
<b>Población</b>	n= 6 familiares de pacientes con demencia.
<b>Métodos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realizaron entrevistas semiestructuradas, para ello se quedaba con los participantes en una ubicación mutuamente acordada o se realizaba por teléfono con una duración entre 30 minutos y dos horas.</li> <li>- Las entrevistas semiestructuradas usaron preguntas abiertas acerca de la demencia, los comportamientos, los medicamentos antipsicóticos y la atención centrada en la persona.</li> <li>- Las entrevistas fueron transcritas y posteriormente analizadas utilizando la metodología descriptiva de Thorne.</li> </ul>
<b>Intervención</b>	Explorar la experiencia, el conocimiento y las percepciones de los familiares sobre los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia y la asociación con el uso de antipsicóticos.
<b>Resultados</b>	Se identificaron tres temas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de educación e información a los familiares, resultándoles difícil diferenciar los comportamientos influenciados por la enfermedad y los influenciados por la medicación antipsicótica.</li> <li>- Necesidad de incluir a los familiares en la toma de decisiones ya que los comportamientos desafiantes de la demencia podrían prevenirse con un enfoque más centrado en la persona.</li> <li>- Actitud negativa de los familiares hacia la utilización de medicación antipsicótica para controlar el comportamiento de los pacientes por la falta de personal y de tiempo.</li> </ul>
<b>Conclusión</b>	La inclusión de los familiares en la toma de decisiones y la colaboración de las enfermeras para proporcionar una atención centrada en la persona podría ayudar a disminuir el uso de antipsicóticos.