

Modelo de cuidados sin sujeciones en residencias de ancianos.

Revisión narrativa

Care model without physical restraints in nursing homes. Narrative review

María Inmaculada Rodríguez Sánchez^{1,*}

María Paz Rodríguez Cabello¹

María Luisa Martínez Martín²

1. Graduada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

2. Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: inma.rdguez@gmail.com (María Inmaculada Rodríguez Sánchez).

Recibido el 20 de noviembre de 2019; aceptado el 17 de enero de 2020.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la evidencia científica en torno a la efectividad del modelo de cuidados sin sujeciones dirigido a las personas mayores que viven en residencias. **Método:** revisión narrativa a través de la búsqueda bibliográfica en bases de datos de ciencias de la salud: PubMed, Cuiden, la Biblioteca Cochrane Plus y Cochrane Library, CINAHL, la Biblioteca Virtual en Salud y en el buscador temático Dialnet. **Resultados:** Se seleccionaron 20 artículos que generaron cuatro categorías de análisis: justificación del modelo sin sujeciones físicas, percepción de los profesionales sobre el modelo de cuidados sin sujeciones físicas, influencia de los programas educativos dirigidos a profesionales para facilitar la reducción de sujeciones y valoración de los beneficios de un programa de eliminación de sujeciones físicas. **Conclusiones:** Las sujeciones físicas tienen importantes consecuencias negativas tanto físicas como psíquicas, repercutiendo en el bienestar, la autonomía y la calidad de vida de las personas mayores. Su uso se puede reducir o incluso eliminar con razonables niveles de seguridad en los centros residenciales, ya que su empleo no tiene cabida en la sociedad del siglo XXI.

PALABRAS CLAVE: Restricción física, residencia de ancianos, seguridad, calidad de vida, cuidado de enfermería, derechos humanos.

ABSTRACT

Objective: To analyse the scientific evidence regarding the effectiveness of a physical restraints free care model on institutionalized elderly. **Method:** this narrative review has been carried out in 6 databases related to health sciences (PubMed, Cuiden, the Cochrane Plus Library and the Cochrane Library, CINAHL, Biblioteca Virtual en Salud and Dialnet). **Results:** 20 studies were selected and 4 categories were established: justification of the physical restraints free care model, professional's perception about the physical restraints free care model, educational intervention programs to professionals to reduce restraints, assessment of benefits of a physical restraints reduction program. **Conclusions:** physical restraints have important adverse effects on physical and mental health. They also have implications on welfare, autonomy and quality of life of residents. Its use can be reduced or even eliminated with reasonable levels of safety; therefore, the use of physical restraints is not acceptable nowadays in our society.

KEYWORDS: Physical restraints, nursing homes, safety, quality of life, nursing care, human rights.

■ INTRODUCCIÓN

Vivimos en una sociedad cada vez más envejecida y, aunque hoy en día un buen número de personas mayores gozan de buena salud, la edad avanzada y la pérdida de autonomía están estrechamente relacionadas, por lo que la institucionalización es una opción que cada vez más familias adoptan para su cuidado. El perfil actual de gran parte de las personas mayores que viven en centros residenciales se caracteriza por un elevado nivel de dependencia, que requiere de cuidados de larga duración relacionados principalmente con las necesidades básicas, siendo frecuentes las situaciones de riesgo de caídas y las conductas asociadas al deterioro cognitivo¹. Todo ello ha dado lugar a que en el modelo tradicional de atención geriátrica el uso de sujeciones físicas sea una práctica habitual, a pesar de las consecuencias negativas que tienen para la salud y la dignidad de las personas mayores^{2,3}.

Las sujeciones mecánicas o físicas son “cualquier dispositivo, material o equipo aplicado a una persona, unido a ella o cerca de su cuerpo, que no

puede ser controlado o retirado con facilidad por ella misma y que deliberadamente evita o intenta evitar su libertad de movimiento y/o el natural acceso a su cuerpo”⁴. En España, en la actualidad no se dispone de un marco legislativo específico que regule la utilización de sujeciones, lo que ha llevado a tener como referencia normas de nivel tanto internacional como nacional que hacen alusión genérica a su uso o a los derechos fundamentales que se ven comprometidos^{5,6}. Como consecuencia, todavía en las últimas décadas del siglo pasado, el uso de sujeciones en el entorno de la atención geriátrica estaba sujeto a la buena praxis del profesional. Se utilizaban materiales no homologados y era una práctica habitual no hacer partícipes a los familiares en la toma de decisiones sobre su empleo. La principal justificación para el uso de contenciones era la protección del usuario frente a caídas y accidentes, así como evitar posibles denuncias asociadas.

Con la llegada del nuevo siglo, la preocupación por un uso racional de las sujeciones se hace más patente, tanto por los residentes y familiares como por los ciudadanos en general y los profesionales en particular. Son desta-

cables las iniciativas de las administraciones públicas autonómicas para una regulación específica sobre las indicaciones y límites de uso de estas medidas restrictivas^{7,8}. Asimismo, el posicionamiento de distintas entidades, asociaciones y grupos profesionales, que han elaborado documentos técnicos o guías de buenas prácticas^{2,4,9,10}, coincide en señalar que el uso de sujeciones atenta contra los derechos fundamentales, ya que privan a la persona mayor de libertad, dignidad y autoestima, y se aconseja el consentimiento informado cuando vayan a ser utilizadas más allá de un episodio agudo.

En este escenario, han surgido también movimientos que apuestan por el abandono de las sujeciones y que reclaman alternativas al modelo tradicional de atención geriátrica. Son ya distintos colectivos los que apuestan por su implantación y varios centros residenciales los que ya han puesto en marcha esta experiencia^{3,4}. Sus propuestas de cuidado, que han generado una gran controversia entre los profesionales, van desde sujetar, pasando por sujetar lo menos posible, hasta no sujetar. Sin embargo, en la actualidad sigue sin ser un modelo consolidado ni tampoco se cuenta con suficiente evidencia que permita apostar por el mismo. Parece, por tanto, oportuno plantear como objetivo de este trabajo analizar la evidencia científica en torno a la efectividad del modelo de cuidado sin sujeciones en las residencias de ancianos.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión narrativa a partir de una búsqueda bibliográfica en bases de datos de ciencias de la salud: PubMed, Cuiden, la Biblioteca Cochrane Plus y Cochrane Library, CINAHL, la Biblioteca Virtual en Salud y en el buscador temático Dialnet. La búsqueda se rea-

lizó con lenguaje controlado de los tesauros Medical Subject Headlines (MeSH): “Restraint, physical”, “Nursing homes”, “Safety”, “Quality of life”, “Nursing care”, “Aged”, “Aged, 80 and over” y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): “Restricción física”, “Residencia de ancianos”, “Seguridad”, “Calidad de vida”, “Cuidado de enfermería”, “Efectividad”, “Anciano” “Anciano de 80 años y más”.

Para definir la relación entre los términos se utilizaron los operadores booleanos AND y OR y como límites: año de publicación (últimos 10 años), idioma (inglés y español) y edad (65 años o más y 80 años o más).

Posteriormente, se procedió a la lectura de los resúmenes de las publicaciones preseleccionadas por el título y se escogieron las que trataban el uso de sujeciones, aunque no exclusivamente físicas, y cuyo sujeto receptor estuviera viviendo en residencias de ancianos. Se excluyeron las que no tenían resumen, estaban duplicadas, se centraban en sujeciones químicas o siendo relativas a sujeciones físicas estaban dirigidas a ancianos hospitalizados, y las investigaciones en fase de proyecto (fig. 1).

RESULTADOS

El análisis documental se realizó a partir de 20 artículos (tabla 1), principalmente ensayos controlados aleatorizados y estudios descriptivos, que generaron cuatro categorías relacionadas con el objetivo de este trabajo.

Justificación del modelo de cuidados sin sujeciones físicas

La puesta en marcha de los modelos de cuidados sin sujeciones en residencias de ancianos plantea como premisa que la efectividad de las

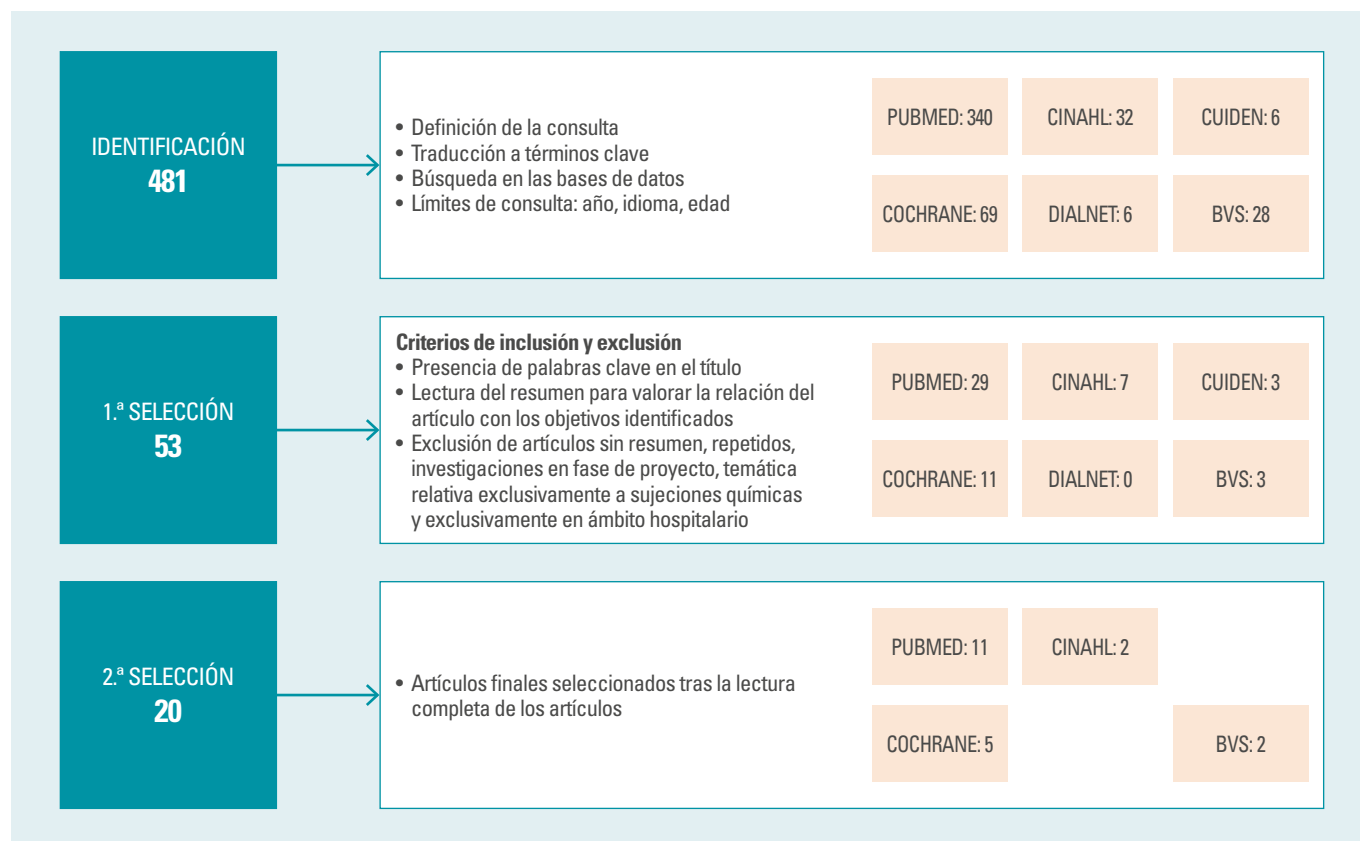


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de la información.

Tabla 1. Características de los estudios seleccionados para el análisis

Autor/es País/año	Diseño de la muestra	Variables estudiadas	Resumen
Freeman S, et al. Canadá; 2017	Descriptivo longitudinal N=111 052	Uso de sujeciones y deterioro cognitivo	El estado cognitivo constituye un indicador de calidad de vida de las personas que viven en residencias. Las sujeciones físicas predisponen al deterioro cognitivo. En su lugar, las residencias deberían fomentar la participación de los residentes en actividades y programas sociales
Muñiz R, et al. España; 2016	Descriptivo longitudinal N=7657	Uso de sujeciones, caídas y prescripción de psicofármacos	Las restricciones físicas en los mayores se asocian a severos efectos adversos. La intervención supuso una reducción importante en el uso de sujeciones físicas y químicas, aunque se obtuvo un aumento del número de caídas
Tortosa MA, et al. España; 2016	Cuasi experimental N=61	Principales: caídas, psicofármacos, indicadores de estado mental y funcional	En el centro en el que se eliminan las sujeciones físicas se observa una ligera mejoría en el número de caídas y sus consecuencias mejoran levemente, mejoras significativas con respecto a psicofármacos, deterioro cognitivo y alteraciones de conducta
Te Boekhorst S, et al. Holanda; 2013	Descriptivo longitudinal N=221	Calidad de vida	La calidad de vida de los residentes con demencia muy dependientes no parece depender de si se usa tecnología de vigilancia o sujeciones físicas. Aunque es cierto que esta alternativa puede dar más libertad de movimiento, no supone automáticamente una mejor calidad de vida
Zwijssen SA, et al. Holanda; 2012	Estudio cualitativo	—	Los cuidadores de personas con alguna demencia que viven en residencias consideran la tecnología de vigilancia complementaria a las sujeciones físicas más que una alternativa. La mejora de los aparatos y de la formación del personal podría convertir esta tecnología en una buena alternativa a las restricciones
Köpke S, et al. Alemania; 2012	Ensayo controlado aleatorio N=4449 personas de 36 residencias	Principal: uso de sujeciones a los 6 meses Secundarias: uso de sujeciones a los 3 meses, caídas, lesiones asociadas y psicofármacos	El objetivo del estudio es reducir la prevalencia de sujeciones físicas en residencias de ancianos mediante una intervención formativa multicomponente. Se parte de un 30,6% de residentes con sujeciones en el GC y un 31,5% en el GI. A los 6 meses, la prevalencia era de un 29,1% y 22,6%, respectivamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas en las caídas, lesiones asociadas y psicofármacos
Koczy P, et al. Alemania; 2011	Ensayo controlado aleatorio N=333 personas de 45 residencias	Principal: cese de sujeciones físicas durante 3 días a los 3 meses Secundarias: reducción parcial de sujeciones, caídas, psicofármacos y prevalencia de conductas alteradas	El objetivo del estudio es evaluar la efectividad de una intervención multicomponente para reducir el uso de restricciones físicas en residencias de ancianos. La intervención redujo el uso de sujeciones sin incremento significativo de las caídas, psicofármacos o aparición de conductas alteradas
Pellfolk TJ, et al. Suecia; 2010	Ensayo controlado aleatorio N=350 personas de 40 residencias	Principales: nivel de conocimientos, actitudes del personal y uso de sujeciones físicas antes y después del programa	La intervención consistió en un programa educativo de 6 meses de duración. En el grupo de intervención, los conocimientos y actitudes hacia las sujeciones cambiaron tras la intervención y el uso de sujeciones se redujo. No se produjeron cambios importantes en el número de caídas o el uso de psicofármacos
Testad I, et al. Noruega; 2010	Ensayo controlado aleatorio N=211 personas de 4 residencias	Principales: nivel de agitación y uso de sujeciones físicas	Pretende evaluar si una intervención de educación y supervisión podría reducir la agitación y el uso de sujeciones físicas en residencias. El programa formativo complementado con una guía continuada mensual mejoró la calidad del cuidado reduciendo las sujeciones y nivel de agitación
Kong EH, et al. Korea; 2017	Ensayo controlado aleatorio N=122 personas de 2 residencias	Principales: nivel de conocimientos, percepciones y actitudes del personal ante las sujeciones físicas	La falta de conocimiento constituye la principal barrera para la reducción del uso de restricciones en residencias. El programa multicomponente implementado en varias residencias coreanas mejoró los conocimientos, percepciones y actitudes del personal hacia las sujeciones en los mayores ingresados
Huizing AR, et al. Holanda; 2009	Ensayo controlado aleatorio N=105 personas de 14 residencias	Principales: uso de sujeciones físicas, intensidad de uso y tipos	La intervención formativa consistió en un programa educativo para enfermeras combinado con asesoramiento. No se obtuvieron diferencias significativas entre GI y GC en cuanto al uso de restricciones, su intensidad o tipos. Conclusión: la intervención no previene el uso de sujeciones físicas en personas que ingresan por primera vez en residencias psiquiátricas

Continúa

Tabla 1. Características de los estudios seleccionados para el análisis (cont.)

Autor/es País/año	Diseño de la muestra	Variables estudiadas	Resumen
Huizing AR, et al. Holanda; 2009	Ensayo controlado aleatorio N=241 personas de 14 residencias	Principales: uso de sujeciones físicas, intensidad de uso y tipos	Se pretende evaluar el efecto de una intervención educativa en el uso de sujeciones físicas sobre los residentes de residencias psicogeriatricas. La intervención consistió en un programa educativo al personal de enfermería junto con asesoramiento. Conclusión: La intervención no reduce el uso de sujeciones físicas, se necesita implementar nuevas medidas para reducir su uso
Testad I, et al. Noruega; 2015	Ensayo controlado aleatorio N=274 personas de 24 residencias	Principales: uso de sujeciones y frecuencia por residente Secundarias: nivel de agitación y uso de psicofármacos	La intervención educativa llevada a cabo redujo el uso de sujeciones en el GI y el GC. Ya desde el punto de partida llama la atención que el uso de restricciones era mucho menor que en anteriores estudios, lo que refleja un cambio en la práctica del cuidado los últimos 10 años. Esto señala el éxito conseguido con estrategias nacionales y programas de entrenamiento para mejorar el cuidado, legislación que regula el uso de restricciones y un mayor interés por el cuidado centrado en la persona
Gulpers MJ, et al. Holanda; 2012	Cuasi experimental N=104 personas de 13 residencias	Principales: uso del cinturón de sujeción Secundarias: uso de otros tipos de contenciones físicas, caídas, lesiones asociadas a ellas, uso de psicofármacos	Se pretende evaluar la efectividad de la intervención EXBELT para prevenir el uso de cinturones de sujeción en los residentes psicogeriatricos que ingresan en residencias de ancianos. En el GC, el 15% y el 20% usaban cinturón a los 4 y 8 meses, respectivamente. En el GI, las cifras eran de 3% y 0%, respectivamente, sin que ello produjera un aumento del uso de otro tipo de sujeciones, caídas, lesiones asociadas o psicofármacos
Gulpers MJ, et al. Holanda; 2011	Cuasi experimental N=405 personas de 13 residencias	Principales: uso del cinturón de sujeción Secundarias: uso de otros tipos de contenciones físicas, caídas, lesiones asociadas a ellas, uso de psicofármacos	Se pretende evaluar el efecto de un programa de intervención multicomponente para reducir el uso de cinturones de sujeción en residencias psicogeriatricas. Conclusión: la intervención supuso una reducción notable del uso de cinturón de sujeción sin que ello repercutiera en el uso de otros dispositivos de sujeción, medicación, caídas y lesiones asociadas a estas
Fariña-López E, et al. España; 2013	Descriptivo transversal correlacional	Dependiente: práctica profesional Independientes: actitudes y conocimientos sobre la restricción física	Se pretende explorar las actitudes, conocimientos y la práctica relacionada con el uso de restricciones físicas en profesionales de enfermería que trabajan con ancianos, así como la relación entre estas variables. Se concluye que la actitud del personal ante la restricción física es ambigua, y en sus conocimientos y práctica se han detectado creencias erróneas. Dada la influencia de los conocimientos sobre el resto de las variables es necesario mejorar la formación de los profesionales
Saarnio R, et al. Finlandia; 2010	Estudio cualitativo	—	El estudio consistió en entrevistas realizadas a enfermeras y supervisores para describir las percepciones de la plantilla sobre el uso de sujeciones físicas en el cuidado de los ancianos institucionalizados y se recogió la información en 9 categorías. El estudio reveló que las enfermeras limitan la movilidad no solo con los métodos tradicionales de sujeción, sino también con métodos indirectos y concluye que se necesitan guías oficiales sobre el uso de sujeciones físicas en el cuidado de los mayores y entrenamiento/formación
Fariña-López E, et al. España; 2014	Descriptivo transversal correlacional N=785	Percepción hacia el uso de las sujeciones, variables sociodemográficas, nivel de formación	Examinar la percepción de las enfermeras sobre el uso de sujeciones físicas en los residentes de residencias de ancianos españolas y evaluar la relación existente entre dichas percepciones con su nivel de formación/entrenamiento
Fariña-López E. España; 2011	Revisión sistemática	Daño que producen los dispositivos de restricción física, muerte súbita y estrés producido por la sujeción, lesiones producidas por caídas	La aplicación de restricciones físicas en ancianos frágiles podría tener importantes consecuencias negativas sobre su salud. Además de las complicaciones por la inmovilidad prolongada, su uso se relaciona con otros efectos adversos graves. La restricción física también estaría asociada a la muerte súbita de pacientes, debido al estrés que produce, y con lesiones por caídas
Fariña-López E, et al. España; 2009	Nota clínica	Muerte de tres ancianos con deterioro cognitivo a los que se aplicaba un cinturón abdominal en el momento de su fallecimiento	La restricción física suele aplicarse en ancianos con trastornos cognitivos bajo la convicción de que mejora su seguridad. Diversos estudios advierten del riesgo de que se produzca un grave percance cuando estas personas quedan atrapadas por el dispositivo. Se estudiaron las circunstancias en las que se produjo la muerte de 3 ancianos a los que se les aplicaba un cinturón

GC: grupo de control; GI: grupo de intervención.

sujeciones mecánicas es dudosa respecto al control de los problemas para los que dicen utilizarse. Tampoco se han hallado estudios que demuestren que su uso mejora la atención a la población anciana institucionalizada y se considera una práctica clínica de pobre calidad, ya que provoca numerosas complicaciones de diferente gravedad e incluso mortales^{11,12}. En ancianos frágiles podría tener importantes consecuencias negativas, algunas directas (asfixia, isquemia, compresión del plexo braquial, magulladuras o laceraciones) y otras indirectas (úlceras por presión, incontinencias urinaria y fecal e incremento de las tasas de mortalidad). Asimismo, suelen empeorar la confusión y agitación de los residentes, generándoles humillación, miedo, retraimiento y otros trastornos emocionales. El estrés que provocan es tal que, aparte de lesiones y caídas, incluso conllevan un riesgo de muerte súbita¹¹.

Existe también relación entre la aplicación de medidas de restricción física y el declive cognitivo. En este sentido, destaca el estudio de Fariña et al., que valora las circunstancias de la muerte de tres ancianos con deterioro cognitivo sometidos a restricción física. Los casos analizados presentaron patrones comunes en relación con la causa de los accidentes, siendo la opresión ejercida por el cinturón incorrectamente colocado en la zona abdominal o en el tórax, ocasionada por el intento de los ancianos de salir de la cama, la que dio lugar a que quedaran atrapados en una posición de riesgo de asfixia¹².

Percepción de los profesionales sobre el modelo de cuidados sin sujeciones físicas

Otro aspecto en el que centran la atención los trabajos analizados es el papel que puede tener la actitud de los profesionales para la puesta en marcha de un modelo de cuidados sin sujeciones en las residencias de personas mayores, ya que su percepción sobre los dispositivos de sujeción influye significativamente en su uso. En España se publicó un estudio en 2013 que exploraba las actitudes, los conocimientos y la práctica relacionada con el uso de las restricciones físicas en 378 enfermeras y auxiliares que trabajaban con ancianos. Los resultados señalaron que los profesionales tenían una actitud ligeramente en contra de las restricciones, aunque el 98,7% las había aplicado en alguna ocasión. Un 61,9% mostraba su acuerdo en utilizar restricción física en pacientes con demencia, pero el 32% creía que hay otras alternativas. El 69,1% ignoraba que las restricciones físicas pudiesen causar la muerte y el 69,8% afirmaba que su formación sobre el tema era escasa¹³. Sin embargo, en otro estudio posterior, también realizado en España por los mismos investigadores, se refleja una actitud positiva hacia el uso de las sujeciones para prevenir caídas y evitar la retirada de dispositivos terapéuticos, considerando inevitable su empleo en la práctica diaria. Los profesionales reconocieron tener escasa instrucción sobre el manejo de sujeciones, lo que podría favorecer esa percepción positiva hacia su uso¹⁴. Un estudio similar realizado en Finlandia señalaba que las enfermeras afirmaban que el uso de las sujeciones les producía sentimientos de culpa, pero que no tenían otra elección para garantizar la seguridad de los residentes. Esta investigación también destacó los factores que predisponen al uso de sujeciones (nivel funcional y conducta del residente, garantizar la seguridad, deseo de la familia, normativa de la organización, carga de trabajo del personal); las distintas formas de restringir la movilidad (desde métodos tradicionales hasta medidas indirectas como retirar el dispositivo que ayuda a la movilidad del residente y colocarlo lejos de su alcance); y las posibles alternativas al uso de sujeciones (pasar tiempo con el paciente, escucharlo, tocarlo, calmarlo, uso de un mobiliario y entorno seguros y adaptados, facilitar la interacción con otros residentes, etc.)¹⁵.

Influencia de los programas educativos dirigidos a profesionales para facilitar la reducción de sujeciones físicas

En esta categoría se incluyen investigaciones dirigidas a comprobar si la formación de los profesionales que participan en los cuidados a las personas mayores y la introducción de nuevas estrategias organizativas en los centros residenciales favorecen la eliminación de las sujeciones físicas¹⁶⁻²⁵. Los trabajos analizados apuntan a que en los últimos años han proliferado las iniciativas educativas encaminadas a prevenir, reducir o eliminar el uso de sujeciones, especialmente en las residencias de ancianos, para garantizar cuidados dignos, seguros y respetuosos, mejorando la calidad de vida de los residentes. Mayoritariamente son intervenciones formativas dirigidas a miembros del equipo residencial: formación específica a cuidadores, asesoramiento por enfermeras especializadas, planes de cuidados individualizados, cambios en la política asistencial de los centros o una combinación de varias, lo que se conoce como intervención multicomponente.

En este sentido, el trabajo de Kong et al.¹⁶ consistió en un programa multicomponente de reducción de sujeciones en dos residencias de ancianos, en el que participaron 122 enfermeras y auxiliares. El grupo de intervención (GI) recibió tres sesiones formativas presenciales y *online* y dos sesiones de consultas. Los resultados mostraron diferencias significativas en conocimientos, percepciones y actitudes respecto del grupo control (GC), especialmente a los 3 meses de la intervención. También la investigación de Koczy et al.¹⁷ en 45 residencias de Alemania consistió en un curso de formación a los denominados "agentes de cambio", acompañado de un entrenamiento en ayudas técnicas (protectores de cadera, sensores de temperatura o calcetines antideslizantes). Los resultados señalaron que la probabilidad de ser sometido a contención física se redujo más del doble en el GI, sin observarse efectos negativos relacionados con el uso de psicofármacos o la aparición de problemas conductuales. Aunque se observó que el número de caídas fue mayor en el GI, se relacionó con el aumento de actividad y con que los ancianos que han estado inmovilizados durante algún tiempo son más susceptibles a estas. Otro estudio similar, realizado por Pellfolk et al.¹⁸, obtuvo como resultado una modificación en conocimientos y actitudes del personal de enfermería y una disminución en el empleo de sujeciones, sin repercusión en el número de caídas o uso de psicofármacos. Asimismo, Testad et al.^{19,20} seleccionaron aleatoriamente cuatro residencias de Noruega para realizar una intervención educativa que fue eficaz para mejorar la calidad del cuidado, así como para reducir la frecuencia de uso de sujeciones y el nivel de agitación en los residentes¹⁹. En un estudio posterior, llevaron a cabo una intervención, denominada *Trust Before Restraint*, basada en el cuidado centrado en la persona y en la teoría del proceso de toma de decisiones, dirigida a todo el personal de las residencias, incluidos no cuidadores. Los resultados mostraron que el uso de sujeciones físicas se redujo significativamente como consecuencia de los programas de formación, así como por un cambio en la legislación que regulaba el uso de las sujeciones²⁰.

En distinta dirección apunta el trabajo de Köpke et al.²¹, que se propone reducir la prevalencia de sujeciones físicas mediante una intervención multicomponente, con una línea de actuación basada en la evidencia y en la teoría del comportamiento planificado, pero no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas respecto a caídas, lesiones asociadas y uso de psicofármacos.

Gulpers et al.²² llevaron a cabo también una intervención multicomponente en 13 residencias de Holanda que contemplaba la promoción de un cambio en la política institucional, formación al personal de la residencia, asesoramiento de una enfermera especialista y disponibili-

dad de medidas alternativas. Los resultados indicaron una reducción del 50% en el uso del cinturón de sujeción, sin que por ello aumentara el uso de otro tipo de sujeciones. No se obtuvieron diferencias importantes en el empleo de psicofármacos, caídas y lesiones asociadas. También son destacables los trabajos de Huizing et al.^{23,24}, realizados en Holanda, que combinaron un programa educativo con el asesoramiento de una enfermera especialista, pero, a diferencia de los anteriores, no obtuvieron una disminución de la prevalencia, intensidad y tipos de restricciones utilizadas. La investigación de Gulpers et al.²⁵, también realizada en Holanda, mostró, sin embargo, datos que certifican el éxito de una intervención educativa para prevenir el uso de sujeciones mecánicas en residentes que ingresan por primera vez, sin que ello repercuta en un aumento del uso de psicofármacos, caídas y lesiones asociadas.

Valoración de los beneficios de un programa de eliminación de sujeciones físicas

Gran parte de los trabajos analizados, favorables al uso del modelo de cuidados sin sujeciones, defienden que existen serias dudas en cuanto a la conveniencia de aplicación de medidas restrictivas, por sus implicaciones éticas y legales y por las repercusiones sobre la salud de los residentes. Como se ha mencionado, el uso de sujeciones físicas es un criterio de mala calidad en la atención geriátrica y así lo reconocen distintas investigaciones que coinciden en señalar que los residentes con algún tipo de demencia son más susceptibles de ser sometidos a contenciones físicas²⁶⁻²⁸. Otros estudios comunican que no existe evidencia de que el uso de sujeciones físicas sea una medida eficaz para reducir las caídas o las lesiones asociadas ni para controlar los problemas de conducta en aquellos residentes que presentan demencia²⁶. Sin embargo, sí se ha encontrado relación entre el uso de medidas restrictivas y el deterioro cognitivo. Por el contrario, la participación de los residentes en actividades sociales, la programación de tareas y la interacción con otros residentes se revelaron como factores protectores frente al desarrollo de deterioro cognitivo, además de mejorar su estado de ánimo y, en definitiva, su calidad de vida.

Respecto a los programas de eliminación de sujeciones, se han encontrado estudios que aseguran que pueden eliminarse con razonables niveles de seguridad para los mayores que viven en residencias, mejorando con ello su estado físico y cognitivo, su bienestar psicológico y su calidad de vida^{27,28}. A partir de la implantación de un programa multicomponente, en el que se contemplaba un módulo para la evitación y eliminación de las sujeciones y otro sobre prevención de caídas sin utilización de sujeciones, los resultados informaron de que la prevalencia del uso de sujeciones descendió del 18,1% al 1,6%. Las caídas se incrementaron del 13,1% al 16,1%, pero sin aumento de las consideradas peligrosas, siendo destacable que se produjeran en residentes que ingresaban en un ambiente libre de sujeciones y no en residentes en los que se habían eliminado, por lo que este modelo de cuidados sin sujeciones parece ser seguro a pesar del incremento de las caídas²⁷.

Otro estudio, realizado en España, tenía como motivación principal obtener evidencia acerca de la no existencia de efectos negativos asociados a un programa de eliminación de sujeciones. La investigación se llevó a cabo en dos residencias, con un seguimiento longitudinal durante 2 años, obteniéndose a lo largo de este período siete valoraciones cuatrimestrales efectuadas por equipos multidisciplinares. Se realizó una intervención formativa al personal de la institución con posterior retirada progresiva de las sujeciones físicas en una residencia, mientras que en otra se mantuvieron. En el centro en el que se eliminaron las sujeciones se observó una disminución en el número de caídas; además, sus consecuencias no fueron tan graves, aunque no se encontraron diferencias

estadísticamente significativas entre los dos centros. La retirada de sujeciones produjo mejoras importantes respecto a la prescripción de psicofármacos. En cuanto al deterioro cognitivo, las alteraciones de conducta y el estado de ánimo empeoraron en el centro con sujeciones mientras que mejoraron de manera notable en el centro sin sujeciones²⁸.

Algunas investigaciones proclives al modelo residencial de cuidados sin sujeciones han trabajado en la búsqueda de alternativas, centrándose en la utilización de tecnología de vigilancia como posible método para garantizar la seguridad de los residentes^{29,30}. Estos trabajos plantean que existe una amplia variedad de dispositivos que se podrían utilizar con tal fin en las residencias, como sensores colocados en diferentes estancias que registran ruidos, movimientos o ausencia de estos, cámaras de vigilancia, *chips* en la ropa o calzado que permitan acceder a ciertas zonas y no a otras, etc. Estos dispositivos no restringen la libertad de movimientos de los residentes y permiten alertar al personal cuidador si se produce alguna situación que pueda ser peligrosa para la seguridad de la persona mayor.

■ CONCLUSIONES

El uso de sujeciones en la atención geriátrica residencial sigue siendo una práctica habitual que se justifica, entre otros motivos, por falta de formación del personal, plantillas de trabajadores reducidas, que no permiten una supervisión frecuente, y ausencia de protocolos. Sin embargo, los distintos actores implicados son conscientes de las consecuencias negativas de la restricción física, por lo que no parece que este modelo de cuidados pueda tener cabida en la sociedad actual.

Las razones para implantar un modelo de cuidados sin sujeciones se centran en destacar que no se ha encontrado evidencia de la efectividad de emplear las sujeciones mecánicas para el control de los problemas para los que dicen utilizarse, sino que más bien su empleo suele aumentar la confusión y agitación de las personas mayores al tiempo que les genera humillación, miedo, retraimiento y otros trastornos emocionales.

La percepción de los profesionales tiene mucho que ver con el éxito de un modelo de cuidados sin sujeciones, ya que es conocida su influencia en el proceso de toma de decisiones sobre el uso de restricciones físicas. Sin embargo, la literatura especializada señala que, a pesar de los avances que se han producido en términos de formación y cambio de valores de los profesionales, existe todavía cierta actitud positiva hacia el uso de medidas de contención física en el ámbito geriátrico sobre la base de la seguridad del residente, a pesar de que la evidencia disponible constata que no conducen a la reducción del número de caídas o lesiones asociadas a ellas.

Por otra parte, se dispone de evidencia de que las sujeciones físicas pueden eliminarse o al menos reducirse con razonables niveles de seguridad, ya que no parecen repercutir negativamente en las caídas, principal argumento para su utilización, mientras que tienen efectos positivos en el bienestar, autonomía y calidad de vida de los residentes. No obstante, es necesario trabajar también en la búsqueda de alternativas que, con el actual soporte tecnológico, garanticen la seguridad y el bienestar de los residentes.

En la elaboración de este trabajo se han encontrado limitaciones relacionadas con los resultados de la búsqueda bibliográfica, ya que el número de documentos recuperados que dan respuesta al objetivo principal no ha sido amplio, a pesar de haber fijado como límite temporal los 10 últimos años, lo que indica la necesidad de una mayor investigación en este tema. Asimismo, respecto a la efectividad de los programas educativos dirigidos a reducir la prevalencia de sujeciones físicas en los centros residenciales, se constata gran variabilidad en los resultados, lo que

compromete la evidencia para confirmar que las intervenciones educativas reducen a largo plazo el uso de sujeciones, aunque sí son útiles a corto plazo. Finalmente, queremos mencionar la gran heterogeneidad en lo que los diferentes trabajos consideran dispositivos de sujeción.

Como propuestas de futuro parece oportuno seguir insistiendo en una formación que promueva un cambio en la consideración de la persona mayor y que focalice en la ética del cuidado. Sería también recomendable que los especialistas en enfermería geriátrica actúen

como consultores en los centros residenciales, en los que también se deberían ir implementando nuevos modelos de gestión que contemplen las circunstancias personales de los residentes, y todo ello bajo el marco de una legislación que defina claramente los límites para el uso de sujeciones.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Fundación Edad & Vida. Informe 2015. Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales. Madrid: Fundación "Instituto Edad y Vida"; [consultado 16 de enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2uB3cb9>
- Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados. SEEGG. 2003, N° 3 [consultado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2i0VJdj>
- Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA). Guía para personas mayores y familiares: uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer. Programa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer [consultado 21 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/25yTjqi>
- Fundación Cuidados Dignos. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios. [Internet]. Bilbao: Fundación Cuidados Dignos; 2012 [consultado 11 de enero de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2WBBN4Y>
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Instrumento de ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. [Internet]. España: 1997 [consultado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/1qixCu8>
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ley básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Internet]. España: 2002 [consultado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/1ksna9Z>
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid [Internet]. España: 2001 [consultado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2E3dmqz>
- Boletín Oficial de Navarra. Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra. [Internet]. Navarra: Boletín Oficial de Navarra, n° 204, 2011 [consultado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2CLmCyU>
- Comité Interdisciplinar de Sujeciones. Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG). Madrid. 2014. 64 p. [consultado 24 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2Dz2PoC>
- Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Código Deontológico de Enfermería Española. [Internet]. Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid; 1998. [Consultado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2Jsgo7u>
- Fariña E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46(1):36-42.
- Fariña E, Camacho AJ, Estévez GJ, Bros M. [Accidents associated with the use of physical restraints in the elderly with cognitive disorders: a study of three cases]. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(5):262-5.
- Fariña E, Estévez GJ, Núñez E, Pérez DG, Gandoy M. [Use of physical restraints on the elderly: attitudes, knowledge and practice among nursing staff]. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48(5):209-15.
- Fariña E, Estévez GJ, Gandoy M, Polo LM, Gómez C, Capezuti EA. Perception of spanish nursing staff on the use of physical restraints. J Nurs Scholarsh 2014;46(5):322-30.
- Saarnio R, Isola A. Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. J Clin Nurs. 2010;19(21-22):3197-207.
- Kong E, Song E, Evans LK. Effects of a Multicomponent Restraint Reduction Program for Korean Nursing Home Staff. J Nurs Scholarsh. 2017;49(3):325-35.
- 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. 2011;59(2):333-9.
- Pellfolk TJ, 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. 2010;58(1):62-9.
- Testad I, Ballard C, Brønnevik K, Aarsland D. The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: a single blind randomized controlled trial. J Clin Psychiatry. 2010;71(1):80-6.
- Testad I, Mekki TE, Forland O, Øye C, Tveit EM, Jacobsen F, et al. Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED)—training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia. A cluster randomized controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry. 2016;31(1):24-32.
- Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, Haut A, Haastert B, Möhler R, et al. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. JAMA. 2012;307(20):2177-84.
- Gulpers MJM, Bleijlevens MHC, Ambergen T, Capezuti E, van Rossum E, Hamers JPH. Belt restraint reduction in nursing homes: effects of a multicomponent intervention program. J Am Geriatr Soc. 2011;59(11):2029-36.
- Huizing AR, Hamers JPH, Gulpers MJM, Berger MPF. A cluster-randomized trial of an educational intervention to reduce the use of physical restraints with psychogeriatric nursing home residents. J Am Geriatr Soc. 2009;57(7):1139-48.
- Huizing AR, Hamers JPH, Gulpers MJM, Berger MPF. Preventing the use of physical restraints on residents newly admitted to psychogeriatric nursing home wards: a cluster-randomized trial. Int J Nurs Stud. 2009;46(4):459-69.
- Gulpers MJM, Bleijlevens MHC, Capezuti E, van Rossum E, Ambergen T, Hamers JPH. Preventing belt restraint use in newly admitted residents in nursing homes: a quasi-experimental study. Int J Nurs Stud. 2012;49(12):1473-9.
- Freeman S, Spigriene L, Martin-Khan M, Hirdes JP. Relationship between restraint use, engagement in social activity, and decline in cognitive status among residents newly admitted to long-term care facilities. Geriatr Gerontol Int. 2017;17(2):246-55.
- Muñiz R, Gómez S, Curto D, Hernández R, Marco B, García P, et al. Reducing Physical Restraints in Nursing Homes: A Report from Maria Wolff and Sanitas. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(7):633-9.
- Tortosa MA, Granell R, Fuenmayor A, Martínez M. [Effects of a physical restraint removal program on older people with dementia in residential care]. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51(1):5-10.
- Te Boekhorst S, Depla A, Francke AL, Twisk JWR, Zwijsen SA, Hertogh M. Quality of life of nursing-home residents with dementia subject to surveillance technology versus physical restraints: an explorative study. Int J Geriatr Psychiatry. 2013;28(4):356-63.
- Zwijsen SA, Depla A, Marja FIA, Niemeijer AR, Francke AL, Hertogh M, et al. Surveillance technology: an alternative to physical restraints? A qualitative study among professionals working in nursing homes for people with dementia. Int J Nurs Stud. 2012;49(2):212-9.