

Medidas de restricción física en un hospital de agudos y en dos centros de media y larga estancia: estudio de prevalencia y análisis de aspectos éticos relacionados con su indicación y puesta en práctica

Salvador Quintana^a y Roser Font^b

^aMédico. Jefe de Sección del Servicio de Medicina Intensiva y Presidente del Comité de Ética Asistencial del Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona.

^bEnfermera y miembro del Comité de Ética Asistencial del Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona. España.

Correspondencia:

Dr. Salvador Quintana Riera.
Hospital Mútua de Terrassa -UCI-
Plaça Dr. Robert, 5. 08221 Terrassa. Barcelona. España.
Correo electrónico : uci@mutuaterrassa.es

Resumen

Fundamento: Se realiza un estudio de prevalencia de pacientes sometidos a restricción física (RF) durante su ingreso hospitalario en centros de agudos y de larga estancia. Los objetivos son cuantificar esta práctica y estudiar sus características, así como promover la elaboración de una guía de actuación para un correcto uso de la RF.

Pacientes y método: Se han llevado a cabo dos cortes transversales mediante entrevistas al personal responsable de los enfermos hospitalizados y la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes con RF en un hospital de agudos (Hospital Mútua de Terrassa [HMT]), en un centro de convalecencia y media estancia (Centre sociosanitari Vallparadís) y en un centro de larga estancia (Centre Residencial l'Ametlla del Vallès), todos pertenecientes al Grup Mútua de Terrassa. Este trabajo se ha promovido desde el Comité de Ética Asistencial del HMT.

Resultados: La prevalencia de enfermos con RF oscila entre el 1,5 y el 27,8%, dependiendo del corte y del centro. En el centro de agudos, el motivo más frecuente para aplicar sujeción a los pacientes es evitar que se retiren sueros o sondas (27,3%), mientras que en los otros centros es el de evitar caídas (33,3%). El material utilizado no siempre está homologado (el 31% en el HMT y en más del 80% en el centro de larga estancia). El grado de implicación del médico en esta decisión es bajo y raramente queda reflejado por escrito (inferior al 5% en el centro de enfermos agudos). Se utilizan pocas alternativas al uso de restricción física.

Conclusiones: Se ha constatado que es aconsejable elaborar una guía de actuación que contemple cuándo, cómo y quién ha de tomar la decisión de aplicar restricción física a los pacientes. No es en absoluto habitual que conste el hecho de la RF en ningún documento de la historia clínica a excepción de los registros de enfermería; asimismo, no siempre se utiliza el material homologado. No se contemplan alternativas a la RF en la mayoría de situaciones. El estamento médico no se siente muy implicado en el tema de la RF.

Palabras clave: Ética. Media y larga estancia. Restricción física.

Introducción

Según la Joint Commission¹, la *restricción* se define como el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo, con la finalidad de controlar las actividades físicas y proteger a la

Summary

Background: A study of the prevalence of hospitalized patients subjected to physical restraint (PR) was carried out in an acute care center and in two long- and medium-stay hospital centers. The objectives were to quantify the use of PR and to study its characteristics, as well as to stimulate the creation of a guideline for the correct use of PR.

Patients and methods: Two cross-sectional studies through interviews with the staff caring for hospitalized patients, as well as a review of the medical records of all patients undergoing PR in an acute-stay hospital (Hospital Mútua de Terrassa), a medium-stay convalescent home (Centre Sociosanitari Vallparadís), and in a long-stay center (Centre Residencial l'Ametlla del Vallès), all belonging to the Grup Mútua de Terrassa were performed. This study was promoted by the Bioethical Committee of the Hospital Mútua de Terrassa.

Results: The prevalence of patients undergoing PR varied from 1.5% to 27.8%, depending on the cross-section and on the center. In the acute-stay center the most frequent reason for applying restraints was to avoid accidental withdrawal of venous catheters or feeding tubes (27.3%), whereas in the other centers restraints were used to avoid falls (33.3%). The material used was not always the standard (31% in Hospital Mútua de Terrassa and over 80% in the long-stay center were not standardized). Physician involvement in the decision to use restraints was low and was rarely reflected in the hospital reports (< 5% in the acute-stay center). Few alternatives to the use of PR were used.

Conclusions: The results of this study demonstrate that a guideline should be prepared to indicate when and how to apply PR to the patients and who has to make the decision. Mention of the use of PR in any document of the medical records is rare except in nursing registers. Moreover, standardized material is not always used. Other alternatives to PR are often not tried. Medical staff are not very concerned by the use of PR.

Key words: Physical Restriction. Ethics.

persona de las lesiones que pueda infringir a sí mismo o a otros.

La aplicación de dispositivos de sujeción para restringir la movilidad de los pacientes es un procedimiento relativamente habitual en el ámbito hospitalario. El motivo aducido suele ser el de garantizar la correcta aplicación de un trata-

miento², evitar caídas o lesiones³ e intentar controlar estados de agitación que implican riesgos para el enfermo y su entorno⁴. La aplicación de la restricción física (RF) supone una decisión que usualmente se toma en contra de la voluntad del paciente, aunque siempre debería revertir en su propio beneficio.

Limitar la libertad de movimientos de un paciente tendría que ser el último recurso en caso de que otros medios fracasaran o fueran inadecuados, puesto que le supone una pérdida de autonomía.

El personal de enfermería, debido a su relación cercana con el paciente, es el primero en detectar la necesidad de sujeción y es quien toma la primera decisión. Indicar la RF debe estar justificado y darse bajo unas determinadas condiciones: tiene que ser una decisión consensuada o valorada a partir de una indicación médica⁵, y ha de figurar en la historia clínica del paciente. Es fundamental considerar el tiempo que la persona permanece sujeta y valorar regularmente la viabilidad de la indicación. Por último, el objetivo primordial es cuidar las necesidades individuales de los enfermos. La Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations¹ recoge estas indicaciones en su manual de acreditación para hospitales.

En nuestro país no abundan las referencias a este tema, a pesar de que es posiblemente uno de los países que con mayor frecuencia utilizan la RF, según un estudio que compara esta práctica en ocho países distintos⁶.

El Comité de Ética Asistencial del Hospital Mútua de Terrassa considera que la utilización de la RF en los pacientes puede conllevar problemas de tipo ético y, por este motivo, de acuerdo con otros colectivos del centro, decidió estudiar algunas características de la RF en tres centros distintos, uno de pacientes agudos, uno de estancia media y un tercero de larga estancia.

El objetivo del presente estudio es conocer la prevalencia de la RF en estos centros y, de forma secundaria, analizar a quién y cómo se aplica, en qué condiciones se toma la decisión, qué material se utiliza, si la práctica queda reflejada en la historia, si se contemplan alternativas al uso de la RF y si se provoca algún efecto adverso relacionado con la RF; finalmente, se pretende estudiar la conveniencia de elaborar unas guías de actuación para tratar este tema.

Pacientes y métodos

Se han efectuado dos cortes de prevalencia, en tres centros pertenecientes al Grupo Mútua de Terrassa:

– Hospital Mútua de Terrassa (HMT), un centro privado de 488 camas calificado de nivel B-C concertado con el Servei Català de la Salut, que atiende a pacientes agudos.

– Centre Sociosanitari Vallparadís (CSSV), con 75 camas concertadas con el Servei Català de la Salut para convalecencia, con estancia media.

– Centre Residencial de l'Ametlla del Vallès (CRAV), de 88 camas, incluidas 18 camas para la atención de enfermos de sida, de larga estancia.

El primer corte de prevalencia se llevó a cabo en junio de 2000 en los dos primeros centros y en septiembre en el tercero; el segundo corte se realizó en octubre en los tres centros. Cada corte consistió en recoger información en los turnos de trabajo de tarde y noche. Se descartó el turno de mañana para evitar interferencias con el pase de visita y la mayor movilidad de pacientes en este turno. Se consideró como RF todo aquel paciente sometido a ella en el momento del corte.

El instrumento utilizado para la recogida de datos fue un cuestionario elaborado con preguntas cerradas. Un grupo de profesionales de enfermería se entrevistó con el personal de enfermería o auxiliar que tenía a su cargo el cuidado de pacientes. Asimismo, se revisaron las historias clínicas (HC). Las preguntas hacían referencia a la edad, sexo, grupo diagnóstico (dividido en: sin diagnóstico, traumatológico, neurológico, sida y otros), motivo de la RF, tipo de RF, material utilizado, registro en algún documento de la HC, información dada a la familia, alternativas a la RF y posibles lesiones relacionadas con la misma. El personal que pasó las encuestas tenía criterios comunes para llenarla. Se consideró material no homologado aquel que usaba vendas, sábanas u otros utensilios en sustitución del material diseñado para este objetivo.

Han sido descartados del presente estudio los Servicios de Psiquiatría, Neonatología y Cuidados Intensivos, porque las condiciones especiales de los enfermos en estas áreas hacen prever una utilización frecuente y plausible de la RF. Al mismo tiempo, en estos servicios encontramos restricción farmacológica, cuestión que en el presente estudio no vamos a tratar.

La recogida de datos fue confidencial, tanto para los pacientes como para el personal sanitario.

A efectos del denominador para el cálculo de la prevalencia, se ha contabilizado el número total de pacientes ingresados en los centros en el momento de los cortes.

El estudio también llevó a cabo un análisis descriptivo general con las características de los pacientes con RF, expresando los resultados en porcentajes y medias (desviación estándar [DE]) según fueran las variables, cualitativas o cuantitativas, respectivamente.

Resultados

En total se han contabilizado 76 pacientes con RF. Por ser el tercer centro de larga estancia y haberse efectuado los cortes con menor intervalo, los 27 pacientes con RF del primer corte se convierten en los 25 pacientes en el segundo, que son los mismos a excepción de dos, que habían fallecido en el intervalo. Estos pacientes repetidos se contabilizaron una sola vez cuando analizamos edad, sexo y diagnóstico. Se contaron dos veces cuando se analizó la prevalencia u otras características.

En la tabla 1 se desglosa la prevalencia de RF por centros, cortes y turnos, y observamos que la prevalencia es más elevada a medida que los centros son de más larga estancia.

Tabla 1. Prevalencia de pacientes con RF*

		HMT n (%)	CSSV n (%)	CRAV n (%)
Primer corte	Tarde	11 (3,4)	9 (12,1)	24 (27,8)
	Noche	11 (3,6)	7 (9,3)	10 (11,36)
Segundo corte	Tarde	5 (1,5)	11 (14,6)	22 (25)
	Noche	7 (2,1)	5 (6,6)	8 (9,1)

*La suma no totaliza 76, el número exacto de pacientes, por ser en parte los mismos en el turno de tarde y de noche.

HMT: Hospital Mútua de Terrassa; CSSV: Centre Sociosanitari Vallparadís; CRAV: Centre Residencial l'Ametlla del Vallès.

La media de las cuatro prevalencias (dos cortes, dos turnos) de RF en el HMT fue del 2,7%; en el CSSV, 10,7%, y en el CRAV, 18,3%.

La edad media de los pacientes fue de 71,6 (19,5) años y el 55,3% fueron mujeres (42/76).

En la tabla 2 se muestran los grupos diagnósticos de los pacientes sometidos a RF y se observa que el grupo de enfermos con traumatismo predomina en el centro de agudos, mientras que el grupo con problemas neurológicos es el que más pacientes aporta en los otros centros.

En la tabla 3 se exponen los motivos para aplicar la RF por centros y se observa que en los centros de media y larga estancia, al no haber ingerencia con elementos de soporte (vía intravenosa o sondas), la causa más frecuente es la de evitar caídas.

El tipo de restricción más habitual en el HMT fue el que afecta a las extremidades superiores con el 59%, mientras que en los otros dos centros lo fue el cinturón pelviano, con el 81,5 y el 100%, respectivamente.

Con respecto al material, en el HMT el 59% era homologado, en el CSSV se utilizó sólo material homologado (100%) y en el CRAV predominó el material no homologado, siendo el uso del correcto del 15,4%.

En las HC se encontró registro de la indicación de RF en un 63,6, 81,5 y 92,3%, respectivamente. Estos datos hacen referencia a registros de enfermería. En las indicaciones mé-

Tabla 2. Grupo diagnóstico

Grupo diagnóstico	HMT	CSSV	CRAV	Porcentaje
0	0	1	0	1,3
1	8	7	0	20
2	5	18	20	57,3
3	0	0	7	9,3
4	9	1	0	13,3

0: sin diagnóstico; 1: traumatología; 2: problemas neurológicos; 3: sida; 4: otros. HMT: Hospital Mútua de Terrassa; CSSV: Centre Sociosanitari Vallparadís; CRAV: Centre Residencial l'Ametlla del Vallès.

Tabla 3. Principal causa de RF

	HMT (%)	CSSV (%)	CRAV (%)
Cuadro de confusión agudo	32	0	19,2
Elementos de soporte	27,3	0	0
Evitar caídas	18	66,6	57,7
Deambulación	4,5	7,4	23,1
Posición	9	18,5	0
Otros	9	7,4	0

Véase abreviaturas en tabla 1.

dicas se encontró en el 100% de los casos en el CRAV, como se muestra en la tabla 4.

La decisión de aplicar la RF fue tomada mayoritariamente por enfermería, mientras que los responsables en centros de larga estancia fueron los cuidadores. En el CRAV, el médico lo indicó en las órdenes médicas en el 88,5% tal y como se refleja en la tabla 5.

La familia participaba o al menos estaba informada de la decisión en un 63,6% en el HMT, 81,5% para el CSSV y un 96,2% en el CRAV.

Las alternativas que, según manifestaron los profesionales responsables, fueron más utilizadas en primera instancia, correspondieron al uso de barandas (18,5, 36,4 y 24,1 para

Tabla 4. Aspectos relacionados con la HC

	HMT (%)	CSSV (%)	CRAV ^a (%)
No consta	27,3	7,4	0
Consta en curso médico	0	0	3,8
Consta en registros de enfermería	63,6	81,5	92,3

^aEn el CRAV la orden de RF constaba en todas las indicaciones médicas, aunque no en la HC.

Véanse abreviaturas en la tabla 1.

Tabla 5. Quién indicó la restricción

	HMT (%)	CSSV (%)	CRAV (%)
Médico	4,5	0	88,5
Enfermera	86,4	89	7,7
Familia	9,1	0	0
Auxiliares	0	11	0
Se desconoce	0	0	3,8

Véanse abreviaturas en la tabla 1.

el HMT, CSSV y CRAV, respectivamente); modificación del entorno, cambio de tratamiento farmacológico (administrar o retirar) y facilitar la presencia de familiares.

La retirada de la RF se evaluaba sobre todo en función de la evolución del cuadro que la había motivado (82, 37 y 96,2%, respectivamente), sólo en el segundo centro tenían pautas de reevaluación pre establecidas en un 52%.

No se detectó ninguna lesión física causada por la RF en la muestra estudiada.

Discusión

En el estudio se ha incluido a 76 enfermos con sujetos en dos cortes consecutivos y en tres centros de distintas características, 25 de ellos repetidos. Los resultados muestran unos valores de prevalencia que van del 1,6 al 3,6% de pacientes con sujeción en el HMT. Aumenta en los centros socio-sanitarios (CSS), entre un 10,6% en el CSSV y un 18,3% en el CRAV. La tasa de prevalencia en el medio hospitalario es muy variable según el estudio⁷.

La media de edad de los pacientes fue de 71,6 años. La diferencia entre los centros es poco representativa: en el HMT es de 72 años, en el CSSV de 75 y en el CRAV de 66 años, centro este último en el que un grupo de jóvenes con sida rebajó la media de edad. Aunque es un centro de agudos, la media de edad del HMT respecto a los otros centros fue similar. En los CSS no se sujetó más debido al factor edad. Una de las limitaciones de este estudio es la de no disponer de datos sobre el resto de pacientes en el momento de efectuar los cortes de prevalencia. Esto impide comparar la muestra con RF y sin ella, lo cual nos hubiese permitido estudiar las diferencias entre ambas muestras y, de forma eventual, los factores de riesgo de aplicación de esta medida.

Referente a los diagnósticos de ingreso, el 56,6% de los pacientes en el estudio con restricciones presentaba patologías neurológicas, es decir, enfermedades degenerativas y demencias, y muchos de ellos se encontraban ingresados en CSS. Los traumatismos configuran el segundo grupo y el tercero lo forman los enfermos con sida, todos ellos ingresados en el CRAV.

Las causas que originaron la restricción variaron según los centros. El motivo principal de la restricción en el HMT es el cuadro confusional agudo (32%). La prevalencia de este trastorno en los pacientes de edad avanzada es elevada, de un 14 a un 56%⁸ –además de ser una complicación añadida al ingreso–, y la restricción física está descrita como un posible factor desencadenante⁹. En definitiva, la contención física puede potenciar un cuadro confusional agudo en lugar de controlarlo. El segundo motivo de restricción en el hospital de agudos es evitar interferencias con los elementos de soporte, como sueros, sondas, drenajes, etc. La bibliografía consultada¹⁰ describe como *éticamente justificable* el uso de restricciones en el caso de enfermos que se puedan autoperjudicar, de este modo puede justificarse la contención mecánica en algunas circunstancias. También está recogido algún estudio⁹ indicativo de que la RF usada para mantener tratamientos a través del uso de sondas o catéteres no debe supe-

rar los 3-5 días; pasado este tiempo, es discutible que sea la alternativa más apropiada para el paciente. Otra finalidad de la restricción es evitar las caídas y la deambulación que pueda comportar un riesgo. De todas maneras, no hay evidencia científica que justifique el uso de la restricción para evitar este problema.

El principal motivo de restricción en la CSSV fue evitar caídas y el segundo fue resolver los problemas de posición corporal. Idénticos motivos para el CRAV. Hay autores¹¹ que hablan de la necesidad de llegar a un acuerdo con el paciente al que se decide aplicar la RF o con sus familiares, sin quedar claro el hipotético papel que debería jugar un documento de consentimiento informado para esta situación.

Queremos destacar que, mientras en un centro el 100% del material utilizado estaba homologado, en los otros dos no fue así. No encontramos referencias en la bibliografía consultada sobre el material a utilizar; sólo en el protocolo de procedimientos sobre contención mecánica de Jerónimo Sáez⁴ sobre el tratamiento de enfermos psiquiátricos se habla de la utilización de correas estandarizadas y no describe el uso de otros materiales.

La restricción por la cintura es la más común en los CSS, que tienen como objetivo facilitar la sedestación, mientras que la sujeción de los miembros superiores la detectamos con un mayor porcentaje en el hospital de agudos, donde el paciente puede retirarse el catéter, sonda o drenaje, por tanto parece lógico el aumento de casos en los que se aplica la sujeción de manos.

Tanto en el HMT como en el CSSV fue la enfermera quien con frecuencia decidió aplicar la RF y, aunque puede tomar la iniciativa, debería informar al médico posteriormente. En el CRAV quien indica la restricción en un 88,5% de los casos es el médico. En el CSSV es el personal auxiliar quien toma esta decisión, esto se explica por las características de estos centros donde el personal auxiliar es el que atiende a la persona ingresada (los CSS acostumbran a estar organizados con menor personal de enfermería y con más personal auxiliar o cuidador).

Este procedimiento tiene que estar reflejado en la historia médica y en los registros de enfermería. Según las normas de The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations¹, una vez que las alternativas a la sujeción han fracasado y se da la orden de sujetar al paciente, es necesario notificarlo al médico dentro de las primeras 12 horas. La orden indicará la hora de inicio, el motivo de la restricción y el tipo de sujeción utilizada. En el decreto 176/2000 (12)⁵ de la Generalitat de Cataluña del 15 de mayo sobre la modificación del decreto 284/1996 de la regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales, en su artículo 5, dice textualmente: “el usuario tiene derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas. En este último caso las actuaciones efectuadas tendrán que justificarse documentalmente en el expediente asistencial del usuario.” En los datos recogidos sólo un 1,3% de los casos estaba registrado en el curso médico. Así, es sencillo deducir que hay muy poca im-

plicación del personal médico en relación a esta cuestión. El hecho de que este decreto haga referencia a CSS explica que en los centros de agudos no se haya notado su influencia; asimismo, el que fuera publicado poco antes de llevar a cabo el primer corte de prevalencia explica que en el CRAV constase este aspecto en todas las órdenes médicas de enfermos con RF.

La Joint Commission¹ también establece que la familia tiene que estar informada dentro de las 12 horas siguientes a la sujeción. El estudio muestra que la familia está informada en la mayoría de los casos, pero se desconoce su opinión.

Existen alternativas a la RF como, por ejemplo, el uso de barandillas, la modificación del entorno, limitar el acceso a los soportes vitales, la introducción o retirada de fármacos, eliminar la falta de comodidad, prevenir la deambulación, soporte y presencia familiar, etc. El uso de estas alternativas es variable pero en ocasiones no se tienen en cuenta.

Tampoco era homogénea la reevaluación de la RF, ni en cuanto a intervalo, ni quién o por qué se suspendía. No está protocolizado este aspecto y nos parece tan importante como los otros que se han comentado hasta el momento.

A pesar de que no se han encontrado lesiones físicas provocadas por la RF, éstas se encuentran bien documentadas en distintos artículos¹²⁻¹⁴ y comprenden desde aspectos físicos (estreñimiento, incontinencia, disnea, úlceras, atrofia¹³), alteraciones de la conducta¹⁴, hasta la muerte por estrangulamiento o asfixia al intentar quemar las sujetaciones².

Dos cortes de prevalencia en tres centros distintos dan una información limitada de la magnitud de la situación estudiada. En nuestro país no son muy frecuentes las comunicaciones de estos aspectos y creemos importante tratarlos desde distintas perspectivas. Éste es un paso más para intentar conocer y protocolizar la RF en los hospitales y CSS de nuestro entorno.

Los aspectos que queremos resaltar son la conveniencia de reflexionar sobre la RF. A este efecto la elaboración de una guía de actuación puede ser muy útil. Esta guía debería contemplar aspectos técnicos, entre otros, cuándo debe aplicarse la RF, cómo y con qué material, y también aspectos legales y éticos: qué debe quedar reflejado en la HC, grado de implicación de la familia, conveniencia de pedir consentimiento informado antes de aplicar la medida en determinadas situaciones, y un largo etcétera que deberá ir acomodándose.

En los centros que han elaborado este estudio se ha creado un grupo de trabajo que, con los auspicios del Comité de Ética Asistencial del HMT, y con la colaboración de diversos colectivos, está trabajando para redactar esta guía.

Se indica el uso de la RF cuando:

- Hay riesgo de autolesiones o de lesiones al entorno.
- Hay riesgo que el propio enfermo ponga en peligro su tratamiento.
- Hay justificación clínica o terapéutica.
- Se han agotado otras alternativas: soporte y presencia familiar, modificación del entorno (luz adecuada, uso de barandillas), introducción o retirada de fármacos, prever la deambulación y cambios posturales, mejorar la comunica-

ción, mantener el confort eliminando el dolor, la fiebre, globo vesical, etc.

Para una RF adecuada debe tenerse en cuenta:

– El uso de material homologado y la menor restricción necesaria.

– La notificación médica, si las alternativas han fracasado, y la orden médica dentro de las primeras 12 horas.

– Especificar en los registros de enfermería:

1. Hora en que se inicia la contención.

2. Especificar el motivo.

3. El tipo de contención utilizada.

4. Alternativas utilizadas y la respuesta del paciente.

5. Evaluación y necesidades del paciente.

6. Evaluación de la necesidad de continuar la contención.

Agradecimientos

Este estudio se ha llevado a cabo gracias a la ayuda económica concedida a Proyectos de Investigación en Bioética por la Fundació Víctor Grífols i Lucas en la convocatoria del año 2000.

Queremos agradecer los comentarios efectuados en las diversas fases del trabajo por el Dr. Miguel del Río, la DUE Inmaculada Sandalinas, la Dra. M.ª Dolores Navarro y el Dr. Joaquín Martínez Montauti. Agradecer también a los colaboradores del estudio y a todo el personal que ha participado en la recogida de información.

Bibliografía

1. The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations: Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. Illinois: Oakbrook Terrace, 1996.
2. Macpherson DS, Lofgren RP, Granieri R, Myllenbeck S. Deciding to restrain medical patients. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38:16-20.
3. Hantikainen V, Käppeli S. Using restraint with nursing home residents. *Ad Nurs* 2000;32:1196-205.
4. Sáez J. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Barcelona: Masson 1999.
5. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya 3148-26.5.2000.
6. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing* 1997;26 (Suppl 2):43-7.
7. O'Connor BB. Culture and the Use of Patient Restraints. *Healthcare Ethics Committee Forum* 1998;10:263-75.
8. Selva O'Callaghan A, Jacas Escarcellé C, Vilardell Tarrés M. Protocolo diagnóstico del síndrome confusional agudo. Unidad de Geriatría. Servicio M.I. H.G.Vall d'Hebron. *Medicine* 1999; 7:5839-41.
9. Alarcón Alarcón T. Uso de restricción física en el anciano en el siglo xxi. ¿Necesidad o falta de formación? Unidad de Valora-

- ción Geriátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Rev Esp Gerontol 2001;36:46-50.
10. Slomka J, Agich GJ, Stagno SJ, Smith ML. Physical Restraint Elimination in the Acute Care Setting Ethical Considerations. Healthcare Ethics Committee Forum 1998;10:244-62.
11. Miles SH. Restraints: Controlling a symptom or a symptom of control. Healthcare Ethics Committee Forum 1998;10:235-43.
12. Blakeslee JA, Goldman BD, Papougenis D, Torell CA. Making the transition to restraint-free care. Gerontological Nursing 1991;17:4-8.
13. Miller M. Iatrogenic and nurisgenic effects of prolonged immobilization of the ill aged. J Am Geriatr Soc 1975;23:360-9.
14. Oster C. Sensory deprivation in geriatric patients. J Am Geriatr Soc 1976;24:461-4.