

## Restricciones físicas y farmacológicas de las personas mayores que viven en instituciones

M.V. Zunzunegui

Departamento de Medicina Social y Preventiva. Universidad de Montreal. Canadá.

En el mes de diciembre de 2003, la REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA publicaba un número monográfico sobre bioética donde se abordaban temas importantes sobre la atención sanitaria al final de la vida, las voluntades anticipadas y la tutela de las personas con demencia. En el segundo número de 2004 de la Revista se presentan los resultados de un estudio sobre la perspectiva que los mayores tienen sobre el maltrato al anciano. Los textos sobre estos temas se basan en una implícita aceptación de los derechos humanos.

En este número de la Revista se publica un artículo sobre un tema diferente, aunque íntimamente relacionado con los anteriores: la utilización adecuada de medicamentos psicotropos y de restricciones físicas en las residencias de larga duración para personas mayores<sup>1</sup>. El artículo comienza con una frase sobre el cuestionamiento universal de la utilización de psicofármacos y protecciones físicas. Es cierto que estas prácticas están muy cuestionadas, pero en ausencia de estándares de calidad y legislación sobre el tema, siguen siendo utilizadas en las residencias de todo el mundo, aunque con grandes variaciones en la frecuencia y el tipo de utilización. Una rápida inspección de la bibliografía confirma que hay una gran variabilidad en la práctica entre distintas residencias. Los autores coinciden en afirmar que esta variabilidad no depende tanto de los diferentes perfiles de salud e incapacidad de los residentes como de las características institucionales y la cultura de trabajo en las instituciones.

En algunos países se ha intentado mejorar la calidad de la atención en las instituciones de larga duración mediante la legislación sobre la utilización de restricciones físicas y fármacos psicotropos y la creación de unidades especiales de cuidados para personas con demencia. Sin embargo, estas medidas no son suficientes para garantizar una utilización adecuada. Un estudio americano muestra que ha habido aumentos y disminuciones en la utilización de protecciones físicas tras la aprobación de la legislación americana sobre el uso de estos medios de restricción en las residencias de larga duración y que la legislación sobre este tema es necesaria pero no suficiente para producir una atención de calidad aceptable<sup>2</sup>. En un reciente artículo sobre la comparación de la utilización de psicotropos y restricciones físicas en unidades de cuidados especiales para demencia y en residencias tradicionales de Estados Unidos se concluye que no hay diferencias en la utilización de restricciones físicas entre estas unidades, que se supone que están más adaptadas al cuidado de personas dementes, y las residencias tradicionales<sup>3</sup>. Es más, las unidades con cuidados especiales para la demencia hacen un mayor uso de fármacos psicotropos en personas con demencia avanzada que las residencias tradicionales.

Podemos abordar la utilización de restricciones físicas y farmacológicas desde varios puntos de vista. En primer lugar, desde los derechos del individuo al libre movimiento y a la libre expresión de sus ideas, siempre y cuando no pongan en peligro su seguridad física o la de las personas que lo rodean, ni el bienestar mental de otros residentes o de sus cuidadores. En segundo lugar, podemos abordar este tema desde el punto de vista del profesional o del cuidador, que se ve obligado a contener a las personas mayores con una estrategia que reduzca los riesgos para ellos mismos y para las personas que los rodean. Por último, podemos adoptar un punto de vista puramente profesional en el

que se define cómo debe ser una atención humana de calidad y se establece un pacto entre residentes, familiares y profesionales para conseguir que la atención a los residentes sea óptima. Optaremos por exponer estrategias en esta tercera vía por considerar que el trato adecuado del residente interesa a todas las partes involucradas, desde el paciente hasta el familiar, el profesional y el gestor o propietario de la residencia. Para establecer este pacto entre las partes implicadas es necesario definir los estándares de calidad que se pueden alcanzar en la práctica de la atención en las residencias de ancianos. Éstos se consiguen de acuerdo con los resultados de la investigación sobre los resultados de la práctica clínica, con el trabajo multidisciplinario y la aceptación de los cambios necesarios en la organización del trabajo para conseguir buenos resultados.

Los resultados de investigación son necesarios para definir en qué consiste la buena práctica. Por ejemplo, con frecuencia se ha justificado el uso de barandas en las camas y cinturones en las sillas como medio de evitar caídas<sup>4</sup>. Estudios recientes demuestran que el uso de estos medios de restricción de movilidad no reduce las caídas y, por el contrario, aumenta los problemas de salud mental de los residentes que experimentan estas restricciones<sup>5</sup>. Análogamente, las terapias con fármacos neurolépticos son aceptables cuando han fracasado los medios no farmacológicos para afrontar algunos síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (agresión física y verbal, trastornos del sueño, vagabundeo, agitación), pero esta necesidad no permite explicar la elevada frecuencia de prescripción de estos fármacos a las personas mayores que ingresan en una residencia, en dosis mayores que las recomendadas y sin haber consultado previamente con un especialista en Geriátrica o en psiquiatría<sup>6</sup>.

Una buena práctica de cuidados se obtiene con un trabajo multidisciplinario, donde se discuten los cambios necesarios para la mejora de los resultados y se negocia un plan de trabajo que conduzca a la integración de los cambios. Por ejemplo, la frecuencia de prescripción de neurolépticos, hipnóticos y ansiolíticos ha disminuido en el período 1993-1998 en las residencias de Sidney, Australia, y estos cambios son atribuibles a las iniciativas de educación de los profesionales sanitarios y a la publicidad sobre el uso abusivo de estos fármacos<sup>7</sup>.

Para mejorar la atención a los mayores en el medio residencial necesitamos conocer la prevalencia de utilización de restricciones físicas y sus determinantes institucionales y organizacionales, así como las características de los profesionales y cuidadores (en particular su calificación) que tienden a utilizar estas restricciones y las características de vulnerabilidad de los pacientes que las experimentan. También es necesario describir las prácticas de prescripción de fármacos psicoactivos de los médicos que trabajan en instituciones de larga duración, controlar los efectos adversos y facilitar la formación del personal sanitario. Si en nuestro país ocurre lo mismo que en otros países desarrollados, es probable que esté aumentando el número de personas mayores que reciben prescripciones inadecuadas, tanto en el tipo de fármaco como en su dosificación. En este escenario, los efectos adversos como la sedación, la confusión, el ánimo depresivo y el aumento de riesgo de caídas son muy probables. Es evidente que carecemos de información sobre estos aspectos en España. Este editorial y el artículo de Gobert et al<sup>1</sup> tienen como objetivo animar un debate entre los profesionales sanitarios y los gestores de residencias y promover una línea de investigación para describir y analizar lo que ocurre en las residencias de España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gobert M, D'Hoore W, Mora-Fernández J, Moldes-Rodríguez MP, Tilquin C. Adecuación de las restricciones físicas y farmacológicas en los ancianos institucionalizados: estudio comparativo en Québec y la Suiza Romanda, con implicaciones en nuestro medio. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40:4-14.
2. Castle NG. Differences in nursing homes with increasing and decreasing use of physical restraints. *Medical Care*. 2000;38:1154-63.

3. Phillips CD, Spry KM, Sloane PD, Hawes C. Use of physical restraints and psychotropic medications in Alzheimer special care units in nursing homes. *Am J Public Health.* 2000;90:92-6.
4. Hamers JP, Gulpers MJ, Strik W. Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *J Adv Nurs.* 2004;45:246-51.
5. Capezutti E, Maislin G, Strumpf N, Evans LK. Side rail use and bed related fall outcomes among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:90-6.
6. Bronskill SE, Anderson GM, Skyora K, Wodchis WP, Gill S, Shulman KI, et al. Neuroleptic drug therapy in older adults newly admitted to nursing homes: Incidence, dose and specialist contact. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52:749-55.
7. Snowden J. A follow-up survey of psychotropic drug use in Sidney nursing homes. *Med J Australia.* 1999;170:299-301.