

Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI ¿Necesidad o falta de formación?

Alarcón Alarcón, T.

Unidad de Valoración Geriátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Al realizar una revisión en MEDLINE con las palabras clave restricción y anciano, encontramos 117 artículos en los últimos veinte años que hicieran referencia a este problema del cuidado del anciano, y de los cuales, 94 son de los diez últimos años. Comprobamos que la comunidad científica ha sido consciente del problema, cuestionándose su uso en la última década, si bien con limitada repercusión en lo referente al número de artículos publicados.

En España, el uso de restricción física en el anciano, tanto en hospitales como en residencias, es un problema también muy poco tratado en las revistas científicas, a pesar de la alta frecuencia de su uso (1).

La tasa de prevalencia de restricción física en el medio hospitalario varía según los diversos estudios, incrementándose en la población anciana (2). En hospitales de agudos la prevalencia se sitúa entre el 1,7-27% (3-7), en unidades de rehabilitación 34% (8), unidades cuidados intensivos médicas 37% y quirúrgicas 28% (9). En España, en un estudio realizado por la Unidad de Valoración Geriátrica del Hospital La Paz en pacientes ancianos ingresados en Traumatología, la prevalencia encontrada fue del 10,2% (datos propios no publicados). En el medio residencial, las prevalencias también oscilan entre el 2,2% y el 39,6%, correspondiendo esta última a España (1) (de los ocho países analizados: EE.UU, Japón, Suiza, Italia, Islandia, Francia y Dinamarca, España es con mucho el de mayor prevalencia en el uso de restricción física. Más del doble que su más inmediato antecesor, Italia, con 16,6%). Al igual que Bell (10), nosotros también pensamos que estas cifras de prevalencia pueden ser inferiores a las existentes en la realidad. El concepto a veces ambiguo de restricción física e incluso de restricción (la restricción física y la farmacológica constituyen modalidades diferentes con diferentes factores de riesgo para su uso) (11), la escasa información sobre su uso en diferentes áreas... son algunos de los hechos que inducen a sospecharlo.

En diciembre de 1987 EE.UU incorporó la mayor reforma legal de la práctica de los cuidados médicos en residencias («Omnibus Budget Reconciliation Act», OBRA), y en ella proscribió el uso de la restricción física. Esta ley se hace efectiva en 1990. Gracias a ella, en las «nursing homes» han disminuido el uso de restricción de un 41% en 1988 a un 25% en 1992 y un 20% en 1997. El esfuerzo de la OBRA para reducir el uso de restricción tiene un precedente histórico, en el siglo XVIII en Francia, el doctor Philippe Pinel en un hospital de París (12), fue el primero en retirar grilletes a los enfermos mentales, por ser una práctica insana y sin interés médico, por ello se le considera un gran médico y humanista (13).

La restricción física, según se define en OBRA (14), es cualquier método físico, manual, aparato mecánico o equipo que esté contiguo al cuerpo del individuo, que lo sujete de tal forma que la persona no lo pueda suprimir fácilmente y el cual restrinja la libertad de movimientos o el acceso normal a cualquier parte de su cuerpo.

Según diferentes estudios, la razón principal para usar la restricción física en el anciano es la creencia del personal cuidador en que así dan más seguridad a los pacientes más frágiles, especialmente a los de avanzada edad (15) y evitan caídas y lesiones (16). La segunda razón es prevenir la interferencia del paciente con tratamientos o para proteger instrumentos de monitorización (17). Algunos autores sugieren que el uso de restricción es a veces debido más a la conveniencia de los profesionales cuidadores que a razones terapéuticas o de seguridad (17), o a un sistema cerrado en el aprendizaje y práctica de los cuidadores (18). Otras razones para el uso de restricción incluyen prevenir el vagabundeo, manejar la agitación de un paciente, alteraciones de conducta y alteraciones cognitivas (5), ayudar a mantener la correcta posición anatómica del cuerpo, e incluso en algunos estudios la razón para usar la restricción es incierta (3, 7).

En el estudio realizado por nosotros, al que hacíamos referencia previamente, las causas referidas por el personal de enfermería para el uso de restricción física fueron para prevenir caídas en un 67%, para controlar la agita-

Correspondencia: T. Alarcón Alarcón. Unidad de Valoración Geriátrica. Hospital Universitario La Paz. Paseo de la Castellana, 261. 28046 Madrid.

Recibido el 26-7-00; aceptado el 18-10-00.

TABLA I. Consecuencias negativas para el anciano derivadas del uso de restricción física

- Estrés severo.
- Disminución del volumen intravascular.
- Inmovilidad.
- Deterioro de las actividades de la vida diaria.
- Mayor proporción de accidentes severos secundarios a caídas.
- Alteraciones sensoriales.
- Agitación.
- Aumento de pérdida de memoria.
- Mayor incidencia de infecciones nosocomiales.
- Aumento de complicaciones no relacionadas con la enfermedad de base.
- Úlceras cutáneas, lesiones nerviosas.
- Mayor estancia hospitalaria.
- Aumento de los traslados a «nursing home» al alta hospitalaria.
- Posibilidad de muerte por asfixia.

ción en un 56%, proteger instrumentalizaciones en el 44% y prevenir vagabundeo en el 11% (se refería para algunos pacientes más de una causa para el uso de restricción física).

CONSECUENCIAS NEGATIVAS DERIVADAS DEL USO DE RESTRICCIÓN FÍSICA

Actualmente se dispone de conocimientos científicos suficientes sobre las graves consecuencias que origina en el anciano el uso de restricción física (3, 8, 15, 19-36) (tabla I):

1. Produce un severo estrés, tanto físico como psicológico. La disminución del control sobre uno mismo es la llave que pone en marcha los mecanismos del estrés. Hay estudios en animales sometidos a restricción, ratas metidas en un tubo, que demuestran que el estrés intenso produce aumento de la tensión arterial e incremento de los esteroides adrenales, desarrollando un síndrome de estrés crónico. Algunas de sus consecuencias son el desarrollo de úlcera gastroduodenal y depresión del sistema inmunitario.

2. Reducción del apetito, deshidratación, disminución del volumen plasmático e hipotensión con riesgo de síncope y caídas.

3. Inmovilidad, con las consecuencias derivadas de ella: debilidad, pérdida de fuerza y riesgo de caídas, deterioro funcional de las actividades básicas de la vida diaria, incontinencia...

4. Mayor proporción de accidentes severos secundarios a caídas. Además, se dispone, en lo referente a este problema, de la experiencia en distintos países con dife-

rente prevalencia de uso de restricción física, y de estudios concretos llevados a cabo antes y después de implantar en distintas instituciones la política de no restricción. En un estudio realizado en hospitales de Canadá se demuestra que en aquellos en que se usaba menos la restricción física en los pacientes, se presentaban la mitad de caídas que en los hospitales con alta frecuencia de uso de restricción (25). En Inglaterra o Suiza, donde la prevalencia de restricción en hospitales de agudos y en residencias es muy baja, no se constata un aumento de las lesiones con respecto a otros países con mayor prevalencia en restricción de los pacientes. Por ejemplo, en hospitales de Inglaterra se producen 0,7-1,7% de caídas-fracturas y en los hospitales de EE.UU (con mayor prevalencia de uso de restricción) 1,8-3,8% (29). Hay varios estudios que han demostrado que la implantación de programas para disminuir el uso de restricción física en el anciano no va pareja a un aumento en el número de caídas con consecuencias importantes, aunque algún estudio constató que se incrementaban las caídas con consecuencias poco importantes.

5. Alteraciones sensoriales. El uso de restricción produce un aislamiento del entorno y una relación alterada con el personal cuidador.

6. Aumento de la agitación. Hay estudios que ponen de manifiesto que la restricción física es un factor precipitante independiente de delirium, aumentando por cuatro su posibilidad de desarrollo. Igualmente, la calidad ambiental y la proporción de ancianos sin restricción física fueron variables independientes asociadas con bajos niveles de agitación entre los ancianos institucionalizados.

7. Incremento de pérdida de memoria. Se ha visto que ratas sometidas a restricción crónica no sólo desarrollan alteración de la memoria, también pérdida de las terminaciones presinápticas en el hipocampo. El aumento de los esteroides adrenales, originado por estrés generado por la restricción, en ratas hembras que han sido ovariectomizadas, origina una mayor pérdida de las neuronas en el hipocampo. Se piensa que en la mujer en la época postmenopáusica, con disminución de los estrógenos, el uso de restricción puede originar también daño cerebral. Si tenemos en consideración que muchas de las personas donde se usa la restricción son mujeres de edad avanzada con demencia, el estrés originado por la restricción puede ocasionar un daño estructural en las neuronas cerebrales del área relacionada con la memoria, pudiéndose añadir este daño a su ya alterada memoria (35).

La evidencia objetiva demostrada en estudios en animales, de pérdida neuronal y pérdida de memoria, ha sido en cierto modo corroborada en la práctica clínica. Un estudio realizado en «nursing home» encuentra una fuerte asociación entre deterioro cognitivo, restricción física y uso de neurolépticos, mientras que no se encuentra asociación entre el uso de neurolépticos sin restricción física y el deterioro cognitivo.

8. Mayor incidencia de infecciones nosocomiales. Un estudio ha puesto de manifiesto que el uso de restricción física por encima de cuatro días es un predictor independiente de infección nosocomial, con un riesgo relativo casi doble de que se produzcan (24).

9. Aumento de las reacciones negativas de los pacientes y también hacia los pacientes. El uso de restricción física fomenta el distanciamiento y aislamiento del paciente de su médico y personal de enfermería, dificultando la adecuada exploración y cuidados básicos y esenciales, que no se pueden realizar con facilidad de forma rutinaria. La restricción induce a pensar al médico y a la enfermera que el paciente no es capaz de comunicarse, disminuyendo la comunicación natural con él. La pérdida de autonomía y el aislamiento social han demostrado que tienen efectos adversos en la salud física y mental de los pacientes. Además la probable menor intensidad de los cuidados y el aislamiento puede incrementar la posibilidad de un efecto adverso, no deseado, para el paciente. Esto es, un incremento de las complicaciones no relacionadas con la enfermedad de base que motivó la hospitalización (casca de enfermedad y deterioro) y un mayor riesgo de iatrogenia y de mortalidad en fase aguda.

10. Abrasiones en piel, úlceras, lesiones nerviosas. Hay estudios que han puesto de manifiesto que el uso de restricción física es un predictor independiente de úlceras de presión, multiplicando por cuatro el riesgo de desarrollarlas.

11. Posibilidad de muerte directa por asfixia. Se han descrito bastantes casos de muerte por asfixia debida al material utilizado para la restricción. En casi todas las historias de estos pacientes fallecidos por asfixia, quedaba constatado en los días previos al fallecimiento, que el paciente había sido encontrado sentado en el suelo, fuera de la cama con el material de restricción tipo chaleco, correas... En un estudio donde analizan 122 casos de pacientes fallecidos por asfixia, ven que el 42% de las víctimas estaban suspendidas de la silla y el 58% restante de la cama. El 83% de estos pacientes fallecidos vivían en «nursing home». Se estima que 1/1.000 muertes en «nursing home» es atribuida al uso de restricción física.

12. Mayor estancia hospitalaria en los pacientes en que se usa la restricción física e incremento de traslados a «nursing home» al alta hospitalaria.

OPCIONES TERAPÉUTICAS ALTERNATIVAS AL USO DE RESTRICCIÓN FÍSICA

No hay ningún estudio que haya demostrado que exista ningún grupo o subgrupo de individuos ancianos que se benefician del uso de restricción física.

Revisaremos las alternativas más apropiadas para los diferentes motivos en que se usa la restricción en el anciano:

– En pacientes con confusión y agitación. Ya comentábamos previamente cómo el uso de restricción física incrementa la agitación y confusión en los ancianos. La compañía y supervisión (personal cuidador, familia, amigos, voluntarios), disponer de objetos personales tipo fotografías, orientar e informar en todo momento al paciente de lo que se le va a realizar, son medidas que ayudan a minimizar la confusión. Al igual que las diferentes formas de manipulación medioambiental como dejar una luz encendida por la noche, ubicar al paciente en la habitación más próxima al control de enfermería, usar camas bajas e incluso colchones en el suelo, dejar los barrotes bajos, eliminar ruidos medioambientales, dejar el timbre al fácil alcance del anciano etc., son algunas medidas que favorecen el control de la confusión y agitación. En muchas situaciones en la práctica clínica, la restricción física se usa para «prevenir» una posible agitación. Es muy común encontrarnos a pacientes con sujeciones físicas por la mañana perfectamente orientados, y ver referido en la historia clínica que por la noche presentó un episodio de agitación.

– En pacientes que tienden al vagabundeo. El «control creativo» mediante la diversidad de actividades físicas como la radio, televisión, música, ejercicio, terapia ocupacional, ayudan a controlarlo. Contar con brazaletes de identificación, amplios espacios, jardines para pasear, sistemas de alarmas en habitación, puertas de salida sólo manipulables por personas con normal situación cognitiva, incentivos que refuercen determinadas conductas (37, 38)...

– Por miedo de caídas o lesiones propias o ajenas. Ya hemos comentado cómo la evidencia científica disponible no apoya su uso para este problema, ya que no previene las caídas ni lesiones. Hay sin embargo contadas situaciones de emergencia, donde la conducta del paciente representa un riesgo inminente para él o para otros. En estos casos el uso de restricción física debe estar sujeto a las normas generales que comentaremos posteriormente.

– Presencia de mecanismos de monitorización o tratamiento. Es preciso buscar alternativas y cuestionarse día a día la necesidad de mantener ese tratamiento o instrumento de monitorización que obliga a usar la restricción física para su permanencia. La alimentación oral al aporte intravenoso o enteral, la retirada de drenajes, sonda vesical, catéteres donde la medicación puede ser aportada por vía oral o intramuscular, etc., son algunas medidas que retiraran más de una restricción física usada por este motivo.

La restricción física usada para mantener tratamientos no debe superar los 3-5 días; pasado este tiempo es más que discutido que sea la alternativa más apropiada (39) para el paciente.

– En bastantes ocasiones se comenta de una forma informal, que se usa la restricción física por no contar con personal cuidador suficiente. Los estudios que han profundizado en este problema no han encontrado caracte-

rísticas de «nursing home» asociadas con el aumento del uso de restricción física (15), e incluso se ha encontrado en «nursing home» que la disposición de un alto ratio de personal cuidador por paciente era predictor para el uso de restricción en ellas (11).

– Presión administrativa para evitar litigio. En EE.UU el uso de restricción física es con consentimiento del paciente y/o familiar.

El estudio de Strumpf (40) encontró una media de 1,6 alternativas dadas por personal de enfermería al uso de restricción física en diferentes casos de pacientes. Hay desarrollados algoritmos alternativos al uso de restricción física incluso en pacientes en unidades de cuidados intensivos (41).

GUÍA EN EL USO DE LA RESTRICCIÓN FÍSICA EN EL ANCIANO

El uso de restricción física debe ir unido (4, 23, 24, 29, 39) a:

- El uso de restricción física debe ser reflejo de la colaboración médico-enfermera, indicar la razón para su uso, y constatare en la hoja de órdenes médicas, salvo que sea una situación de emergencia.
- Sólo utilizarse durante cortos períodos de tiempo, indicando su duración y de forma temporal.
- La restricción debe ser revisada cada 30-60 minutos, y cada miembro debe ser liberado de la restricción al menos una vez cada hora, valorando las necesidades básicas del paciente: sed, ganas de comer, necesidad de defecar, orinar...
- Se debe dar oportunidad de movilidad y ejercicio al paciente con restricción física, al menos durante 10 minutos cada dos horas.
- Se debe revisar cada tres o cuatro horas los posibles efectos negativos como úlceras, abrasiones... que pueda originar la sujeción en el paciente. Ésta debe originar un discomfort mínimo en el paciente.
- Nunca se utilizará la restricción física como sustituto de vigilancia.

La introducción de programas educativos para los profesionales (incluidos los médicos), el conocimiento de las consecuencias negativas para los pacientes derivadas del uso de restricción física y de las alternativas al uso de restricción, etc., se han visto de gran utilidad para reducir la prevalencia de uso de restricción física, sin incrementar el personal cuidador, medicación psicotrópica o caídas con lesiones (42, 43). En nuestro medio, la puesta en marcha de la valoración e intervención geriátrica en el cuidado de pacientes con demencia, en unidades de larga estancia hospitalaria, se mostró eficaz para disminuir la sujeción física en los pacientes (44).

Disminuir la restricción requiere un cambio de actitudes y conductas por parte de los profesionales, junto con una política clara sobre su uso tanto en medio hospitalario como en medio residencial. La filosofía que debe imperar es la de usar lo menos posible la restricción. Unos buenos cuidados en el anciano son idea de unos cuidados sin restricción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ljunggren G, Phillips ChD, Sgadari A. Comparison of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing* 1997;26(Supl 2):43-7.
2. Frengley JD, Mion LC. Physical restraints in the acute care setting. *Clin Geriatric Med* 1998;14:727-43.
3. Robbins LJ, Boyko E, Lane J, Cooper D, Jahnigen DW. Binding the elderly: a prospective study of the use of mechanical restraints in an acute care hospital. *J Am Geriatr Soc* 1987;35:290-6.
4. Morrison J, Crinklaw-Wiancko D, King D, Thibeault S, Wells DL. Formulating a restraint use policy. *J Nurs Adm* 1987;17:39-42.
5. Berland B, Wachtel TJ, Kiel DP, O'Sullivan PS, Phillips E. Patient characteristics associated with the use of mechanical restraints. *J Gen Intern Med* 1990;5:480-5.
6. Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Physical restraints in geriatric care in Sweden: prevalence and patient characteristics. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:1348-54.
7. DeSantis J, Engberg S, Rogers J. Geropsychiatric restraint use. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:1515-8.
8. Mion LC, Frengley JD, Jakovic CA, Marino JA. A further exploration of the use of physical restraints in hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:949-56.
9. Maddens ME, Boyko T, Nurmi K, Gaskey K. Fit to be tied? Restraint prevalence in the acute care setting. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:SA 11.
10. Bell J. The use of restraint in the care of elderly patients. *Br J Nurs* 1997;6:504-8.
11. Sloane PhD, Mathew LJ, Scarborough M, Desai JR, Koch GG, Tanager C. Physical and pharmacologic restraint of nursing home patients with dementia. *JAMA* 1991;265:1278-82.
12. Levine JM. Historical notes on restraint reduction: the legacy of Dr. Philippe Pinel. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:1130-3.
13. Frengley JD. The use of physical restraints and the absence of kindness. *J Am Geriatr Soc* 1996;44:1125-7.
14. Neufeld RR, Libow LS, Foley W, White H. Can physically restrained nursing-home residents be untied safely? Intervention and evaluation design. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:1264-8.
15. Tinetti ME, Liu WL, Marottoli RA, Ginter SF. Mechanical restraint use among residents of skilled nursing facilities. *JAMA* 1991;265:468-71.
16. Schnelle JF, Rae PG, Simmons SF, Uman G, Ouslander JG, Rosenquist LL, et al. Safety assessment for the frail elderly: a comparison of restrained and unrestrained nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:586-92.
17. Macpherson DS, Lofgren RP, Granieri R, Myllenbeck S. Deciding to restrain medical patients. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:16-20.
18. Blakeslee JA, Goldman BD, Papougenis D, Torell CA. Transición hacia una asistencia sin sujeciones. *Rev Gerontol* 1991;2:111-6.
19. Dube AH, Mitchell EK. Accidental strangulation from vest restraints. *JAMA* 1986;256:2725-6.
20. Frengley JD, Mion LC. Incidence of physical restraints on acute general medical wards. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:565-8.
21. Patterson C. Iatrogenic disease in late life. *Clin Geriatr Med* 1986;2:121-36.

22. Maio VJ, Dana SE, Bux RC. Deaths caused by restraint vests. *JAMA* 1986;255:905.
23. Evans LK, Strumpf NE. Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint. *J Am Geriatr Soc* 1989;36:65-74.
24. Lofgren FP, MacPherson DS, Granieri R, Mylleebeck S, Sprafke JM. Mechanical restraints of the medical wards: are protective devices safe? *Am J Public Health* 1989;79:735-8.
25. Powell C, Mitchell-Pedersen L, Fingerote E, Edmund L. Freedom from restraint: consequences of reducing physical restraints in the management of the elderly. *Can Med Assoc J* 1989;141:561-4.
26. Fretwell MD. Acute hospital care for frail older patients. En: Hazzard WR, Andres R, Bierman EL, Blass JP, editores. *Principles of geriatric medicine and Gerontology*. United States of America: Mc Graw-Hill; 1990. p. 247-53.
27. Burton LC, German PS, Rovner BW, Brant LJ. Physical restrain use and cognitive decline among nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:811-6.
28. Gorbien MJ, Bishop J, Beers MH, Norman D, Osterweil D, Rubenstein LZ. Iatrogenic illness in hospitalized elderly people. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:1031-42.
29. Marks W. Physical restraints in the practice of medicine. *Arch Intern Med* 1992;152:2203-6.
30. Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraints. *Gerontologist* 1992;32:762-6.
31. Tinetti ME, Liu WL, Ginter SF. Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med* 1992;116:369-74.
32. Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med* 1993;118:219-23.
33. Ejaz FK, Jones JA, Robe MS. Falls among nursing home residents: an examination of incident reports before and after restraint reduction programs. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:960-4.
34. Inouye ShK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA* 1996;275:852-7.
35. Williams CC, Finch CE. Physical restraint: no fit for woman, man, or beast. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:773-5.
36. Sloane PD, Mitchell CM, Preisser JS, Phillips C, Commander C, Burker E. Environmental correlates of resident agitation in Alzheimer's disease special care units. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:862-9.
37. Francis J. Using restraints in the elderly because of fear of litigation. *N Engl J Med* 1989;320:870.
38. Werner P, Cohen-Mansfield JC, Braun J, Marx MS. Physical restraint and agitation in nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:1122-6.
39. Frank Ch, Hodgetts G, Ruxty J. Safety and efficacy of physical restraints for the elderly. *Can Fam Physician* 1996;42:2402-9.
40. Strumpf EN, Evans LK. Physical restraint of the hospitalized elderly: perceptions of patients and nurses. *Nursing Res* 1988;37:132-7.
41. Ortiz-Pruitt J. Physical restraint of critically ill patients. *Crit Care Nurs Clin North Am* 1996;8:61-70.
42. Dunbar JM, Neufeld RR, White HC, Libow LS. Retrain, don't restrain: the educational intervention of the national nursing home restraint removal project. *Gerontologist* 1996;36:539-42.
43. Evans LK, Strumpf EN, Allen-Taylor SL, Capezuti E, Maislin G, Jacobsen B. A clinical trial to reduce restraints in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:675-81.
44. Gómez-Pavón J, Martín JM, del Pozo P, García M, Jaras MJ, Olivera M, et al. Eficacia de la valoración geriátrica en los cuidados de larga estancia de pacientes con demencia. Datos preliminares. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997;32(S1):14.