

útil en algunos casos, pero se debe hacer cirugía curativa del proceso de forma urgente salvo excepción. Durante la valoración del paciente por parte de ORL se planteó tratamiento quirúrgico que fue rechazado por el paciente. Los pacientes generalmente requieren antibióticos a largo plazo después del alta hospitalaria⁷. Este caso muestra un paciente anciano que se presenta con parálisis inexplicable del sexto par craneal, donde el facultativo debe tener en cuenta el historial otológico del paciente. El manejo del SG varía desde la terapia conservadora hasta la cirugía radical dependiendo de la presentación clínica y la patología intracraneal relacionada. Muchos otorrinolaringólogos no están familiarizados con su presentación, que puede conducir a un diagnóstico tardío y manejo complicado. Los médicos deben mantener un alto índice de sospecha y no descartar apicitis petrosa debido a la falta de uno o más de los síntomas clásicos.

Bibliografía

- McLaren J, Cohen MS, El Saleeby CM. How well do we know Gradenigo? A comprehensive literature review and proposal for novel diagnostic categories of Gradenigo's syndrome. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2020;132:109942. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.109942>.
- Jackler RK, Parker DA. Radiographic differential diagnosis of petrous apex lesion. *Am J Otol*. 1992;13:561–74.
- Neto AS, Bezerra MJ, Galvão AR, Rocha TA, Pereira MG, Ferraira MA. Gradenigo Syndrome: Case Report And Review Of The Literature. *Neurobiologia*. 2009;72:144–7.
- Gadre AK, Chole RA. The changing face of petrous apicitis—a 40-year experience. *Laryngoscope*. 2018;128:195–201. <http://dx.doi.org/10.1002/lary.26571>.
- Tornabene S, Vilke GM. Gradenigo's syndrome. *J Emerg Med*. 2007;38:449–51.
- Vita Fookien Jensen P, Hansen MS, Moeller MN, Saunte JP. The forgotten syndrome? Four cases of Gradenigo's syndrome and a review of the literature. *Strabismus*. 2016;24:21–7.
- Janjua N, Bajalan M, Potter S, Whitney A, Sipaul F. Multidisciplinary care of a paediatric patient with Gradenigo's syndrome. *BMJ Case Rep*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2015-214337>.

Joaquín Valle Alonso^{a,*}, Mike Olivier^a y Leandro Noblia^b

^a Servicio de Urgencias, Royal Bournemouth and Christchurch Hospital, Bournemouth, Reino Unido

^b Servicio de Urgencias, Hospital Santa Lucía Cartagena, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joa51274@hotmail.com (J. Valle Alonso).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.09.003>

¿El usuario sanitario considera las barandillas como una sujeción física?



Does the healthcare user consider rails as physical subjugation?

El uso de barandillas en las camas es una de las herramientas para «evitar caídas» más usada en el medio hospitalario aun cuando su uso conlleva riesgos (lesiones físicas, agitación, entre otros)^{1,2}. Este recurso es muy usado también en los centros residenciales, centros sociosanitarios e incluso en las casas³. Hay distintos tipos de ellas, y aunque se conoce que lo más indicado son las barandillas no completas y de uso unilateral, aún es muy habitual el uso de una barandilla completa, desde el cabecero a los pies, y en los 2 lados de la cama, lo que en este estudio pasamos a denominar «las barandillas».

A pesar de su uso tan extendido, en la actualidad sigue en discusión si se debe considerar «las barandillas» como una sujeción física *per se*⁴. Según la última definición internacional⁵ una restricción física es «cualquier acción o procedimiento que impide el movimiento libre de una persona a una posición de su elección y/o el acceso normal a su cuerpo mediante cualquier método que, adyacente o sujeto al cuerpo de una persona, esta no puede controlar o retirar fácilmente». Según esta definición, dichas barandillas no se considerarían una forma de sujeción. Al contrario, la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología⁶ sí considera que las barandillas es un método de sujeción física. En nuestro propio hospital el uso de «las barandillas» no se considera como una medida de restricción física, por lo que no está contemplado en el protocolo de sujeciones de nuestro consorcio hospitalario.

Ante la duda científica, y el conocimiento que «las barandillas» en algunos centros de tipo residencial sí están contempladas como una medida de sujeción, en este trabajo nos planteamos explorar la opinión de los usuarios finales de nuestro servicio: los pacientes y/o cuidadores de referencia. Estudios previos han evaluado la aceptación o utilidad de «las barandillas» por los pacientes o sus familiares⁷⁻⁹ pero no se les ha preguntado específicamente si consideran «las barandillas» como una medida de sujeción según la definición internacional⁵, objetivo principal y pregunta única de este estudio exploratorio.

Por ello, se entrevistó, previo consentimiento, a toda persona mayor de 65 años que ingresó por fractura de cadera durante el 2017 en el Hospital Sant Camil del Consorci Sanitari Alt Penedès i Garraf. La entrevista se realizó por uno de los miembros del personal consultor del equipo de valoración geriátrica-unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria (UFISS). Este equipo está formado por un médico especialista en geriatría y una diplomada en enfermería con experiencia en el campo de la ortogeriatría, siendo su papel principal de planificador al alta. La entrevista se realizó al menos una noche después de transcurrida la hospitalización con las barandillas puestas, recogiendo inicialmente los datos sociodemográficos, funcionales previos al ingreso (test de Barthel), mentales (test de Pfeiffer y Confusional Assessment Method [CAM]) y sociales (cohabitación).

A continuación se les preguntó: «¿usted considera que «las barandillas» es una sujeción física?». En los participantes que tuvieron 5 o más errores en el test de Pfeiffer o CAM positivo la pregunta se realizó al familiar de referencia o guarda de hecho. Tras esta primera pregunta se preguntó qué consideraban ellos que era una sujeción, comprobándose si coincidía, a criterio de los investigadores, con la actual definición internacional. Si no se explicaba dicha definición se les solicitaba una nueva respuesta, que es la que se recogía como respuesta definitiva. La respuesta obtenida no influyó de ninguna manera en el posterior uso de las barandillas.

Hubo un total de 158 pacientes (todos aceptaron ser entrevistados), de los que se obtuvieron 150 entrevistas (8 individuos fueron excluidos al tener un Pfeiffer ≥ 5 o CAM positivo, y no tener disponible un familiar/guarda de hecho en la entrevista). En 86 casos respondió el propio participante (test de Pfeiffer < 5 , CAM negativo) y en 64 casos el familiar/guarda de hecho.

La edad media fue 84,72 años (desviación estándar [DE] 6,81), el 72,7% (109) fueron mujeres, y la media del Barthel fue 71,30 (DE: 29,19).

El 65,33% (98) del total de entrevistados consideró que la barandilla es una sujeción física, siendo esta respuesta afirmativa más frecuente en el grupo donde respondieron los familiares/guardas de hecho (75%) que en el grupo donde respondieron los propios pacientes (58,14%). La [tabla 1](#) muestra la distribución de los participantes según contestara el participante o familiar/guarda de hecho.

Tabla 1
Análisis bivariante de la muestra según contestara el paciente o familiar/guarda de hecho

	Grupo pacientes (Pfeiffer < 5)			Grupo familiares/guardas de hecho (Pfeiffer < 5)		
	Barandillas como sujeción			Barandillas como sujeción		
	No	Sí	p	No	Sí	p
Edad (DE)	83,06 (5,60)	82,14 (7,27)	0,529	85 (4,97)	88,56 (6,02)	0,037
Sexo (%)						
Mujer	28 (41,8)	39 (58,2)	0,98	10 (23,8)	32 (76,2)	0,761
Varón	8 (42,1)	11 (57,9)		6 (27,3)	16 (72,7)	
Barthel (DE)	85,97 (19,27)	87,50 (16,73)	0,696	54,06 (32,31)	49,17 (27,45)	0,557
Deambulación (%)						
Independiente	16 (34,8)	30 (65,2)	0,213	6 (27,3%)	16 (72,7%)	0,749
Ayuda técnica o una persona	19 (48,7)	20 (51,3)		6 (20,7%)	29 (79,3%)	
Dos personas o silla de ruedas	1 (100)	0		4 (30,8%)	9 (69,2%)	
Transferencias cama-sillón (%)						
Independiente	32 (40%)	48 (60%)	0,202	8 (29,6%)	19 (70,4%)	0,465
Dependiente	4 (66,7%)	2 (33,3%)		8 (21,6%)	29 (78,4%)	
Cohabitación (%)						
Solo o pareja	24 (36,4%)	42 (63,6%)	0,019	5 (33,3%)	10 (66,7%)	0,079
Otro familiar	11 (73,3%)	4 (26,7%)		6 (42,9%)	8 (57,1%)	
Residencia	1 (20%)	4 (80%)		5 (14,3%)	30 (85,7%)	

Las principales diferencias entre ambos grupos se encontraron en la menor situación funcional (test de Barthel) y menor movilidad del segundo grupo.

Este trabajo muestra que en este pequeño grupo estudiado, tanto los propios usuarios como sus familiares/guarda de hecho (en el caso de las personas cognitivamente afectadas) «las barandillas» (barandillas bilaterales desde el cabecero a los pies) cumplen la definición internacional de sujeción física⁵.

Esta percepción podría tener repercusiones importantes en nuestra área de atención. El empezar a considerar «las barandillas» como una sujeción física, como consideran una mayor parte de nuestros usuarios, podría conllevar a un cambio en los métodos y protocolos de actuación, por ejemplo en la necesidad u obligación de incluir estas herramientas en los consentimientos informados de los protocolos de sujeción física en el futuro, que como decíamos ahora no se contempla.

Esperábamos que la situación cognitiva, funcional y movilidad mucho menores del segundo grupo conllevara asociada en los entrevistados una mayor consideración de la barandilla como medida de seguridad y por ello una menor percepción de la barandilla como restricción física. Nuestros resultados (el 75% de este grupo consideró «las barandillas» como una medida de sujeción física) creemos que alejan esta asociación, aunque dada la tipología del estudio (exploratorio) no lo podemos confirmar.

Entre las limitaciones de nuestro trabajo destacan el pequeño tamaño muestral y la ausencia de evaluación del nivel educacional que bien podría influir en la percepción de «las barandillas» como sujeción física. Adicionalmente, nuestra muestra se limitó a un grupo muy específico de la población anciana (pacientes ingresados por fractura de cadera). Otra importante limitación del estudio es el basarnos en una pregunta única y directa sin mayor investigación de las respuestas obtenidas ni incluyendo en la entrevista el tema de las barandillas como medida de seguridad.

Nuestros resultados deben ser considerados solo como exploratorios. Dados los resultados hemos empezado a plantear un estudio más extenso sobre la consideración del uso de «las barandillas» completas y bilaterales, así como de su empleo y percepción por el personal sanitario, actualmente en fase de revisión.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses a reseñar.

Bibliografía

- Capezuti 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, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50013.x>.
- Miles SH. Deaths between bedrails and air pressure mattresses. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:1124-5.
- Estévez-Guerra GJ, Fariña-López E, Núñez-González E, Gandoy-Crego M, Calvo-Francés F, Capezuti EA. The use of physical restraints in long-term care in Spain: A multi-center cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2017;17:29, <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-017-0421-8>.
- Lepping P, Masood B, Flammer E, Noorthoorn EO. Comparison of restraint data from four countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51:1301-9, <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-016-1203-x>.
- Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH. Physical restraints: Consensus of a research definition using a modified Delphi technique. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64:2307-10, <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.14435>.
- Ramos Cordero P, López Trigo JA, Maíllo Pedraz H, Paz Rubio JM. Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50:35-8.
- Gallagher R, Nevin R, McAleese L, Campbell L. Perceptions of older people who have experienced physical restraint. *Br J Nurs*. 2001;10:852-9, <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2001.10.13.852>.
- Gallagher R, Nevin R, Campbell L, Mitchell F, Ludwick R. Relatives' perceptions of side rail use on the older person in hospital. *Br J Nurs*. 2001;10:391-2, <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2001.10.6.5349>, 394, 396-403.
- Fariña López E, Estévez Guerra GJ, Núñez González E, Montilla Fernández M, Santana Santana E. Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43:201-7.

Oscar Macho-Perez^{a,*}, Marta Arroyo-Huidobro^a,
María del Carmen Giménez Buendía^b y César Gálvez-Barrón^a

^a Servicio de geriatría, Consorci Sanitari Alt Penedès Garraf, Barcelona, España

^b Consorci Sanitari Garraf, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: omacho@csg.cat (O. Macho-Perez).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.008>