

TOLERANCIA ZERO A LAS SUJECIONES EN ANCIANOS. DIFICIL PERO NO IMPOSIBLE
10 argumentos a favor de la tolerancia cero al uso de Sujeciones en Personas Mayores.- Lo aprendido por el Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer de España

**PUBLICADO EN LA REVISTA
"INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS"**

2º trimestre 2013 Núm. 212 ----- PAGINA 153

<http://www.revistahospitalarias.org/info.htm>



ABSTRACT

En la ponencia se expusieron los argumentos que maneja el Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer a favor de una actitud de tolerancia cero con el uso de sujeciones en personas mayores institucionalizadas, adquiridos a través de la literatura científica revisada, así como de la propia experiencia desarrollada en España. Los argumentos se explican a través de las siguientes secciones:

1. Una Persona Mayor con deterioro cognitivo progresivo será sometida a sujeciones con toda seguridad.
2. Las razones para usar sujeciones son Mitos y la Realidad actual los ha derribado.
3. Variabilidad de Uso y Escenarios. Base Cultural.
4. Consecuencias del Uso de Sujeciones en la salud de las Personas Mayores.
5. Consecuencias del Uso de Sujeciones para Profesionales y Organizaciones de Cuidados.
6. Uso de Sujeciones por Conveniencia.
7. Repuntes de Uso y desarrollo de Nuevas Formas de sujeción más sutiles.
8. Es una práctica que genera conflictos éticos y legales.
9. Centros Libres de Sujeciones.
10. Tolerancia cero es motor de mejora. Todos ganan.

Este documento pretende facilitar la toma de decisiones mediante sólidos argumentos a favor de una actitud de rechazo al uso de sujeciones, basados evidencias, nuevos conocimientos, y nuevas experiencias que invitan a un cambio de paradigma de cuidados.

Palabras Clave: personas mayores; sujeciones; centros libres de sujeciones; ética; prevención; tolerancia cero

ABSTRACT

The paper made the case that handles the program «Untie the elderly and Alzheimer patient» in favor of a zero tolerance attitude to the use of restraints in institutionalized older persons, acquired through peer-reviewed scientific literature, well as the experience developed in Spain. The arguments are explained through the following sections:

1. At present we can be sure that a person with a progressive cognitive impairment will be physically or chemically restrained someday.
2. Reasons for using restraints are myths and reality has disproved them.
3. Variability of Use.
4. Consequences of the use of restraints on the health of the patients.

5. Professional consequences of the use of restraints, and for caring organizations.
6. Use of restraints for convenience.
7. Resurgence in the use and development of new and subtler forms of restraint.
8. It's a practice which generates ethical and legal conflicts.
9. Restraint-free facilities.
10. Zero tolerance is an engine of improvement. Everyone wins.

This document is intended to facilitate the resolution of the conflict through strong arguments in favor of this attitude of rejection of the use of restraints, based on new knowledge and new experiences that invite us to change the paradigm of care.

INTRODUCCIÓN

PROGRAMA DESATAR AL ANCIANO Y AL ENFERMO DE ALZHEIMER

La tolerancia cero a las sujeciones puede ser una actitud de los profesionales que cuidan a las personas mayores. Es una actitud que se está extendiendo en España entre los profesionales de distintas disciplinas que entienden que recurrir a ellas es un fracaso.

La tolerancia cero es una actitud ya común en otros ámbitos sanitarios, y se enmarca en lo que se ha dado en llamar prevención cuaternaria, es decir, la prevención de consecuencias negativas de las intervenciones médicas. La tolerancia cero es una actitud que da resultados claros y sostenidos (*por ejemplo: tolerancia cero a la neumonía asociada a la ventilación mecánica por parte de los profesionales de las unidades de cuidados críticos*).

La tolerancia cero establece como regla no utilizar sujeciones, una regla que, como toda regla, tiene excepciones, pero solo para situaciones extremas y puntuales.

Conociendo bien el efecto de las sujeciones usadas a diario, muchos profesionales han comenzado a rechazar la sujeción como una opción, si bien para adquirir una actitud de tolerancia cero han de afrontar un conflicto ético entre el deber de cuidar y proteger y el deber de respetar a la persona y promover su autonomía aceptando cierto grado de riesgo como parte esencial de un buen cuidado.

Los datos que tenemos en el Programa Desatar sobre las condiciones de los residentes en los centros libres de sujeciones nos permiten afirmar que cuidar sin atar es seguro para ellos, tan seguro, o más, que en los centros donde se utilizan sujeciones diariamente. Esos mismos datos nos permiten saber que tras meses, e incluso años de trabajar sin sujeciones, no se han producido en los centros libres de sujeciones esas situaciones extremas que hayan obligado a hacer una excepción.

Hemos trabajado con las definiciones con mayor consenso internacional, a saber:

Sujeción FÍSICA:

Limitación de la libertad de movimientos de una persona, o su actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicado sobre ella, o adyacente a ella, del que no puede liberarse con facilidad.

Sujeción QUÍMICA

Un medicamento que se utiliza para controlar el comportamiento o restringir la libertad de movimiento del paciente y que no es un tratamiento estándar para la condición médica o psicológica del paciente.

Sobre el Programa desatar Anciano y al Enfermo de Alzheimer

El Programa desatar se creó en España en 2003, sobre la base de que el problema tenía en nuestro país una dimensión especial (España ocupa el número uno del ranking en prevalencia de uso de sujeciones, de entre los países que publican datos), y sobre la base de la complejidad de este fenómeno.

PAIS	DINAMARCA	FRANCIA	ISLANDIA	ITALIA	JAPON	ESPAÑA	SUECIA	EEUU
%	2,2	17,1	8,5	16,6	4,5	39,6	15,2	16,5

Comparación de prevalencia de uso de restricciones físicas en 8 países (Ijunggren, 1997).

En los primeros años se trabajó en:

- Entender bien el problema del uso de sujeciones en España, identificando nuestras características para ese fenómeno.
- Investigar la prevalencia de uso de sujeciones en España, y de los factores clínicos relacionados.
- investigar la percepción de los trabajadores sobre el uso de sujeciones.

..... A continuación se trabajó en la creación de un escenario propicio para "desatar", con:

- Campañas de Información
- Promoción de leyes específicas
- Formación
- Actividades Científicas (2 jornadas internacionales en España sobre las sujeciones)

..... Y durante ese tiempo:

- Trabajo de campo en docenas de centros españoles para identificar los factores organizativos y ambientales relacionados con el uso de sujeciones, y encontrar las claves para evitarlas.
- Y seguimos nutriendo una base de datos de prevalencia y factores relacionados que hoy en día cuenta con datos de 717 centros y de 29.732 residentes.

En los últimos años hemos enfocado el trabajo en lograr "centros libres de sujeciones" que sirvan como ejemplos. Hemos aprendido que el trabajo sin sujeciones es posible, seguro, y que la clave para lograrlo es la tolerancia cero. Tenemos ahora 28 centros sin sujeciones en España, de los cuales 16 han sido acreditados por el Programa.

ARGUMENTOS

ARGUMENTO 1

Una persona mayor con deterioro cognitivo progresivo será sometida a sujeciones con toda seguridad

El deterioro cognitivo es un predictor de uso de sujeciones claramente identificado en la literatura. Al déficit cognitivo se asocian algunos factores que precipitan la aplicación de sujeciones, tales como el vagabundeo, alteraciones conductuales, o riesgo de caídas más frecuentemente. Nuestras observaciones y datos muestran que todos los residentes sometidos a sujeciones en centros españoles presentan algún grado de déficit cognitivo.

Si bien es difícil tener datos fiables sobre sujeciones químicas, sí que existen sobre uso de fármacos psicotrópicos que tienen efectos restrictivos potenciales, y sabemos que, en España, el uso de esos fármacos son la aproximación dominante para el manejo de los síntomas conductuales y psicológicos de las demencias (SCPD), al igual que parece ocurrir en otros países donde se ha analizado este problema.

El Programa Desatar hizo un estudio cualitativo del uso de esos fármacos (en 6 residencias y 216 residentes con diagnóstico de demencia) que mostró lo que puede verse en el siguiente cuadro:

- No es posible encontrar la causa/motivación/indicación/objetivos - 76%
- No es posible evaluar el impacto negativo de una forma objetiva (AVD's, Función Cognitiva, Sujeciones físicas, etc.)
- Elevada frecuencia de pauta "SI PRECISA" (36%); Baja frecuencia de ajustes de dosis 18%)
- Uso crónico (superior a 3 meses, mismo fármaco y dosis) - 69%
- Prescrito fuera del contexto del "Plan de Cuidados" – 100%

Algunas características de uso del cuadro están relacionadas con el uso de psicotrópicos con fines restrictivos.

ARGUMENTO 2

Las razones para usar sujeciones son Mitos y la Realidad actual los ha derribado

Todavía hoy se sigue justificando el uso de sujeciones porque, con ellas se evitan caídas, porque cuidar sin usar sujeciones es inseguro para algunas personas con demencia, porque evitarlas implica contar con más personal, o porque las familias exigen seguridad absoluta para sus seres queridos incapaces de tener cuidado por sí mismos, y también se sigue pensando que se pueden evitar sujeciones físicas utilizando a cambio sujeciones químicas, o que los fármacos antipsicóticos son siempre útiles para controlar la conducta de las personas con demencia. Hoy día sabemos que todo ello es falso.

REALIDADES

- Hoy día ya no se acepta que aplicar sujeciones sea una fórmula válida para prevenir caídas, ya que siempre se traduce en un uso diario, un uso que tiene iguales o peores consecuencias que una posible caída. Diversos estudios muestran que el uso rutinario de sujeciones aumenta el riesgo de caídas, y sobre todo aumenta el riesgo de que los daños por la caída sean mas graves. También sabemos que los ancianos residentes en residencias que reciben tratamiento con fármacos antipsicóticos tienen de dos a tres veces más probabilidades de sufrir una fractura de cadera que los residentes que no reciben estos medicamentos.
- Sabemos también con suficiente certeza que quitar sujeciones es seguro si se hace bien.
- Sabemos que no es efectivo sustituir sujeciones físicas por sujeciones químicas, ya que las dos van de la mano. Los fármacos psicotrópicos que pueden utilizarse con fines restrictivos están claramente relacionados con alto riesgo de caídas graves, y sabemos que el riesgo de caídas es la principal razón esgrimida para utilizar sujeciones físicas a diario. Los Residentes que están sometidos a sujeciones físicas presentan 2 veces mas frecuentemente agitación que los que no, lo que aumenta el riesgo de que se utilicen fármacos psicotrópicos tranquilizantes para restringir esa conducta.
- Sabemos también que, en general, el uso de antipsicóticos no es una buena medida para controlar la conducta de las personas con demencia, salvo en pocos casos, y solo por periodos cortos de tiempo. En general las TNF son tan útiles o mas que esos fármacos para manejar los SCPD, y desde luego mas seguras.

La literatura sobre el uso de antipsicóticos en demencia se puede sintetizar como sigue: Esas drogas son perjudiciales, en general son ineficaces para tratar las conductas y su uso varía significativamente de un centro a otro, más de acuerdo con la cultura del centro, que con las características de los pacientes.

- Sabemos también que no es necesario más personal para trabajar sin sujeciones. Trabajar con sujeciones, y trabajar sin sujeciones, son 2 paradigmas de cuidado, diferentes pero con semejantes cargas de trabajo, aunque el trabajo realizado sea distinto. Los centros que se han convertido en libres de sujeciones en España, y antes las usaban, lo han hecho sin ningún aumento de sus plantillas.
- También hemos aprendido desatando en España que los familiares que son bien informados en general aceptan que se prescindan de las sujeciones como algo bueno. En un centro se puede ofrecer una seguridad razonable sin usar sujeciones, lo que hace más probable lograr un mayor grado de bienestar, y una mayor autonomía física, mental y psicosocial para las personas que en él viven. Los familiares bien informados suelen elegir que se trabaje por la calidad de vida.

ARGUMENTO 3

Variabilidad de Uso y Escenarios. Base Sociocultural

La variabilidad de uso de sujeciones que se observa en los distintos estudios de prevalencia no se explica por las condiciones de los residentes de los centros que

aportan datos. En la base de datos del Programa Desatar español tenemos desde centros con una prevalencia de sujeciones físicas de cero, hasta prevalencias superiores a un 67%, tratándose unos y otros de centros muy homogéneos en cuanto a la casuística atendida. Es fácil deducir que el determinante principal de las diferencias de uso observadas es la cultura de las organizaciones, y por tanto las diferentes actitudes que se observan en ellas. Pensamos que existen también factores del contexto (escenarios) que influyen de forma determinante en la actitud de las organizaciones y sus profesionales sobre esa práctica, y pensamos que, de todos ellos, los más importantes son los que generan una percepción de inseguridad legal en los trabajadores y sus mandos, y la tolerancia prevalente a ciertas formas de sujeción y para ciertos casos. Se observan diferencias de uso significativas también entre países, lo que lleva a pensar que existe también una base social.

<p>ESCENARIO PROPICIO PARA DESATAR/ LOGRAR CENTROS LIBRES DE SUJECIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • MARCO ÉTICO • SEGURIDAD LEGAL • REFERENCIAS CIENTÍFICAS, Y TÉCNICAS, Y DE EXPERTOS (PROGRAMA DESATAR Y OTROS) • SOCIEDAD INFORMADA (GENERAL) (ASOCIACIONES DE ENFERMOS) • CENTROS DE REFERENCIA (CENTROS LIBRES DE SUJECIONES ACREDITADOS) • SISTEMA DE ACREDITACIÓN CON CREDIBILIDAD/ ESTÍMULO/ RECONOCIMIENTO SOCIAL • ENTIDADES QUE AYUDAN A DESATAR
--

ARGUMENTO 4

Consecuencias del Uso de Sujeciones en la salud de las Personas Mayores

Existen ya muchas referencias que ponen en evidencia los efectos de las sujeciones sobre la salud de la persona mayor. La mayoría son las consecuencias de inducir inmovilismo en la persona, ya sea por imposibilidad de moverse, ya sea por postración en el caso de las sujeciones químicas. El inmovilismo está considerado como un síndrome geriátrico y están bien documentados sus efectos sobre la persona.

Las sujeciones físicas producen otras complicaciones además de las relacionadas con el inmovilismo, unas relacionadas con el rechazo y lucha o forcejeo, y otras relacionadas con el efecto psicológico de estar atado, con graves alteraciones conductuales y sobre todo agitación. Los fármacos utilizados con fines restrictivos tienen efectos secundarios negativos serios en las personas mayores, especialmente si se administran diariamente y mezclados con otros.

Según la alerta hecha por el Dr. Banerjee, estima que solo un 20% de las prescripciones de fármacos antipsicóticos a personas con demencia en Reino Unido responden a tratamientos adecuados, considerándose el resto como uso inapropiado y con pretensiones restrictivas. En su informe, el Dr. Banerjee, alerta de la elevada morbilidad y mortalidad debida a esos fármacos entre personas con demencia.

Finalmente, la suma de efectos de las sujeciones sobre la salud se traduce en una pérdida sustancial de autonomía funcional, que puede ser irreversible. En algunos casos, cuando se trata de personas especialmente frágiles, el efecto de las sujeciones puede ser catastrófico.

En definitiva, las sujeciones se oponen en mayor o menor grado a la necesaria movilidad de la persona mayor, impidiendo su normal desenvolvimiento y que conserve sus funciones.

La función hace al órgano

ARGUMENTO 5

Consecuencias del Uso de Sujeciones para Profesionales y Organizaciones de Cuidados

En los centros en los que la utilización de sujeciones es la primera aproximación para manejar problemas de conducta disruptivos repetidos, o para manejar el riesgo de caídas de personas que se caen repetidamente, existe un elevado riesgo de empobrecimiento del trabajo de los profesionales, ya que renuncian a adquirir experiencia en otras prácticas clínicas eficaces. Esta es una afirmación que nosotros, en el Programa Desatar español, hemos contrastado cuando hemos realizado las intervenciones en centros que usan sujeciones diarias. En nuestras intervenciones, que han sido 92, hemos observado que:

- Los registros de caídas contienen escasa información.
- El análisis de las caídas es insuficiente, sin obtenerse todos los patrones de caídas posibles que ayuden a prevenirlas, especialmente patrones ambientales y organizativos.
- Solo se valoran los SCPD que tienen un impacto en la convivencia o que interfieren con el trabajo asistencial.
- No se aplican algunas terapias no farmacológicas (TNF) útiles para el manejo de las demencias y sus síntomas conductuales.
- No se aplican estrategias de racionalización de uso de fármacos psicotrópicos.
- No se aplican estrategias de racionalización de polimedicación.
- No se tratan, de forma exhaustiva, el uso de fármacos psicotrópicos y el manejo de síntomas conductuales en las reuniones de los equipos interdisciplinarios.
- Fracaso al retrasar la incontinencia de las personas con demencia.
- Escasa promoción de la movilidad, y de la fuerza y resistencia muscular.
- Las decisiones del equipo sobre aplicación de sujeciones están fuertemente influenciadas por el personal de atención directa y por las familias.
- Existe una pobre o nula deliberación ética sobre el uso de sujeciones.

Todo ello permite decir que existe una práctica clínica pobre de los profesionales universitarios de los equipos interdisciplinarios inducida por el uso de sujeciones.

El uso de sujeciones también tiene consecuencias anímicas en los profesionales, tales como ansiedad, frustración y sentimiento de culpabilidad. Nosotros hemos observado que en los centros donde se utilizan más sujeciones se encontró más prevalencia de burn-out evaluado con la escala Maslach para profesionales sanitarios.

Según nuestras observaciones, las organizaciones que utilizan sujeciones diarias renuncian al desarrollo de estrategias organizativas creativas para aumentar la seguridad de los residentes, y desconocen aspectos ambientales y técnicos que promueven la movilidad de las personas mayores. En nuestras intervenciones se observaron serias deficiencias de seguridad física pasiva en el entorno, tales como libres accesos a zonas peligrosas, escasa iluminación de ciertos lugares, elevado número de obstáculos en zonas de paso, hacinamientos en ciertas áreas, aglomeraciones a ciertas hora, etc. Y con respecto al mobiliario, destacar las escasas posibilidades que se encontraron de adaptar la altura de la cama a las necesidades de las personas, o la escasa variedad de asientos, insuficiente para las distintas características de los residentes.

Según nuestra experiencia, las organizaciones también sufren mayor inseguridad legal por el uso de sujeciones, y mayor conflictividad con las familias de sus residentes. Nosotros pensamos que estos negativos efectos se deben a la falsa percepción de seguridad física que crean las sujeciones, con la consecuente relajación del necesario tono de vigilancia y acompañamiento que deben tener los profesionales de atención directa, y la consecuente convicción de los familiares de que en un centro donde se recurre a las sujeciones no tiene por qué sucederles nada a sus seres queridos. Nuestra revisión de la jurisprudencia española muestra mayor incidencia de juicios por negligencias, faltas de diligencia debida, y abandono del cuidado (si bien es escasa para obtener una conclusión definitiva).

ARGUMENTO 6

Uso de Sujeciones por Conveniencia

El uso por conveniencia es aquel uso que se traduce en un ahorro de trabajo o esfuerzo, o de recursos, del centro o sus trabajadores, y no en el mejor beneficio para la persona.

Cuando se analiza bien la afirmación de que, es necesario mas personal para evitar el uso de sujeciones, una idea muy prevalente en la sociedad, se deduce que existe cierta tolerancia universal, ya que se deja ver que se admite ahorrar recursos humanos mediante esa práctica. Es algo que invita a una reflexión de toda la sociedad. Afortunadamente esa afirmación está basada en el falso mito de que no se pueden evitar las sujeciones sin incrementar la plantilla.

Las Sujeciones nunca pueden cubrir una deficiencia, falta de capacidad profesional, o defectos organizativos o en el entorno.

En los estudios realizados por el Programa Desatar español, hemos detectado que, todas las sujeciones utilizadas son diarias, y que los patrones con los que se utilizan

responden mayoritariamente a la conveniencia del centro o de su personal. Es curioso pero, precisamente cuando los profesionales tratan de utilizar las sujeciones por el menor tiempo posible es cuando se pone de manifiesto que el uso es por conveniencia directa de ellos, o por motivos organizativos, deficiencias del entorno o del mobiliario. Es el caso de las sujeciones que se utilizan solo por la noche, o las sujeciones que se utilizan solo por un breve periodo de tiempo todos los días a la misma hora, o las que se utilizan solo en un tipo de silla y no en otra, o las que se utilizan solo en unos lugares y no en otros, o que se repiten todos los días en las mismas circunstancias. Para que no sean interpretadas como de conveniencia, habría que explicar por qué se necesitan solo en la cama y no durante el día, o por qué se necesitan solo a unas horas y no a otras, y por qué todos los días se necesita a la misma hora, o por qué son necesarias solo en ciertos lugares y no en otros. Todas esas sujeciones pueden evitarse si se modifican horarios y organización del trabajo, si se adaptan camas y sillas, y si se cambian las normas del centro y el entorno.

Hay que decir que se trata de una falsa conveniencia, pues solo resulta rentable a corto plazo, ya que las consecuencias de usar diariamente sujeciones terminarán dando más trabajo y complicaciones a la organización.

ARGUMENTO 7

Repuntes de Uso y desarrollo de Nuevas Formas de sujeción más sutiles

Existen referencias a este fenómeno de repunte tras una reducción de la prevalencia de uso de sujeciones, en aquellas iniciativas de eliminación que se han seguido a largo plazo. Nosotros hemos aprendido una lección muy importante en nuestras propias experiencias desatar en España. Las primeras 56 intervenciones se realizaron con un objetivo más modesto que las 36 siguientes. El objetivo de las primeras era lograr una reducción de la prevalencia, pero no la erradicación de las sujeciones. La experiencia nos enseñó que en el proceso de reducción se buscaban otras formas más sutiles de sujeción física, o fármacos con potencial restrictivo que no son los psicotrópicos convencionalmente utilizados para restringir, y lo que es más interesante, tras unos meses de lograr la máxima reducción considerada como posible se producía un repunte que, tras 6 meses se traducía en una prevalencia similar a la que existía al principio. A partir de finales de 2009 se comenzaron a lograr centros libres de sujeciones con nuestra ayuda, hasta un total de 28 a finales de 2012, que nos han enseñado que no cambia la mentalidad hasta que se lleva tiempo trabajando sin sujeciones, y que no se mantienen libres de sujeciones si no se produce ese cambio de mentalidad.

Sobre la posibilidad de trabajar sin sujeciones prevalece un gran escepticismo. Es lo de VER PARA CREER . Los profesionales solo se lo creen cuando lo logran ellos, y se mantienen tiempo sin utilizarlas.
--

Así, prevenir el repunte de uso es asegurarse de que el centro logra erradicar todas las sujeciones, y se mantiene sin utilizarlas al menos 6 meses, para que se consolide el cambio de mentalidad necesario, pero además es necesario que el escenario donde eso ocurre sea facilitador, es decir que no existan amenazas legales o presiones

sociales que hagan cambiar la actitud de tolerancia cero que se adoptó para lograr la erradicación.

Prevenir el repunte de uso, o nuevas formas de sujeción, pasa por crear un escenario en el que desaparezcan los estímulos no médicos a utilizar sujeciones.

ARGUMENTO 8

Es una práctica que genera conflictos, éticos y legales

Según nuestras observaciones el principal motivo de conflictos éticos para los profesionales de las residencias es el uso de sujeciones. Existen referencias también de estudios realizados en otros países. En el primer estudio que se realizó de forma amplia entre personal de enfermería (577) sobre los malos tratos a personas mayores, los entrevistados estaban mayoritariamente de acuerdo en que el abuso de las sujeciones físicas era la forma más frecuente de abuso físico.

Hemos detectado también que los directores de los centros y los médicos tienen “miedo” a las consecuencias legales que puedan tener las contingencias que les puedan ocurrir a los residentes en relación a la obligación de proveerles seguridad.

Si bien es cierto que las enfermeras de las residencias sufren tensiones internas entre sus deberes de proteger y de respetar los derechos humanos de sus residentes, el Programa Desatar español ha comprobado que una vez que comprueban que es seguro trabajar sin sujeciones se tranquilizan y se acepta de buen grado. VER PARA CREER. Los centros libres de sujeciones españoles nos enseñan que se pueden evitar las sujeciones y que se trabaja de forma segura para los residentes, ya que no utilizar sujeciones no se traduce en mayor incidencia de eventos indeseables serios. Según nuestra experiencia, el stress que se padece por desatar prevalece entre 3 y 6 meses.

Los profesionales que tienen una mentalidad no restrictiva comparten con sus compañeros, y con los familiares de los residentes, la pregunta **¿Cuánta seguridad es segura?**, y la discusión para responderla en cada caso de duda. Esto evita los conflictos éticos, y previene del riesgo de que se produzcan litigios por la decisión de evitar las sujeciones.

ARGUMENTO 9

Centros Libres de Sujeciones

Existen centros en los que no se utilizan sujeciones físicas o químicas, son los denominados “centros libres de sujeciones”, que en España, comprobados por el Programa Desatar suman en la actualidad 28.

Cuando hemos ayudado a un centro a convertirse en un centro libre de sujeciones proponemos que, se preparen para evitar nuevas sujeciones, con las estrategias necesarias, y que marquen una fecha a partir de la cual las evitaran, y que mientras tanto, por otro lado, inicien un proceso de eliminación de las que existen. Los propios

profesionales, tras un periodo de formación y experiencia, admiten que es mas fácil evitar una sujeción nueva que eliminar las que ya se venían utilizando desde hace tiempo. Tiene sentido que sea mejor prevenir que reaccionar, pues antes de aplicar sujeciones diarias a una persona, normalmente la persona aún conserva cierta capacidad que suele ser mejorable incluso, y sin embargo tras un periodo de tiempo de aplicación diaria de una sujeción muchas personas pierden funciones de forma irreversible, y su nuevo estado puede hacer que sea muy difícil manejarles sin sujeciones.

Los centros libres de sujeciones lo son porque sus profesionales y sus líderes han adoptado una actitud de tolerancia cero en contra incluso de la mentalidad inicial que puedan tener al respecto.

Hoy sabemos que mantener cierto grado de tolerancia al uso de sujeciones lleva a no lograr su eliminación aun siendo posible.

Los centros que nos están enseñando todo lo que hoy sabemos son los centros que utilizaban sujeciones y han erradicado su uso totalmente. Esos centros también nos han enseñado que se puede lograr sin aumento de personal, sin serios conflictos con los familiares, y sin mayor incidencia de quejas o demandas. Además nos han enseñado las fórmulas más eficaces para lograrlo, que son más seguros que los que siguen utilizando sujeciones, tomando como indicador de seguridad principal la incidencia de fracturas de cadera, y que se mejora en muchas otras cosas, como veremos en el siguiente argumento.

ARGUMENTO 10

Tolerancia cero es motor de mejora. Todos ganan

Adquirir una actitud de tolerancia cero obliga a enfrentarse a los retos que plantean las personas con demencia cada día, con más conocimientos, mejores estrategias, más creatividad, lo que además aporta nuevas experiencias que aún mejoran más la capacidad de los profesionales. Cuando llevan un tiempo trabajando así se ganan un mayor respeto. Siempre según nuestra propia experiencia, mejoran los conocimientos sobre, prevención de caídas, demencias y sus SCPD, gestión del entorno y ayudas técnicas, TNF, manejo de psicofármacos, manejo de polimedicación, etc. Y se adquiere experiencia manejando esos problemas y desarrollando estrategias de prevención y promoción de la movilidad. En la medida en la que los equipos interdisciplinarios mejoran en todo esto se hacen mas solventes para trabajar sin usar sujeciones y de modo seguro.

Los profesionales ganan en capacidad y también en trabajar con mejor ánimo (desciende burn-out), y en un mejor ambiente laboral (aumenta la fidelidad de los trabajadores a la empresa) (ya no quieren ir a trabajar a un centro donde tengan que volver a utilizar sujeciones)

Hemos observado que incluso el personal de atención directa mejora su conocimiento de las demencias y sus síntomas. Algunos de estos profesionales, en las entrevistas

realizadas, expresan que han vivido la experiencia de descubrir a las personas que estaban ocultas tras las sujeciones, personas que muchas veces han vuelto a hablar y a caminar. Estos profesionales mejoran también en la organización de su trabajo, que se torna más flexible e individualizado, con el objetivo de adaptarse más a las peculiaridades de cada residente.

Hemos detectado también que muchos profesionales, al saber de estos centros, han mostrado interés en trabajar en ellos, con la idea de que en un centro libre de sujeciones podrán desarrollarse mejor profesionalmente.

Pero no solo ganan los profesionales. También se muestran más satisfechos los familiares (que tienen una relación más fluida y frecuente con los profesionales del centro). Pero sobre todo ganan las personas mayores que viven el centro, con claros indicadores de mejora funcional. También disminuye la prevalencia de síntomas conductuales serios, lo que se traduce en un mejor ambiente en el centro (los residentes se muestran más tranquilos)

Los centros mejoran su seguridad física pasiva, o seguridad ambiental, lo que propicia la mayor movilidad de los residentes, algo especialmente interesante para los que conservan autonomía, o pueden recuperarla.

El centro en su conjunto, como institución mejora su imagen social (hoy contamos en España con un sistema de acreditación de centros libres de sujeciones). Mejora también su imagen frente a las Administraciones Públicas, que están representadas en los actos de entrega de las acreditaciones.

La nueva forma de trabajar, que además se basa en mejores protocolos y procedimientos, y en el conocimiento público de que se trata de un centro libre de sujeciones, mejoran la seguridad legal de los trabajadores, que se sienten cómodos trabajando así, reforzando la actitud de tolerancia cero.

CONCLUSIONES

Una intervención con conocidos efectos potenciales negativos sobre la persona debe generar una actitud preventiva. Nosotros llamamos a esa actitud preventiva “tolerancia cero”.

La variabilidad de uso entre centros se debe más a la cultura del centro que a las características de sus residentes. La tolerancia cero es una actitud profesional, que dentro de un contexto organizativo se convierte en cultura de la organización si es una actitud compartida por todos los miembros del equipo.

La tolerancia cero se está mostrando como un motor de mejora de la calidad.

Los centros libres de sujeciones nos están enseñando que es posible la total erradicación de esa práctica, y que ello no conlleva menos seguridad para los residentes, ni aumento de personal.

Es un deber moral aceptar cierto grado de riesgo como parte esencial de un buen cuidado.

En general el uso prolongado de sujeciones responde a uso por conveniencia, y por ello es un deber moral de los profesionales erradicarlas de la práctica asistencial. Las Sujeciones nunca pueden cubrir una deficiencia, falta de capacidad profesional, o defectos organizativos o en el entorno.

La tolerancia cero al uso de sujeciones es una actitud preventiva, basada en la norma de no aplicar una sujeción, o no considerar una sujeción como una opción, ya que quedan reservadas a situaciones extremas que normalmente no se dan, situaciones que pueden obligar a hacer una excepción puntual, que nunca podrá ir más allá de ese episodio. Las excepciones a esa regla son las sujeciones que se aplican para salvaguardar la vida, o la integridad mínima necesaria, cuando están amenazadas de forma grave e inminente. En la práctica son raras, y se viene demostrando que lo normal es trabajar sin tener que usar sujeciones.

BIBLIOGRAFIA

SECCIÓN 1

Una Persona Mayor con deterioro cognitivo progresivo será sometida a sujeciones con toda seguridad.

Weiner C, Tabak N, Bergman R. The use of physical restraints for patients suffering from dementia. *Nurs Ethics*. 2003 Sep;10(5):512-25.

Karlsson S, Bucht G, Eriksson S, Sandman PO. Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *J Am Geriatr Soc*. 2001 Dec;49(12):1722-8.

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(11):1348-54.

Hamers JP, Gulpers MJ, Strik W. Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *J Adv Nurs*. 2004 Feb;45(3):246-51.

Luo, H., Lin, M., & Castle, N. (2011). Physical restraint use and falls in nursing homes: a comparison between residents with and without dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 26, 1, 44-50.

Bredthauer D, Becker C, Eichner B, Koczy P, Nikolaus T. Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: a paradigm for elder abuse. *Z Gerontol Geriatr*. 2005 Feb;38(1):10-8.

Kirkevold O, Sandvik L, Engedal K. Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004 Oct;19(10):980-8.

Evans D, FitzGerald M. Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *Int J Nurs Stud*. 2002 Sep;39(7):735-43

Ballard C, Lowery K, Powell I. Impact of behavioral and psychological symptoms of dementia on caregivers. *Int Psychogeriatr*. 2000;12(1):93-105.

Bredthauer D, Becker C, Eichner B, Koczy P, Nikolaus T. Gerontol Geriatr. 2005 Feb;38(1):10-8. Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: a paradigm for elder abuse.

Hughes, J. (2008). Toward restraint-free care for people with dementia: considering the evidence. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 5, 5, 222-226.

Wang, W. W., & Moyle, W. (2005). Physical restraint use on people with dementia: a review of the literature. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22, 4, 46-52.

Evans, L.K. and Strumpf, N.E. 1989. Tying down the elderly: A review of the literature on physical restraint. *Journal of the American Geriatrics Society*.37(1):65-74.

Castle, Nicholas G. and Vincent Mor. 1998. "The Use of Physical Restraints in Nursing Homes:A Review of the Literature Since the Nursing Home Reform Act of 1987." *Medical Care Research and Review* 55 (2): 139-70

SECCIÓN 2

Mitos y Realidades.

- Everyone deserve Quality of life. New Mexico Medical Review. www.nmmra.org

- The University of Texas MD Anderson Cancer Center Restraints Improvement Group: Myths and Truths about Physical Restraints; Including a Nursing Survey on Restraint Practices. The Internet Journal of Advanced Nursing Practice 1999; Vol3N1: <http://www.ispub.com/journals/IJANP/Vol3N1/myths.htm> ; Published July 1, 1999. Last Updated July 1, 1999

CAÍDAS Y SUJECIONES

Reed P, Tilly J. Dementia Care Practice Recommendations for Nursing Homes and Assisted Living, Phase 2 Falls, Wandering, and Physical Restraints. *Alzheimer's Care Today* 2008 Jan-Mar; 9(1): 51-59

Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *J Am Geriatr Soc.* May 2001;49(5):664-672.

Capezuti, E., Evans, L., Strumpt, N., & Maislin, G. (1996). Physical restraint use and falls. *Journal of the American Geriatric Society, 44, 6, 627-633.*

Capezuti, E., Evans, L., Staumpf, N., Maislin, G., and Grisso, J., "Relationship Between Physical Restraint and Falls and Injuries Among Nursing Home Residents," *Journal of Gerontology, Medical Sciences, 1998, Vol. 53A, No. 1, M47-M52*

Tideiksaar, Rhein, "Preventing Falls: How to Identify Risk Factors, Reduce Complications," *Geriatrics, February, 1996.*

Evans, Lois and Strumpf, Neville, "Myths About Elder Restraint," *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, Vol. 22, No. 2, 1990.*

Hamers JP, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr.* 2005 Feb;38(1):19-25.

Bueno-Cavanillas A, Padilla-Ruiz F, Jimenez-Moleon JJ, Peinado-Alonso CA, Galvez-Vargas R. Risk factors in falls among the elderly according to extrinsic and intrinsic precipitating causes. *Eur J Epidemiol.* 2000;16(9):849-59.

Eriksson S, Gustafson Y, Lundin-Olsson L. Characteristics associated with falls in patients with dementia in a psychogeriatric ward. *Aging Clin Exp Res.* 2007 Apr;19(2):97-103.

Sullivan-Marx, E.M., Strumpf, N.E., Evans, L.K., Baumgarten, M. and Maislin, G. 1999b. Initiation of physical restraint in nursing home residents following restraint reduction efforts. *Research in Nursing and Health.* 22(5):369-379.

Miles, S. H and Irvine, P. 1992. Deaths caused by physical restraint. *The Gerontologist, 32(6):762-766.*

Mayhew, P.A., Christy, K., Berkebile, J., Miller, C. and Farrish, A. 1999. Restraint reduction: Research utilization and case study with cognitive impairment. *Geriatric Nursing.* 20(6):305-308.

ANTIPSICÓTICOS Y SUJECIONES

A report for the Minister of State for Care Services by Professor Sube Banerjee. The use of antipsychotic medication for people with dementia: Time for action

Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, Gilgen R, Ikegami N, Mor V. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009 Mar 12

Kmietowicz, Z. (2012). GPs' prescribing of antipsychotics falls as cases of dementia rise. *British Medical Journal*, 345, July 21, 2.

Harrington, C., C. Tompkins, et al. (1992). "Psychotropic drug use in long-term care facilities: a review of the literature." *Gerontologist* 32(6): 822-33.

Lipson, S. (1993). Chemical restraints and the proper use of psychotropic drugs. Toward a restraint-free environment: Reducing the use of physical and chemical restraints in long-term and acute care settings. J. Braun and S. Lipson. Maryland, Health Professions Press.

Ray, W. A., C. F. Federspiel, et al. (1980). "A study of antipsychotic drug use in nursing homes: epidemiologic evidence suggesting misuse." *Am J Public Health* 70(5): 485-91.

Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, et al. Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. *N Engl J Med*. Dec 1 2005;353(22):2335-2341.

Jusic N, Lader M. Post-mortem antipsychotic drug concentrations and unexplained deaths. *Br J Psychiatry*. Dec 1994;165(6):787-791.

Thapa, P., P. Gordon, R. Fought, W. Ray, "Psychotropic Drugs and Risk of Recurrent Falls in Ambulatory Nursing Home Residents," *American Journal of Epidemiology*, Vol. 142, No. 2, 1995.

Fossey J, Ballard C, Juszczak E, et al. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ* 2006;332:756–8A.

Hamers J.P.H. , Gulpers M. J .M.and Strik W. (2004) *Journal of Advanced Nursing* 45(3), 246–251 Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents

Leipzig RM., Cumming RG., Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. *J Am Geriatric Soc* 1999; 47 (1): 30-9.

Margallo-Lana M, Swann A, O'Brien J, Fairbairn A, Reichelt K, Potkins D, Mynt P, Ballard C *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001 Jan;16(1):39-44. Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments.

Lon S. Schneider, M.D., Pierre N. Tariot, M.D., Karen S. Dagerman, M.S., Sonia M. Davis, Dr.P.H., John K. Hsiao, M.D., M. Saleem Ismail, M.D., Barry D. Lebowitz, Ph.D., Constantine G. Lyketsos, M.D., M.H.S., J. Michael Ryan, M.D., T. Scott Stroup, M.D., David L. Sultzer, M.D., Daniel Weintraub, M.D., and Jeffrey A. Lieberman, M.D. for the CATIE-AD Study Group *N Engl J Med* 2006; 355:1525-1538 October 12, 2006. Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs in Patients with Alzheimer's Disease

2003 CATIE (Clinical Antipsychotic Trials in Intervention Effectiveness), a study funded by the [National Institute of Mental Health](#)

SUJECIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS VAN DE LA MANO

Campbell, A. J., M. C. Robertson, et al. (1999). "Psychotropic medication withdrawal and a home-based exercise program to prevent falls: a randomized, controlled trial." *J Am Geriatr Soc* 47(7): 850-3.

Burton, L.C., German, P.S., Rovner, B.W. and Brant, L.J. 1992a. Physical restraint use and cognitive decline among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*. 40(8):811-816.

Burton, L.C., German, P.S., Rovner, B.W., Brant, L.J. and Clark, R.D. 1992b. Mental illness and the use of restraints in nursing homes. *The Gerontologist*. 32(2):164-170.

Yamamoto M, Aso Y. Placing physical restraints on older people with dementia. *Nurs Ethics*. 2009 Mar; 16(2):192-202

Furniss, L., A. Burns, et al. (2000). "Effects of a pharmacist's medication review in nursing homes. Randomised controlled trial." *Br J Psychiatry* 176: 563-7.

Huizing AR, Hamers JP, Gulpers MJ, Berger MP. A cluster-randomized trial of an educational intervention to reduce the use of physical restraints with psychogeriatric nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*. Jul 2009;57(7):1139-1148.

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*. Jan 2000;90(1):92-96.

Mott, S., Poole, J., & Kenrick, M. (2005). Physical and chemical restraints in acute care: Their potential impact on rehabilitation of older people. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 95-101.

Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009 Mar 12.

Covert AB, Rodrigues T, Solomon K. The use of mechanical and chemical restraints in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 1977;25(2):85-9.

Allen RS, Burgio LD, Fisher SE, Michael Hardin J, Shuster JL Jr. *Gerontologist*. 2005 Oct;45(5):661-6. Behavioral characteristics of agitated nursing home residents with dementia at the end of life.

Cerejeira J; Lagarto L; Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Front Neurol*. 2012; 3:73

Philippe Voyer, René Verreault, Ginette M Azizah, Johanne Desrosiers, Nathalie Champoux and Annick Bédard. Prevalence of physical and verbal aggressive behaviours and associated factors among older adults in long-term care facilities. *BMC Geriatr*. 2005; 5:13

[GREAT BRITAIN. Parliament. All-Party Parliamentary Group on Dementia](#); Always a last resort: inquiry into the prescription of antipsychotic drugs to people with dementia in care homes. London: Alzheimer's Society, 2008. 36p

SEGURIDAD Y SUJEICIONES

Koch, S. and Lyon, C. 2001. Case study approach to removing physical restraint. *International Journal of Nursing Practice*. 7(3):156-161.

Registered Nurses Association of Ontario. Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints Clinical Best Practice Guidelines (2012)

Frank C, Hodgetts G, Puxty J. Safety and efficacy of physical restraints for the elderly. Review of the evidence. *Can Fam Physician*. Dec 1996;42:2402-2409

Neufeld, R., L. Libow, et al. (1999). "Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents." *Journal American Geriatrics Society* 47: 1202-7.

Cohen, C., Neufeld, R., Dunbar, J., Pflug, L. and Breuer, B. 1996. Old problem, different approach: Alternatives to physical restraints. *Journal of Gerontological Nursing*. 22(2):23-29.

Ejaz, F K FK; Jones, J A JA; Rose, M S MS. Journal of the American Geriatrics Society 42. 9 (September 1994): 960-964. Falls among nursing home residents: an examination of incident reports before and after restraint reduction programs.

COSTES Y SUJECIONES

Phillips, C.D., Hawes, C. & Fries, B.E. (1993). Reducing the use of physical restraints in nursing homes: Will it increase costs?. *American Journal of Public Health*, 83(3). Pp. 342-348.

Koch, S. and Lyon, C. 2001. Case study approach to removing physical restraint. *International Journal of Nursing Practice*. 7(3):156-161.

FAMILIAS Y SUJECIONES

Ejaz, Farida K; Rose, Miriam S; Jones, James A. Journal of Applied Gerontology 15. 4 (Dec 1996): 433-449 Changes in Attitudes Toward Restraints Among Nursing Home Staff and Residents' Families Following Restraint Reduction .

"Avoiding Physical Restraints. What All Nursing Home Residents and Families Need to Know," Pamphlet PSL-3113, Wisconsin Department of Health and Family Services, Division of Supportive Living, Bureau of Quality Assurance, May 1998

·
"Avoiding Physical Restraint Use: New Standards in Care, A guide for residents, families and friends," booklet produced by the National Citizens Coalition for Nursing Home Reform (NCCNHR), copyright 1993.

Ejaz, F. K., Rose, M. S. and Jones, J. A., "Changes in Attitudes Toward Restraints Among Nursing Home Staff and Residents' Families Following Restraint Reduction," *The Journal of Applied Gerontology* 15 (4), 1996.

SECCIÓN 3

Variabilidad de Uso y Escenarios. Base Cultural

Meyer G, Kopke S, Haastert B, Muhlhauser I. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study. *J Clin Nurs*. 2009 Apr;18(7):981-90.

Kirkevold O, Laake K, Engedal K. Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003 Jun;18(6):491-7.

Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J Nurs Stud*. 1998 Jun;35(3):184-91.

Retsas AP, Crabbe H. Use of physical restraints in nursing homes in New South Wales, Australia. *Int J Nurs Stud*. 1998 Jun;35(3):177-83.

Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing*. 1997 Sep;26 Suppl 2:43-7.

Phillips, CD. Hawes, C. Mor, V. Fries, BE. Facility and area variation affecting the use of physical restraint in nursing homes. *Medical Care* (1996); vol 34 (11): 1149-1162.

Kirkevold O, Sandvik L, Engedal K. Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004 Oct;19(10):980-8.

SECCIÓN 4

Consecuencias del Uso de Sujeciones en la salud de las Personas Mayores.

Stratmann, D., Vinson, M., Magee, R., Hardin, S. (1997). The effects of research on clinical practice: The use of restraints, *Applied Nursing Research*, 1(10), pp. 39–43

Evans, L.K. and Strumpf, N.E. 1989. Tying down the elderly: A review of the literature on physical restraint. *Journal of the American Geriatrics Society*. 37(1):65-74.

Phillips, Ethyllynn. Información de publicación: *The Canadian Nurse* 100. 1 (Jan 2004): 10-1. Managing risk with patient restraints.

Ryden, M.B., Feldt, K.S., Oh, H.L., Brand, K., Warne, M., Weber, E., Nelson, J. and Gross, C. 1999. Relationships between aggressive behaviour in cognitively impaired nursing home residents and use of restraints, psychoactive drugs, and secured unit. *Archives of Psychiatric Nursing*. 13(4):170-178.

Castle NG, Engberg J. (2009). The Health Consequences of Using Physical Restraints in Nursing Homes. *Med Care*, 47(11), 1164-1173 Sanders K, Grafton Inc.

The effects of an action plan, staff training, management support and monitoring on restraint use and costs of work-related injuries. *J App Res Intel Dis*. 2009 March; 22(2): 216-220 Special issue: Restrictive behavioral practices

Gabriele Meyer, Sascha Köpcke, Burkhard Haastert and Ingrid Muhlhauser. Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study.

Dunn, K. (2001). "The effect of physical restraints on fall rates in older adults who are institutionalised." *Journal of Gerontologic Nursing* 27(10): 40-8

Hamers, J. P., M. J. Gulpers, et al. (2004). "Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents." *J Adv Nurs* 45(3): 246-51

Miles, S. and P. Irvine (1992). "Deaths caused by physical restraints." *Gerontologist* 32:762-6.

Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *J Adv Nurs*. Feb 2003;41(3):274-282.

Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist*. Aug 2008;48(4):442-452

Karger B, Fracasso T, Pfeiffer H. Fatalities related to medical restraint devices-asphyxia is a common finding. *Forensic Sci Int*. Jul 4 2008;178(2-3):178-184

Castle, Nicholas G. 2000. "Deficiency Citations for Physical Restraint Use in Nursing Homes."

Journal of Gerontology: Social Sciences 55B (1): S33-S40. In press. "Nursing Homes With Persistent Deficiency Citations for Physical Restraint Use." *Medical Care*.

Castle, Nicholas G., Barry Fogel, and Vincent Mor. 1997. "Risk Factors for Physical Restraint Use in Nursing Homes: Pre- and Post-Implementation of the Nursing Home Reform Act." *The Gerontologist* 37:737-47.

Ibe, T., Ishizaki, T., Oku, H., Ota, K., Takabatake, Y., Iseda, A., Ueda, A. (2008). Predictors of pressure ulcer and physical restraint prevalence in Japanese acute care units. *Japan Journal of Nursing Science*, 5(2), 91-98.

Cotter, V. T., & Evans, L. K. (undated). *Avoiding restraints in patients with dementia*. New York University: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, Division of Nursing.

MOBILIDAD Y AUTONOMÍA PERSONAL

Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Buchner DM. Psychotropic medication withdrawal and a home-based exercise program to prevent falls: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47 (7): 850-3.

Mott, S., Poole, J., & Kenrick, M. (2005). Physical and chemical restraints in acute care: Their potential impact on rehabilitation of older people. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 95-101.

Susan E Slaughter, Carole A Estabrooks, C Allyson Jones, and Adrian S Wagg Mobility of Vulnerable Elders (MOVE): study protocol to evaluate the implementation and outcomes of a mobility intervention in long-term care facilities *BMC Geriatr*. 2011; 11: 84.

Tinetti ME, Wen-Liang L, Claus EB. Predictors and Prognosis of Inability to Get Up After Fall Among Elderly Persons. *JAMA* 1993 269 (1): 65-70.

Studeski SA, Duncan PW, Chandler J, Samsa G, Prescott B. Predicting falls: the role of mobility and nonphysical factors. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 291-302.

Weiker DK, Duncan PW, Chandler J, Studenski SA. Functional reach: a marker of physical frailty. *J Am Geriatr Soc* 2002; 40: 203-7.

Vellas B, Faisant C, Lauque S, Sedeuilh M, Baumgartner R, Andrieux JM, Allard M, Garry P.J., Albaredo J.L. Estudio ICARE: investigación de la caída accidental. Estudio epidemiológico. En: B. Vellas, C. Lafont, M Allard y J.L. Albaredo (eds). *Trastornos de la postura y riesgos de caída. Del envejecimiento satisfactorio a la pérdida de autonomía*. Barcelona: Glosa, 1995; 15-28.

Nowalk MP, Prendergast JM, Bayles CM, D'Amico FJ, Colvin GC. A randomized trial of exercise programs among older individuals living in two longterm care facilities: the FallsFREE program. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49 (7): 859-65.

Reuben DB, Rubenstein LV, Hirsch SH, Hays RD *Am J Med*. 1992 Dec;93(6):663-9. Value of functional status as a predictor of mortality: results of a prospective study. *Am J Med*. 1992 Dec;93(6):663-9.

SECCIÓN 5

Consecuencias del Uso de Sujeciones para Profesionales y Organizaciones de Cuidados

Pellfolk TJ, Gustafson Y, Bucht G et al. (2010) Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 58:62-69.

Testad I, Aasland AM, and Aarsland D. (2005) The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20:587-590.

Gelkopf M, Roffe Z, Werbluff N, Bleich A. Attitudes, Opinions, Behaviors, and emotions of the Nursing Staff Toward Patient Restraint. *Issues in Ment Health Nurs.*, 2009:30, 758-763

Lee, D., T., M. Chan, C., et al. (1999). "Use of physical restraints on elderly patients: An exploratory study of the perceptions of nurses in Hong Kong." *Journal of Advanced Nursing* 29: 153-9.

Hardin, S.B., Magee, R., Stratmann, D., Vinson, M.H., Owen, M. and Hyatt, E. C. 1994. Extended care and nursing home staff attitudes toward restraints: Moderately positive attitude exist. *Journal of Gerontological Nursing*. 20(3):23-31.

- Strumpf, N. E. and L. K. Evans (1988). "Physical restraint of the hospitalized elderly: perceptions of patients and nurses." *Nurs Res* 37(3): 132-7.
- Hantikainen, V and Kappeli, S. 2000. Using restraint with nursing home residents: A qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making. *Journal of Advanced Nursing*. 32(5):1196-1205.
- Hantikainen, V. 2001. Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making on restraint use: A qualitative and interpretative study. *Journal of Clinical Nursing*. 10:246-256.
- Evers W, Tomic W, Brouwers A. Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Issues Ment Health Nurs*. 2001 Jun;22(4):439-54.
- Karlsson, S., Bucht, G., Rasmussen, B.H. and Sandman, P.O. 2000. Restraint use in elder care: Decision making among registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 9:842-850.
- Strumpf, N. E. and L. K. Evans (1991). "The ethical problems of prolonged physical restraint." *J Gerontol Nurs* 17(2): 27-30.
- McHutchion, E., and Morse, J., "Releasing Restraints, A Nursing Dilemma," *Journal of Gerontological Nursing*, Vol. 15, No. 2, 1989.
- Novak M, Chappell NL. The impact of cognitively impaired patients and shift on nursing assistant stress. *Int J Aging Hum Dev*. 1996;43(3):235-48.
- Rodney V. Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. *J Adv Nurs*. 2000 Jan;31(1):172-80.
- Dunbar, Joan M. and Richard R. Neufeld. 2000. "Partnership Beyond Restraints: A Statewide Educational Intervention to Reduce Restraint Use." *Annals of Long-Term Care* 8:47-54.
- Guttman, Rosalie, Roy D. Altman, and Mitchell S. Karlan. 1999. "Report of the Counsel on Scientific Affairs: Use of Restraints for Patients in Nursing Homes." *Archives of Family Medicine* 8:101-105.
- Pekkarinen L, Elovainio M, Sinervo T, Finne-Soveri H, Noro A. Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Med Care*. 2006 Dec;44(12):1114-20
- Suen LK, Lai CK, Wong TK, Chow SK, Kong SK, Ho JY, et al. Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors. *J Adv Nurs*. 2006 Jul;55(1):20-8.
- Werner P, Mendelsson G. Nursing staff members' intentions to use physical restraints with older people: testing the theory of reasoned action. *J Adv Nurs*. 2001 Sep;35(5):784-91.
- Astrom S, Nilsson M, Norberg A, Sandman PO, Winblad B. Staff burnout in dementia care--relations to empathy and attitudes. *Int J Nurs Stud*. 1991;28(1):65-75.
- Castle NG, Engberg J. Staff turnover and quality of care in nursing homes. *Med Care*. 2005 Jun;43(6):616-26.
- Redfern S, Hannan S, Norman I, Martin F. Work satisfaction, stress, quality of care and morale of older people in a nursing home. *Health Soc Care Community*. 2002 Nov;10(6):512-7.
- Weman K, Kihlgren M, Fagerberg I. Older people living in nursing homes or other community care facilities: Registered Nurses' views of their working situation and co-operation with family members. *J Clin Nurs*. 2004 Jul;13(5):617-26.

Hall DS. Work-related stress of registered nurses in a hospital setting. *J Nurses Staff Dev.* 2004 Jan-Feb;20(1):6-14; quiz 5-6.

Hannan S, Norman IJ, Redfern SJ. Care work and quality of care for older people: a review of the research literature. *Reviews in Clinical Gerontology.* 2001;11(2):189-203.

Taylor B, Barling J. Identifying sources and effects of carer fatigue and burnout for mental health nurses: a qualitative approach. *Int J Ment Health Nurs.* 2004 Jun;13(2):117-25.

Billeter-Koponen S, Freden L. Long-term stress, burnout and patient-nurse relations: qualitative interview study about nurses' experiences. *Scand J Caring Sci.* 2005 Mar;19(1):20-7.

Khowaja K, Merchant RJ, Hirani D. Registered nurses perception of work satisfaction at a Tertiary Care University Hospital. *J Nurs Manag.* 2005 Jan;13(1):32-9.

Severinsson E. Moral stress and burnout: qualitative content analysis. *Nurs Health Sci.* 2003 Mar;5(1):59-66.

Olofsson B, Bengtsson C, Brink E. Absence of response: a study of nurses' experience of stress in the workplace. *J Nurs Manag.* 2003 Sep;11(5):351-8. 99

Drebing C, McCarty EF, Lombardo NB. Professional caregivers for patients with dementia: predictors of job and career commitment. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2002 Nov-Dec;17(6):357-66.

Evers W, Tomic W, Brouwers A. Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Issues Ment Health Nurs.* 2001 Jun;22(4):439-54.

Weiner C, Tabak N, Bergman R. Use of restraints on dementia patients: an ethical dilemma of a nursing staff in Israel. *JONAS Healthc Law Ethics Regul.* 2003 Dec;5(4):87-93.

Hamers, J. P., Meyer, G., Kopke, S., Lindenmann, R., Groven, R., & Huizing, A. R. (2009). Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies, 46(2), 248-255.*

Marangos-Frost S, Wells D. Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *J Adv Nurs* 2000 Feb;31:362-9.

Goethals, S., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2012). Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *Journal of advanced nursing, 68, 6, 1198-1210.*

SECCIÓN 6

Uso de Sujeciones por Conveniencia

Bourbonniere, M., Strumpf, N. E., Evans, L. K., & Maislin, G. (2003). Organizational characteristics and restraint use for hospitalized nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society, 51(8), 1079-1084.*

Evans, D. & Fitzgerald, M. (2002). The experience of physical restraint: A systematic review of qualitative research. *Contemporary Nurse, 13(1), 126-135.*

Sundel, M., Garrett, R.M. and Horn, R.D. 1994. Restraint reduction in a nursing home and its impact on employee attitudes. *Journal of the American Geriatrics Society. 42(4):381-387.*

Gallinagh, R., Nevin, R., McAleese, L., & Campbell, L. (2001). Perceptions of older people who have experienced physical restraint. *British Journal of Nursing, 10(13), 852-859.*

Bourbonniere M, Strumpf NE, Evans LK, Maislin G. Organizational characteristics and restraint use for hospitalized nursing home residents. *J Am Geriatr Soc.* 2003 Aug;51(8):1079-84.

Luigi De Benedictis, M.D.; Alexandre Dumais, M.D., M.Sc.; Nida Sieu, M.D.; Marie-Pierre Mailhot, M.D., M.Sc.; Geneviève Létourneau, M.D.; Minh-Anh Marie Tran, M.D.; Irena Stikarovska, M.D.; Mathieu Bilodeau, M.Mus., M.D.; Sarah Brunelle, M.D.; Gilles Côté, Ph.D.; Alain D. Lesage, M.D., M.Phil. Staff Perceptions and Organizational Factors as Predictors of Seclusion and Restraint on Psychiatric Wards

Liukkonen A, Laitinen P. Reasons for uses of physical restraint and alternatives to them in geriatric nursing: a questionnaire study among nursing staff. *J-Adv-Nurs.* 1994;19(6):1082-7.

Karlsson, Stig RN, PhD 1; Bucht, Gosta MD, DMSc 1; Eriksson, Sture MD, DMSc 1; Sandman, Per-Olof RN, DMSc 2. Factors Relating to the Use of Physical Restraints in Geriatric Care Settings. *Nursing Journal of the American Geriatrics Society.* 49(12):1722-1728, December 2001.

SECCIÓN 7

Repuntes de Uso y desarrollo de Nuevas Formas de sujeción más sutiles

Capezuti, Elizabeth; Brush, Barbara L; Won, Regina M; Wagner, Laura M; Lawson, William T. Información de publicación: *Journal of Aging & Social Policy* 20. 3 (2008): 305-322 Least Restrictive or Least Understood? Waist Restraints, Provider Practices, and Risk of Harm.

Sullivan-Marx, Eileen M., Strumpf, Neville E., Evans, Lois K. ; Baumgarten, Mona; Maislin, Greg MS, *Journal of the American Geriatrics Society.* 47(3):342-348, March 1999. Predictors of Continued Physical Restraint Use in Nursing Home Residents Following Restraint Reduction Efforts.

SECCIÓN 8

Es una práctica que genera conflictos éticos y legales

Alzheimer Society. (2011) The Alzheimer Care: Ethical Guidelines, Restraints. (2011). Retrieved from <http://www.alzheimer.ca/english/care/ethics-restraints.htm>

Bigwood, S. & Crowe, M. (2008). 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 215-222.

Pillemer, K. & Moore, D.W. (1990). Highlights from a study of abuse of patients in nursing homes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 2 (1/2), 5-29.

Gallagher, R., Nevin, R., McAleese, L., & Campbell, L. (2001). Perceptions of older people who have experienced physical restraint. *British Journal of Nursing*, 10(13), 852-859.

C Wagner, G van der Wal, P P Groenewegen, D H de Bakker The effectiveness of quality systems in nursing homes: a review.

Garner, J. An ethical perspective on institutional abuse of older adults. *Psychiatric Bulletin* (2002) 26: 164-166

Kai Sammet., *J Med Ethics* 2007;33:534–537 Autonomy or protection from harm? Judgements of German courts on care for the elderly in nursing homes.

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press, Buckingham.

Kali S. Thomas, Kathryn Hyer, Nicholas G. Castle, Laurence G. Branch, Ross Andel, and Robert Weech-Maldonado. Patient Safety Culture and the Association with Safe Resident Care in Nursing Homes

Kapp, M (1999). Restraint reduction and legal risk management. *Journal of American Geriatric Society*, 47. pp 375-376

Williams, M., M. Greenway, et al. (2004). "No restraints allowed: legalities and realities." *Nursing* 34(1): 54-5.

Kapp, M. (March 1992). Nursing home restraints and legal liability: Myths and reality. *Journal of Legal Medicine*.

Studdert, David M, LLB, Scd; Spittal, Matthew J, PhD; Mello, Michelle M, JD, PhD; O'malley, A James, PhD; Stevenson, David G, PhD. Información de publicación: *The New England Journal of Medicine* 364. 13 (Mar 31, 2011): 1243-50. Relationship between Quality of Care and Negligence Litigation in Nursing Homes

Nursing Homes; Justice Department letter outlines nursing home problems Información de publicación: *Health & Medicine Week* (Aug 23, 2004): 930.

Caprio TV, Katz PR, Karuza J. Commentary: The physician's role in nursing home quality of care: focus on restraints. *J Aging Soc Policy*. 2008;20(3):295-304

Koch, S. (2002). Tension between protective custody and human rights. A grounded theory study describing the transition from restraint to restraint free aged care. School of Nursing and Midwifery. Bundoora, Victoria, La Trobe University: 341.

Commission for Social Care Inspection . (2007). Rights, risks and restraints: an exploration into the use of restraint in the care of older people. Commission for Social Care Inspection (CSCI).

Garner, J. Institutional abuse of older adults. Council Report CR84. (2000). Royal College of Psychiatrists. Oliver D, Connelly JB, Victor CR, Shaw FE, Whitehead A, Genc Y, Vanoli A, Martin FC, Gosney MA. BMJ. 2007 Jan 13;334(7584):82. Epub 2006 Dec. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses.

Neufeld RR, Libow LS, Foley W, White H. J Am Geriatr Soc. 1995 Nov;43(11):1264-8. Can physically restrained nursing-home residents be untied safely? Intervention and evaluation design.

Anna R. Huizing , Jan P.H. Hamers , Math J.M. Gulpers ,Martijn P.F. Berger. Preventing the use of physical restraints on residents newly admitted to psycho-geriatric nursing home wards: A cluster-randomized trial.

Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Feb 16;(2):CD007546. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care.

SECCIÓN 9

Centros Libres de Sujeciones

Strumpf NE, Robinson J, Wagner J, Evans LK. Restrain free care: Individualized approaches for frail elders. New York: Springer Publishing company 1998.

Stratmann, D., Vinson, M., Magee, R., Hardin, S. (1997). The effects of research on clinical practice: The use of restraints, *Applied Nursing Research*, 1(10), pp. 39–43.

Cotter, V. T. (2005). Restraint free care in older adults with dementia . *The Keio Journal of Medicine*, 54, 2, 80-84.

English, R.A. (1989). Implementing a non-restraint philosophy. *Canadian Nurse*, 85(3), pp. 8–20, 22.

Castle, N. G. and B. Fogel (1998). "Characteristics of nursing homes that are restraint free." *The Gerontologist* 38(2): 181-8.

Strumpf, N., J. Robinson, et al. (1998). *Restraint-free care*. New York, Springer Publishing Company.

Anonymous *Long-Term Living*; Mar 2008; 57, 3; ProQuest Health & Medical Completepg. 40 When restraints are not an option.

Sundel, M M; Garrett, R M RM; Horn, R D RD. *Journal of the American Geriatrics Society* 42. 4 (April 1994): 381-387. Restraint reduction in a nursing home and its impact on employee attitudes.

Pellfolk TJ, Gustafso 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, 62-69

Capezuti, E., N. E. Strumpf, et al. (1998). "The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents." *Journal of Gerontology* 53A(1): M47-52.

Ejaz, F. K., S. J. Folmar, et al. (1994). "Restraint reduction: can it be achieved?" *Gerontologist* 34(5): 694-9.

Evans, L. K., N. E. Strumpf, et al. (1997). "A clinical trial to reduce restraints in nursing homes." *Journal of American Geriatrics Society* 45: 675-81.

Goetz, P. and Mendelsohn (1993). *Legal and regulatory issues governing the use of restraints. Toward a restraint-free environment: Reducing the use of physical and chemical restraints in long-term and acute care settings*. J. Braun and S. Lipson. Maryland, Health Professions Press.

Strumpf, N. E., L. K. Evans, et al. (1992). "Reducing physical restraints: developing an educational program." *J Gerontol Nurs* 18(11): 21-7.

Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2002). A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 6, pp. 616-625.

SECCIÓN 10

Tolerancia cero es motor de mejora. Todos ganan

Kane RL, Carter CF, Williams TF, Kane RA. Restraining Restraints: Changes in a Standard of Care. *Ann Rev Publ Health* 1993 14:545-84.

Rossy Dianne; Mackey, Marlene. Información de publicación: *The Canadian Nurse* 98. 6 (Jun 2002): 28-31. Physical restraint practices: the safe and minimal use of restraints is a primary indicator for good patient care. Yet no national standards exist and there is little information on how Canadian hospitals are measuring up.

Ellerton, Mary L. Información de publicación: *The Canadian Nurse* 98. 2 (Feb 2002): 32-3. Client restraints: more than a safety issue.

Schnelle, J. F., B. M. Bates-Jensen, et al. (2004). "The minimum data set prevalence of restraint quality indicator: does it reflect differences in care?" *Gerontologist* 44(2):245-55.

Castle, N. G. (2003). Providing outcomes information to nursing homes: Can it improve quality of care? *Gerontologist*, 43(4), 483-492.

Tomas V, Caprio MD, Paul R, Katz MD, Jurgis Karuza, PhD. The Physician's Role in Nursing Home Quality of Care: Focus on Restraints.

