REUE | Original

Uso de sujeciones físicas en ancianos atendidos en un servicio de urgencias hospitalarias

Jesús Ángel Medina Ortega[1], Irati Rivas Jáuregui[1], Ana Urrutia Beaskoa[2], Esther Álvarez-Rodríguez[1]

OBJETIVOS. Los estudios sobre sujeción física (SF) en ancianos en España a nivel hospitalario y, específicamente en urgencias, son muy escasos. El objetivo de este trabajo es conocer las características de esta práctica en un servicio de urgencias hospitalarias.

MATERIAL Y MÉTODO. Estudio observacional prospectivo realizado en el servicio de urgencias (SU) del Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid. Se estudió durante un año una muestra de pacientes mayores de 65 años, recogiendo a pie de cama las SF aplicadas, características de los pacientes en cuanto estado funcional y cognitivo, mediante la revisión de su historia clínica y entrevista a la familia y al personal sanitario.

RESULTADOS. La frecuencia de SF en mayores de 65 años fue del 1,84%. Se incluyeron 93 pacientes, con una edad media de 83 años, 59,14% varones y con altos índices de dependencia. El 38,71% tenía antecedentes de *delirium* y 34,4% de SF en ingresos previos. El motivo más frecuente para sujetar fue la protección de los sistemas terapéuticos (37,63%); un 31,18% de casos no tenía indicaciones claras para la SF. La tolerancia a estas fue mala en el 58%, aumentándose la medicación sedante tras la SF en 67,74%. Los pacientes de menos edad se sujetan con 3 o más puntos ($p < 0,05$). Hubo falta de registros sobre aplicación de la SF sobre todo en pacientes con demencia y edades avanzadas ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES. Existe una alta frecuencia de uso de SF en población anciana, en ocasiones no ajustada a las indicaciones recomendadas y con infra-registro en la historia clínica. Este uso más inadecuado y con menor respaldo documental es más frecuente en usuarios de edades avanzadas y con deterioro cognitivo establecido.

Palabras clave: Sujeciones físicas. Ancianos. Servicios de urgencias.

Use of physical restraints in the elderly in an emergency departament

BACKGROUND AND OBJECTIVE. The use of physical restraints in the elderly in Spanish hospitals has rarely been studied, especially the use in emergency departments (EDs). This study aimed to describe the use of restraint in a hospital ED.

MATERIAL AND METHODS. Prospective observational study of elderly patients under physical restraint in the ED of Hospital Universitario Severo Ochoa in Leganés in the autonomous community of Madrid. We observed and selected patients over the age of 65 years in physical restraints. Data on functional and cognitive status were extracted from the patients' charts and recorded while interviewing family and staff.

RESULTS. Restraints were used on 1.84% of those over the age of 65 years, and we analyzed data for 93 of these restrained patients. The mean age was 83 years, and 59.14% were men with a high degree of functional dependency. A history of delirium was present in 38.71%, and 34.4% had been restrained during previous hospital admissions. The most common reason for using restraints was to protect therapeutic devices (37.63%), but there was no clear indication recorded in 31.18% of the cases of restraint use. Tolerance was poor in 58% of restrained patients, and the use of sedatives increased after restraint in 67.74%. Younger patients among the elderly were restrained at 3 or more points more often ($P < .05$). Failure to record the order for restraint occurred more often in patients who had dementia or were older ($P < .05$).

CONCLUSIONS. Elderly patients are often physically restrained. Use of restraints sometimes does not follow recommendations and is under-recorded in patient charts. The inappropriate, undocumented use of restraints occurs more often in elderly patients of more advanced age and those with established cognitive deficit.

Keywords: Physical restraint. Aged. Emergency health services.

Filiación de los autores: [1]Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España. [2]Fundación Cuidados Dignos. España.
Correspondencia: Jesús Ángel Medina Ortega. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Severo Ochoa. M-402, s/n. 28914 Leganés, Madrid, España.
E-mail: jesusangel.medina@salud.madrid.org
Información del artículo: Recibido: 13-10-2022. Aceptado: 2-1-2023. *Online:* 9-1-2023.
Editor responsable: Guillermo Burillo Putze.

© SEMES

Introducción

Las consultas a urgencias relacionadas con alteraciones del comportamiento son muy frecuentes y suponen un reto diagnóstico y de manejo clínico para los profesionales de urgencias.

El abordaje de estos pacientes es complejo y en ocasiones se usan medidas de contención física y química para controlar alteraciones conductuales, que pueden ponerlos en riesgo. Existen básicamente dos tipos de usuarios a los que se contiene con medidas físicas en los servicios de urgencias hospitalarios (SU): pacientes jóvenes con problemas de conducta derivados de enfermedades psiquiátricas o consumo de sustancias tóxicas, y ancianos con desórdenes conductuales secundarios a enfermedades médicas[1].

Se define sujeción física (SF) como cualquier dispositivo, material o equipo aplicado a una persona, unido a ella o cerca de su cuerpo, que no puede ser controlado o retirado con facilidad por ella misma y que deliberadamente evita o intenta evitar la movilidad y/o el natural acceso a su cuerpo[2]. Según informes recientes, existe una deficiencia casi generalizada en la protocolización de las contenciones físicas y químicas en el medio hospitalario y una tendencia al exceso de uso[2,3].

Debido al envejecimiento la población española y la creciente prevalencia de usuarios con demencia, es habitual encontrar en los SU pacientes con cuadros de agitación psicomotriz cuyo manejo inmediato recae en personal de urgencias sin especialización en geriatría. En este contexto se usa la SF en población geriátrica, a pesar de sus efectos adversos[4] y en ocasiones sin haber agotado otros recursos. En España existen colectivos que promueven el cambio en las formas de cuidado de la población anciana institucionalizada, intentando reducir el uso de sujeciones en los centros socio-sanitarios[5]. En hospitales de agudos los datos con los que contamos sobre SF son, en general, limitados[6] y muy escasos los que se refieren a los SU[7].

El objetivo de este trabajo es conocer las características del uso de la SF en los ancianos atendidos en un SU, en concreto la frecuencia de uso, el perfil clínico y los motivos de su aplicación.

Material y método

Estudio descriptivo observacional prospectivo, realizado en el SU Generales del Hospital Universitario Severo Ochoa (HUSO) de Leganés, Madrid, en el periodo comprendido entre el 18 de febrero de 2019 y el 31 de enero de 2020. De ese periodo, se recogieron los datos de 173 días aleatoriamente, donde a las 08:00 horas, se revisaba a pie de cama todos los pacientes ingresados en el SU del HUSO (salas de observación, pacientes pendientes de ingreso, unidad de corta estancia), y se registraban los pacientes de cualquier edad que presentaban contenciones mecánicas.

En el estudio se incluyeron a mayores de 65 años que presentaban SF, excluyendo a aquellos en los que figuraba como servicio responsable psiquiatría, una vez firmado el consentimiento informado por los familiares.

Las variables se recogieron de la historia clínica, la entrevista a la familia y del personal responsable del turno. Se registraron los siguientes aspectos: edad, sexo, lugar de residencia, motivo de consulta, comorbilidad (padecer más de 4 enfermedades), polifarmacia (consumir más de 4 fármacos), uso de psicofármacos, situación funcional (medida por el Índice de Katz que valora actividades básicas de la vida diaria), deterioro cognitivo basal (medido a través de la Escala de Incapacidad Psíquica de Cruz Roja)[8] y antecedentes de *delirium* o de SF en ingresos previos.

En cuanto a la SF, se registró el motivo de sujeción, el tipo de sujeción realizada, el uso de alternativas a la misma y la tolerancia al procedimiento (Tabla 1). También se consignó en cuanto al procedimiento de SF, si estas eran registradas por enfermería en la historia clínica, y si el facultativo las indicaba por escrito en las órdenes médicas.

Para el análisis estadístico reagrupamos las variables de motivo de SF introduciendo el concepto legitimidad o adecuación de la sujeción, en dos grupos:

– Grupo de "indicaciones adecuadas", donde se incluyeron a los pacientes sujetos bajo indicaciones aceptadas por consensos internacionales y nacionales (peligro para la persona o terceros, protección de sistemas terapéuticos y obligatoriedad de reposo)[2].

– Grupo llamado de "indicaciones no adecuadas, donde se incluyeron a los pacientes contenidos por agitación, sin darse las circunstancias de peligro, riesgo de caída u otros (petición de los familiares, conducta extraña, desorientación).

Las variables cuantitativas se presentan con su medio y desviación estándar, y se analizaron mediante la U de Mann-Whitney; para las variables cualitativas, se expresaron en cifras absolutas y porcentuales y se realizó la comparación mediante la prueba de Fisher. El análisis estadístico se efectuó mediante el programa RStudio Versión 1.3.1093. El estudio contó con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del HUSO.

Tabla 1. Variables recogidas en relación con las sujeciones físicas

Motivos para la sujeción
• Agitación sin peligro: inquietud motora, desorientación, conducta extraña.
• Agitación con peligro: agresividad física contra el personal, autoagresividad e intentos de fuga.
• Riesgo de caída.
• Protección de sistemas terapéuticos: intentos de arrancamiento de sondas, vías venosas, aparatos de ventilación, etc.
Tipos de sujeción (se excluyen barras laterales de las camillas)
• 1 punto (cinturón o una muñequera).
• 2 puntos (dos muñequeras).
• 3 puntos (dos muñequeras y cinturón).
• 5 puntos (muñequeras, tobillos y cinturón).
Uso de alternativas a la sujeción
• Acompañamiento familiar.
• Movilización precoz.
• Contención química.
• Retirada de sondas.
• Minimización de la instrumentalización.
Tolerancia a la sujeción
• Considerada mala cuando la persona sujeta verbaliza su incomodidad, lucha contra las sujeciones o presenta lesiones precoces por las mismas.
• Consideraba buena cuando la persona está tranquila, dormida o indiferente a las sujeciones.

© SEMES

Resultados

De los 9.238 pacientes objeto del estudio (permanencia en el SU), 6.468 (70,45%) eran mayores de 65 años. Se registraron con medidas de SF 197 (2,13%) pacientes, correspondiendo a mayores de 65 años el 70,45% (120 casos). Por ello, la frecuencia de SF en el SU en población anciana fue del 1,84%. La muestra final del estudio fue de 93 pacientes, excluyéndose el resto por formularios incompletos o no firmar el consentimiento informado. La edad media fue de 83,23 años y el 59,14% eran varones. El 47,31% de los pacientes estaban entre 86 y 100 años, un 38,71% entre 76 y 85, y el 13,98% restante eran menores de 76 años.

Procedían de su domicilio el 65,59% de los casos y de residencias el 34,41%. La situación funcional (Índice de Katz) indicaba que el 31,18% de los pacientes eran independientes para actividades básicas (Katz A), el 20,43% eran parcialmente dependientes (Katz B-E) y el 48,39% eran completamente dependientes. En cuanto a deterioro cognitivo, el 23,66% no tenía problemas cognitivos basales, el 22,58% presentaba un deterioro cognitivo leve y el 53,77% una demencia establecida. La pluripatología se dio en un 80,65% y la polifarmacia en un 79,57% de los casos, con consumo de psicofármacos en un 74,19%.

Los diagnósticos de ingreso fueron: *delirium* (5,38%), patología infecciosa/respiratoria (49,46%), enfermedad neurológica (15,05%) y trastornos de conducta secundarios a la demencia (8,60%).

En la entrevista con la familia, el 34,41% reconoció que a sus familiares se les había sujetado en ingresos previos o en las residencias de origen y el 38,71% habían padecido *delirium* en otros ingresos hospitalarios. Los ancianos procedentes de residencia tenían antecedentes de SF en un 62% de los casos frente a un 20% de los ancianos que vivían en sus domicilios.

Los motivos de la SF fueron: agitación sin peligro en un 22,58%, agitación con peligro en un 31,19%, protección terapéutica en un 37,63% y riesgo de caída en un 8,6% de los casos. El tipo de sujeción aplicada a los pacientes fue de un punto en un 13,98% de casos, de dos puntos en un 69,89%, de tres puntos en un 8,60% de casos y de más de tres puntos en el 7,53% restante.

Antes de sujetar a los pacientes se llamó a la familia para tranquilizar al paciente en un 7,53% de casos, se emplearon fármacos antipsicóticos/sedantes en otro 7,53% y se ensayó una alternativa funcional (sentar en un sillón, retirada de sonda vesical, etc.) en un 13,98%. En más del 70% no se implementó ninguna medida previa a la sujeción.

La indicación de la SF por escrito en las órdenes de tratamiento se consignó en el 38,71%, mientras que el registro de las SF por enfermería se realizó en un 62,37%.

La tolerancia a la SF fue mala en el 58% de los pacientes en el momento de la recogida de datos (luchaba contra la sujeción o verbalizaba su incomodidad). Tras la SF se aumentó la medicación antipsicótica/sedante a un 67,74% de los ancianos.

Análisis sobre la adecuación o legitimidad de las sujeciones

El 68,82% de los pacientes se sujetaron por indicaciones aceptadas para la SF. En el análisis estadístico entre adecuación de la SF en función de la edad, deterioro cognitivo y situación funcional encontramos que, en el caso de la edad, de los pacientes sujetos por motivos no adecuados solo el 7,1% de los pacientes tenían entre 65 y 75 años, mientras que en los usuarios de más edad la proporción de SF era mucho más elevada: el 50% en el grupo de 76 a 85 años y el 42,9% en el de 86 a 100 años. Es el grupo de edad de entre 76 y 85 años donde se producían la mayoría de SF y donde apreciamos una tendencia (aunque no significativa) a usar las SF de una manera menos adecuada. No encontramos asociación entre adecuación de la SF y deterioro cognitivo.

Con respecto a la situación funcional, hubo una tendencia sin significación estadística a sujetar a ancianos sin deterioro funcional de base que comenzaban con alteraciones de conducta sin peligro (hasta en un 50% de estos pacientes se sujeta por motivos inadecuados).

Perfil clínico y tipo de SF

Existieron diferencias en el tipo de SF que se usa dependiendo del perfil clínico basal del paciente. A los usuarios con antecedentes de demencia se les sujetaba rara vez con tres o más puntos (11,21%), mientras que si no había deterioro de base este tipo de SF se usó en el 31,82% de los casos (p = 0,041) Tabla 2, Figura 1.

Esta relación se daba también con respecto a la situación funcional: pacientes independientes (Índice de Katz A)

Tabla 2. Características de las sujeciones realizadas en función del estado cognitivo y funcional de los pacientes

Adecuación de la SF y situación funcional			
Situación funcional	SF adecuada (N = 14) n (%)	SF no adecuada (N = 58) n (%)	p
Independientes	7 (50)	20 (34,48)	0,03
Parcialmente dependientes	1 (7,14)	15 (25,86)	
Muy dependientes	67 (42,86)	23 (39,66	
Tipo de sujeciones y deterioro cognitivo basal			
Sujeción	Sin deterioro (N = 22) n (%)	Con deterioro (N = 71) n (%)	p
Alta (≥ 3 puntos)	7 (31,82)	8 (11,27)	0,041
Baja (≤ 2 puntos)	15 (68,18)	63 (88,73)	
Prescripción médica de la SF y situación funcional			
Prescripción	Sin deterioro (N = 22) n (%)	Con deterioro (N = 71) n (%)	p
No	8 (36,36)	49 (69)	0,011
Sí	14 (63,64)	22 (31)	
Prescripción médica de la SF y situación funcional			
Prescripción	Independientes (N = 33) n (%)	Dependencia parcial (N = 23) n (%)	Muy dependiente (N = 37) n (%)	p
No	15 (36,36)	16 (69,57)	26 (70,27)	0,076
Sí	188 (36,36)	7 (30,43)	11 (29,73)	
Tipo de sujeciones y deterioro cognitivo basal				

SF: sujeciones físicas.

© SEMES

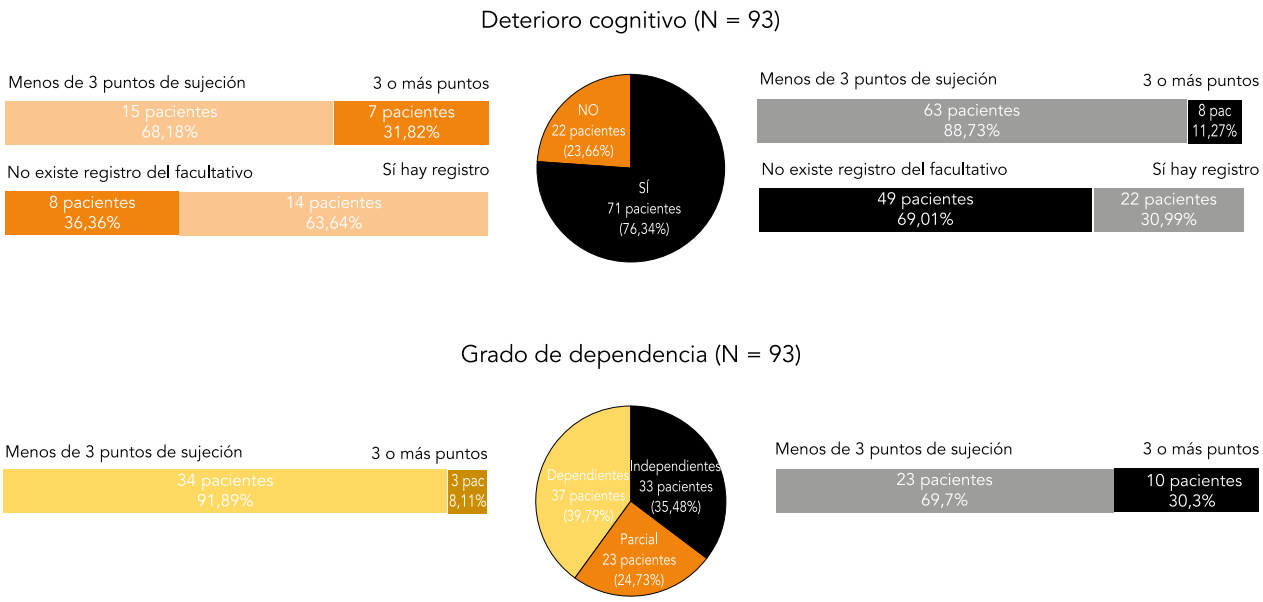

Figura 1. Perfil clínico y tipo de sujeción.

presentaban una contención de tres o más puntos en el 30,3% de los casos, mientras que solo el 8% de los pacientes con deterioro funcional establecido necesitaron de estas medidas tan drásticas de limitación de movimientos. Esta asociación era aún más clara dependiendo de la edad: los individuos más ancianos se sujetaban rara vez con más de dos puntos (p = 0,001)

Así mismo, hemos encontrado diferencias significativas entre la situación cognitiva basal y la prescripción (por escrito) de la SF por parte del médico: en pacientes con demencia establecida no había registro documental por parte del facultativo en el 69% de los casos, sin embargo, cuando el paciente no tenía deterioro cognitivo basal, encontramos que la prescripción por escrito de la orden médica está ausente solo en un 36% de los casos (p = 0,011) Tabla 2.

Discusión

Este estudio pretende ser una aproximación inicial a un problema complejo que está presente en nuestro trabajo diario: el uso las SF y químicas para controlar alteraciones de conducta del anciano en los SU. A pesar de tener importantes implicaciones éticas[9], sigue siendo un tema poco estudiado e incluso incómodo de abordar: se sujeta al anciano agitado aunque a nadie le guste esta medida.

España está asistiendo a un importante cambio de paradigma en el cuidado de nuestros mayores en el ámbito sociosanitario, pero en los hospitales hay todavía desconocimiento, falta de formación y falta de protocolos para que puedan cambiar algunos hábitos adquiridos en el tratamiento agudo del anciano confuso y agitado[10].

El primer paso para que se produzca este cambio es conocer la situación real en nuestras unidades hospitalarias y en el caso concreto de las urgencias contamos con escasos estudios de prevalencia de uso de SF. Existen estudios en otros países que estiman una prevalencia de las sujeciones físicas en las urgencias hospitalarias en torno a 0,5-0,8%[1,11].

Nuestra prevalencia es más elevada que la encontrada en otras publicaciones, pero lo que nos parece un punto fuerte de nuestro estudio es que la frecuencia de SF no se calcule a partir de registros de enfermería[1,11], si no que sea por un registro a pie de cama. Hemos comprobado que no todas las SF se registran (dato que también aparece en otras publicaciones) y esto obedece probablemente a que todavía vemos la sujeción como una medida inofensiva y que no es necesario documentar[12].

Entre otras explicaciones a esta alta incidencia de SF, cabría destacar la falta de formación de un equipo que tiende a sujetar en exceso si nos comparamos con otros países de nuestro entorno[13,14] y también a una población de referencia muy envejecida, con prolongadas estancias en urgencias, poco adaptadas a personas muy vulnerables.

En nuestro estudio el 70,45% de ingresados en urgencias tenían más de 65 años, con niveles muy altos de comorbilidad, polifarmacia y deterioro funcional. A estas características clínicas hay que añadir las propias del funcionamiento del SU (contaminación acústica y lumínica, largas estancias hasta el ingreso en planta, etc.) para entender cómo se multiplican los factores externos que empeoran los problemas conductuales y que podrían explicar nuestra alta tasa de SF.

En cuanto al perfil habitual del anciano que se sujeta en urgencias, suele ser varón de más de 80 años con comorbilidad, polifarmacia, deterioro funcional y cognitivo, que ingresa en el SU por un cuadro infeccioso y al que se sujeta con muñequeras para proteger la vía venosa y así evitar que se la arranque.

Más del 30% de nuestra serie tenía antecedentes de *delirium* o SF en ingresos anteriores y este dato podría ser de gran utilidad en la valoración inicial del anciano que ingresa en el SU. Interrogar a los familiares sobre este aspecto podría servir para seleccionar de forma más precisa a un tipo de usuarios de alto riesgo y sobre los que actuar

© SEMES

de forma precoz ante los primeros síntomas (inquietud, suspicacia, etc.) y que en multitud de estudios sobre *delirium* en población geriátrica han resultado eficaces[15].

La indicación más frecuente de la sujeción física en urgencias (casi el 40% de nuestra serie) fue la protección de los sistemas terapéuticos: accesos venosos, sondas, aparatos de ventilación, etc. En estos casos, algunos estudios muestran los efectos beneficiosos de reducir la instrumentalización en el anciano ingresado para disminuir la incidencia de *delirium* y con ello la necesidad de SF[16].

Sin embargo, nos llama la atención que hasta en un tercio de los casos los motivos para sujetar no correspondían con las indicaciones adecuadas (lo que hemos llamado legitimidad/adecuación de la sujeción). En ocasiones se sujetaba por desorientación o por inquietud psicomotora sin riesgo. Esto sucede con frecuencia en pacientes con edades más avanzadas (donde se concentra el mayor número de contenciones de nuestra serie), pero también en usuarios sin deterioro funcional basal y en los que la aparición inesperada de estos síntomas cognitivos y conductuales podría alarmar al personal del SU utilizando SF precozmente. También aquí la formación de los profesionales podría reducir la necesidad de SF, implementando medidas alternativas mejor toleradas para el anciano como el acompañamiento familiar, la movilización precoz, la reducción de la instrumentalización y agilizar el ingreso en planta, entre otras[17].

El tipo de sujeción es diferente según el perfil clínico: los más jóvenes, sin deterioro cognitivo ni funcional de base que presentaban *delirium* se le aplicaba 3 o más puntos de contención magnética. Esto podría responder a que el nivel de agitación era más intenso, por lo inesperado de su conducta o porque eran sujetos con más fuerza física.

Finalmente queremos destacar la falta documental habitual en las SF en nuestro estudio, encontrado además que esta tendencia a no registrar ni prescribir la orden de SF es mayor en pacientes con más deterioro funcional y más edad. Parece que este subgrupo de población, más vulnerable, necesitara menos "justificación" para implementar unas medidas mal toleradas como la sujeción física.

El 58% de los pacientes luchaba contra la sujeción o verbalizaba su incomodidad y el 67% necesitó aumento de la medicación sedante tras la contención, lo que podría reflejar que el número de pacientes que toleró mal la contención fuera mucho mayor. Por este motivo y teniendo en cuenta los efectos secundarios físicos y psíquicos de las SF demostrados en múltiples estudios[18], sorprende esta falta de documentación y, lo cual podría reflejar una cultura predominante en el medio hospitalario de lo inofensivo de la sujeción y de su inevitabilidad en la población anciana.

En nuestra serie con los mayores de 85 años se usaban frecuentemente las llamadas "sujeciones blandas" para las muñecas (menos rígidas y más fácil de liberarse). El uso de este nombre también hace que se las considere más inofensivas y tolerables, por lo que es frecuente que la enfermería tome la iniciativa ante cuadros de inquietud y riesgo de los tratamientos iniciados.

Un estudio que tenía como objetivo evaluar la percepción sobre las contenciones mecánicas de 785 enfermeras españolas, mostró que aunque más de la mitad considerasen no tener los conocimientos ni entrenamiento suficiente, veían esta medida necesaria en su práctica clínica[18]. Esta mentalidad tan extendida en nuestro medio podría explicar la diferencia significativa entre el escaso registro documental de la SF en el anciano y el registro más sistemático que se realiza en las SF en jóvenes con patología psiquiátrica[19-21].

Como limitaciones de nuestro trabajo, en primer lugar, se trata de un trabajo unicéntrico y con una muestra pequeña de pacientes, dada su prevalencia en los SU españoles[22]. En segundo lugar los investigadores eran personal del propio SU y por tanto no investigadores externos, lo que puede haber modificado los datos del estudio, al menos en los pacientes tratados por ellos con SF. Con todo, creemos que este trabajo puede considerarse como generador de hipótesis y como punto de partida para futuras acciones formativas desde la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) como sociedad científica, al igual que otras sociedades similares extranjeras[23].

Conclusiones

Existe una alta frecuencia de uso de SF en población anciana en los SU en relación con países de nuestro entorno. Esta práctica tiende a no registrase sistemáticamente en la historia clínica y, en ocasiones, no se ajusta a las indicaciones recomendadas para su aplicación. Este uso más inadecuado y con menor respaldo documental, es más frecuente en usuarios de edades avanzadas y con deterioro cognitivo establecido.

Mejorar la formación de todo el personal sanitario es esencial para gestionar mejor las SF en el paciente anciano atendido en urgencias[24,25], ya que muchas de las contenciones no cubren necesidades de la persona sino, probablemente, de los trabajadores y la organización[26-28].

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación externa en relación con el presente artículo.

Responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes, acuerdo de publicación y cesión de derechos de los datos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beysard N, Yersin B, Carron PN. Mechanical restraint in an Emergency Departament a consecutive series of 593 cases. Intern Emerg Med. 2018;13:575-83.
2. Wagner I, Capezuti E, Hamers JM. A Delphi consensus study to determine an internanationally accepted definition on physical restraints. Meeting abstract bleijlevens. Gerontologist. 2012;52:136.
3. Bernadette Dierckk de Casterlé. Contextual influences on nurses decision making in cases of physical restraint. Nurs Ethics. 2015;22:642-51.

© SEMES

4. Fariña-López E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de sujeción física en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46:36-42.
5. Ramos Cordero P, López Trigo JA, Maíllo Pedraz H, Paz Rubio JM. Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50:35-8.
6. Palese A, Danielis M, Cicogna C, Grassetti L. Does missed nursin care influence the use of physical restraint and its durationin acute medical patients) secondary analysis of a longitudinal study. Nurse Health Sci. 2020;4:929-40.
7. Wong AH, Taylor A, Ray JM, Berstein SL. Physical Restraint use in adult patients presenting to a general emergency department. Ann Emerg Med. 2019;73:183-92.
8. Guillen F, López P. Aspectos específicos del diagnóstico en la persona mayor. Valoración geriátrica. Medicine. 1995;6:3845-53.
9. Marks W. Physical Restraint in the practice of medicine. Current concepts. Arch Intern Med. 1992;152:2203-06.
10. Gómez-Durán EL, Guija JA, Ortega-Monasterio L. Aspectos médico-legales de la contención física y farmacológica. Med Clin (Barc). 2014;142:24-9.
11. Garace A, Muir-Cochrane E. The use of Restraint in four general hospital emergency department in Australia. Australas Psichiatry. 2014;8:366-9.
12. Chapman R, Ogle KR, Martin C, Rahman A, Mckenna B, Barnfield J. Australian nurses perceptions of the use of manual restraint in the Emergency Department: a qualitative perspective. J Clin Nurs. 2016;25:1273-81.
13. Hofman H, Schorro E, Haastert B, Meyer G. Use of physical restraints in nursing homes: a multicentre cross-sectorial study. BMC Geriatr. 2015;21:129.
14. Heinze C, Dassen T, Grittner U. Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors. A cross-sectorial study. J Clin Nurs. 2012;21:1033-40.
15. Marcella Carrasco. *Delirium:* una epidemia desde el servicio de urgencias hasta la unidad del paciente crítico. Rev Med Clin Condes. 2017;28:301-10.
16. Inouye SK, Westwndorp RG, Saczynsky JS. Delirium in hospitalized older patients: recognition and risk factors. J Geriatr Psychiatry Neurol. 1998;11:118-25.
17. Llorens M, Irigoin V, Prieto J, Torterolo A, Guerrini V, Lamas L, et al. Características clínicas del síndrome confusional en un hospital general: factores de riesgo y factores precipitantes. Arch Med Interna. 2009;4:93-8.
18. Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Gandoy-Crego M, Polo-Luque LM, Gómez-Cantorna C, Capezuti EA. Percepcion of Spanish nursing Staff on the use of physical restraint. J Nurs Scholars. 2014;46:322-30.
19. Guedj MJ. The practice of restraint Ia phychiatric emergency unit. Encefale. 2004;30:32-9.
20. Riachi S, Thomson G. An Integrative review exploring decision making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. J. Psichiatry Ment Heath Nurs. 2016;23:116-28.
21. Gunawardena R, Smithard DG. The attitudes towards the use of restraint and restrictive intervention among healthcare staff on acute medical and fraitty wards-A brief literature review. Geriatrics. 2019;4:50-5.
22. Miró O, Jacob J, García-Lamberechts EJ, Piñera Salmerón P, Llorens P, Jiménez S, et al. Características sociodemográficas, funcionales y consumo de recursos de la población mayor atendida en los servicios de urgencias españoles: una aproximación desde la cohorte EDEN. Emergencias. 2022;34:418-27.
23. American College of Emergency Physicians, The American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, Society for Academic Emergency Medicine. Geriatric Emergency Department Guidelines, 2013. (Consultado 2 Diciembre 2022). Disponible en: https://www.acep.org/globalassets/uploads/uploaded-files/acep/clinical-and-practice-management/resources/geriatrics/geri_ed_guidelines_final.pdf.
24. Fernández Rodríguez Á, Zabala Blanco J. Restricción física: revisión y reflexión ética. Gerokomos. 2014;25:63-7.
25. Lockwood C, Stannard D, Munn Z, Porritt K, Carrier J, Rittenmeyer L, et al. Experiences and perceptions of physical restraint policies and practices by health professionals in the acute care sector. A qualitative systematic review protocol. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2018;16:1103-8.
26. Enns E, Rhemtulla R. A controled quality improvement trial to reduce the use of physical restraints in older hospitalized adults. J Am Geriatric Soc. 2014;62:541-5.
27. Tortosa MÁ. Granell R, Fuenmayor A, Martínez M. Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores en demencia en residencias. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51:5-10.
28. Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Polo-Luque ML, Hanzeliková Pogránvivá A, Penelo E. Physical Restraint Use With Elderly Patients: Perceptions of Nurses and Nursing Assistants in Spanish Acute Care Hospitals. Nurs Res. 2018;67:55-9.

© SEMES