



ORIGINAL

Uso de sujeciones físicas en ancianos atendidos en un servicio de urgencias. Análisis de los factores clínicos, del entorno y de la organización del equipo sanitario asociados en la toma de decisiones



Jesús Ángel Medina Ortega^{a,*}, Ana Urrutia Besaskoa^{a,b}, Esther Álvarez-Rodríguez^a, Paloma Martín Carrasco^a, María José Navas Ara^{a,c} y Grupo multidisciplinar Urgencias Generales HUSO[◇]

^a Servicio de Urgencias Generales, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España

^b Fundación Cuidados Dignos

^c Metodología de las Ciencias de Comportamiento, Facultad de Psicología de la UNED, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de abril de 2024

Aceptado el 21 de junio de 2024

Palabras clave:

Sujeciones físicas

Ancianos

Servicios de urgencia

RESUMEN

Objetivo: Conocer la influencia de distintos factores implicados en la decisión de aplicar sujeciones físicas (SF) en el manejo de ancianos con trastornos de conducta en un servicio de urgencias (SU).

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en el SU del Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés, Madrid). Se incluyeron 125 ancianos con conductas disruptivas y se recogieron variables clínicas, de manejo del paciente, organizacionales y del entorno. Se analizaron los individuos que habían sido sometidos a una SF para conocer qué factores estuvieron relacionados con la decisión final de sujetar.

Resultados: El 32,8% de los participantes fue sometido a una SF. Los aspectos que más influyeron en la decisión de sujetar fueron los relacionados con la organización y el entorno: la formación específica del personal disminuyó la probabilidad de sujetar en un 50% ($p < 0,05$) y un buen apoyo de todo el equipo redujo hasta en un 75% el riesgo de usar la SF ($p < 0,0005$).

Factores relacionados de manejo del paciente como la contención verbal, el alivio del dolor, el acompañamiento familiar y la movilización precoz redujeron significativamente el uso de SF ($p < 0,05$). El único aspecto clínico dependiente del paciente que aumentó el riesgo de SF fue el sexo masculino ($p < 0,05$).

Otros factores que no se relacionaron con la probabilidad de aplicar SF fueron, entre otros, la ratio enfermera/paciente, el tipo de conducta, la edad ni la situación funcional/cognitiva.

Conclusiones: Los factores exclusivamente clínicos del paciente tuvieron poca influencia en la decisión de sujetar al anciano en un SU. Sin embargo, variables del entorno, de la organización y del manejo de la conducta podrían favorecer alternativas más respetuosas y reducir así el uso de SF en el anciano con conductas disruptivas en urgencias.

© 2024 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: medinayortega@yahoo.es (J.Á. Medina Ortega).

◇ Los nombres de los componentes del Grupo multidisciplinar Urgencias Generales HUSO están relacionados en el [anexo 1](#).

Use of physical restraints in the elderly in an emergency department. Analysis of clinical, environmental and health care team organization factors associated with decision making

A B S T R A C T

Keywords:
Physical restraints
Elderly
Emergency department

Objective: To determine the influence of different factors involved in the decision to apply physical restraints (PR) in the management of the elderly people with conduct disorders in an emergency department (ED)

Methods: A prospective observational study was conducted in the ED of the Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés, Madrid). We included 125 elderly people with disruptive behaviors and collected clinical, patient handling, organizational and environmental variables. Individuals who had undergone PR were analyzed to learn what factors were related to the final decision to restrain.

Results: 32.8% of the participants underwent PR. The aspects that most influenced the decision to restrain were those related to the organization and environment: specific staff training decreased the probability of restraint by 50% ($P<.05$) and good support from the whole team reduced the risk of using SF by up to 75% ($P<.0005$).

Related patient handling factors such as verbal restraint, pain relief, family accompaniment and early mobilization significantly reduced the use of PR ($P<.05$). The only patient-dependent clinical aspect that increased the risk of SF was male sex ($P<.05$).

Other factors unrelated to the probability of applying PR were, among others, nurse-patient ratio, type of behavior, age, or functional/cognitive status.

Conclusions: Exclusively clinical factors of the patient had little influence on the decision to restrain the elderly in an ED. However, environmental, organizational, and behavioral handling variables could favor more respectful alternatives and thus reduce the use of PR in the elderly with disruptive behaviors in the ED.

© 2024 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

Nadie desea estar sujeto a la cama de un hospital, pero, a pesar de esta verdad tan obvia, seguimos aplicando contenciones físicas a los pacientes agitados o confusos en nuestra práctica diaria, convirtiéndonos en uno de los países de la Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE) que más sujeta¹.

El uso de la sujeción física (SF) con el fin de proteger a una persona en un momento determinado no se aplica de forma similar en todos los ámbitos, va a depender del nivel asistencial, del centro sanitario, del país o, incluso, del momento histórico. Debido al envejecimiento poblacional reciente, hemos asistido a un aumento de su uso, pero sin contar con regulación adecuada ni legislación específica, y con una tendencia al abuso^{2,3}.

La sensibilización sobre el no uso de las sujeciones ha crecido en los centros sociosanitarios de mayores, pero en el ámbito hospitalario seguimos con un desfase de años con respecto a centros de larga estancia donde, cada vez más, prevalece el cuidado centrado en la persona^{2,3}.

Recientemente se han publicado estudios de corte cualitativo en nuestro país que analizan este fenómeno desde el punto de vista cultural. Se sujeta porque siempre se ha hecho así y las condiciones de la institución no favorecen prácticas que garanticen la seguridad y la dignidad de la persona cuidada^{2,3}.

Por este motivo podemos ver grandes diferencias en la frecuencia del uso de SF en distintos servicios hospitalarios incluso en situaciones muy similares. Contamos con estudios sobre el uso de sujeciones en pacientes de cuidados intensivos que han encontrado profundas diferencias en la prevalencia de su uso en el mismo país y con ratios de enfermería similares^{4,13}.

Parece lógico pensar que el principal motivo para sujetar es una conducta disruptiva o poco cooperativa del paciente que se pone en peligro a sí mismo o a la continuidad del tratamiento que necesita⁵. Si tenemos en cuenta el entorno en el que se origina la agitación (p. ej., una sala de urgencias o un servicio de cuidados intensivos) y la necesidad de proteger los sistemas terapéuticos para tratar su enfermedad aguda o la descompensación de patologías crónicas,

parece lógico pensar que aplicando medidas coercitivas se busca solamente el beneficio del paciente.

Sin embargo, recientes estudios y la experiencia acumulada en este tema tan complejo apuntan que, tal vez, el motivo de sujetar no es fundamentalmente clínico sino de gestión⁶. Es decir, el problema no es del paciente, sino de la institución que mantiene unos procesos de cuidados deficitarios que priorizan las necesidades de la organización frente a las de la persona.

En este contexto de controversia y falta de conocimiento actual con respecto al uso de las SF en ancianos en el medio hospitalario, surge este trabajo de investigación realizado por un grupo multidisciplinar de trabajadores del servicio de urgencias (SU) preocupados en mejorar la humanización del cuidado de ancianos vulnerables en este nivel asistencial.

En 2020 este grupo realizó un protocolo de buen uso de SF y posteriormente un estudio descriptivo sobre la prevalencia de SF en el SU⁷. De estos esfuerzos nace la necesidad de fomentar las buenas prácticas en el manejo de los trastornos de conducta de los ancianos y evitar así el abuso de las medidas coercitivas.

El objetivo fundamental de este proyecto es estudiar el perfil de pacientes ancianos atendidos en un SU que presentaban alteraciones de conducta disruptiva o poco colaborativa y analizar la influencia que tuvieron los aspectos clínicos, organizacionales y del entorno en la decisión última de sujetar.

Material y métodos

Diseño del estudio

Se trata de un estudio descriptivo observacional prospectivo realizado en el Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés, Madrid) y aprobado por el Comité de Ética e Investigación del mismo centro en julio del 2022.

Proceso de recogida de datos

La recogida de datos se realizó desde el 7 de noviembre de 2022 al 7 de mayo de 2023 en días aleatorios por un equipo de investi-

Tabla 1

Variables del estudio

<i>Variables sociodemográficas y clínicas</i>	
Sexo	Varón/mujer
Situación funcional basal	Índice de Katz
Situación cognitiva basal	Escala incapacidad psíquica Cruz Roja
Escala Confusion Assessment Method (CAM)	Para el diagnóstico de <i>delirium</i>
Tipo de alteración de conducta predominante	Agresividad/riesgo para los sistemas terapéuticos/riesgo de fuga o caída
<i>Variables de manejo del paciente</i>	
Alternativas funcionales a la sujeción	Movilización precoz/desplazamiento funcional/reducción de la instrumentalización
Alivio sintomático temprano	Del dolor, disnea, ansiedad
Contención química	Antipsicóticos clásicos/atípicos/ansiolíticos/otros
Tipo de instrumentalización	Menor (vía venosa periférica), compleja (ventilación mecánica, sonda vesical, monitor. . .)
Sujeción física al final del turno	Sí/No
Prescripción médica por escrito de la SF	Sí/No
<i>Variables ambientales y organizativas</i>	
Contaminación acústica/lumínica	Sí/No
Acompañamiento familiar	No/algunas horas/todo el turno
Horas de estancia en urgencias desde el triaje hasta comienzo de conducta alterada	Menos de 24 h/más de 24 h
Turno	Mañana/tarde/noche
Ratio enfermera/paciente	Más de 12, 12 o menos
Cansancio subjetivo al final del turno	Medido de 1 a 5
Apoyo del resto del equipo en la gestión del caso	Medido de 1 a 5
Formación específica en sujeciones y <i>delirium</i>	Sí/No

SF: sujeciones físicas.

gadores formado por 5 médicos, 9 enfermeros y un estudiante de medicina.

Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 65 años con conductas disruptivas o agitadas y que quedaran en observación o pendientes de ingreso a cargo del servicio de urgencias. Una vez seleccionado el paciente se incluía en el estudio si se firmaba el consentimiento informado.

El consentimiento informado para participar en el estudio lo pudo dar el propio paciente (si había cedido el cuadro de confusión) o sus familiares si persistía el *delirium* o la conducta alterada.

Los criterios de exclusión fueron: ser menor de 65 años, que estuvieran a cargo del servicio de psiquiatría o que no quisieran participar en el estudio.

Las variables del estudio se obtenían al final del turno a través de una entrevista con el profesional que había gestionado el caso (enfermería en la mayor parte de los casos), una entrevista a la familia y datos recogidos en la historia clínica.

Los individuos seleccionados fueron tratados según *lex artis* de los profesionales en todo momento (no se trataba de un estudio de intervención, solo descriptivo y observacional).

Los datos recogidos fueron anonimizados desde el principio asignando un número de registro a cada número de historia.

Variables

Las variables que se recogieron fueron agrupadas en las tres esferas que decidimos analizar: aspectos clínicos, variables relacionadas con el manejo de la agitación por parte de los profesionales y, por último, factores del ambientales y de la organización (tabla 1).

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra general examinando la distribución de frecuencias de todas las variables. Seguidamente se replicó ese estudio en la muestra de pacientes que terminaron con una SF. A continuación, se examinó mediante una prueba Chi-cuadrado la posible asociación entre acabar sujeto y todas las variables del estudio, con el fin de ver si había factores de riesgo/protección que contribuyeran a incrementar o reducir la probabilidad de que el anciano termine con una SF en urgencias. En

el caso de variables dicotómicas, no solo se calculó la proporción de ancianos sujetos en las 2 categorías de la variable, sino que se estimó el riesgo relativo de terminar sujeto mediante una razón de proporciones.

Los análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico SPSS® versión 25.

Resultados

Resultados descriptivos (fig. 1)

La muestra cuenta con 125 ancianos con alteraciones conductuales, el 83% de los cuales presentaban *delirium* con arreglo a los criterios de la escala Confusion Assessment Method (CAM)²⁷.

Existe un predominio de varones (63%) y de personas de avanzada edad (el 42% tiene más de 85 años y el 43% entre 76 y 85); casi el 70% presentan algún tipo de deterioro funcional y cognitivo basal y más de la mitad (57%) no contaban con acompañamiento familiar durante su estancia en servicio de urgencias.

Aunque la gran mayoría presentaba sistemas terapéuticos para el tratamiento del proceso agudo, solo un 29% tenía alta complejidad en la instrumentalización (sondas, monitores, ventilación no invasiva).

Un 44% de los pacientes estuvieron más de 24 h en el servicio y el resto menos de un día. Más de la mitad de los registros de los pacientes proceden del turno de noche, con un 26% en el turno de mañana y un 18% en el de tarde (fig. 2). Los pacientes fueron atendidos mayoritariamente en condiciones de contaminación lumínica/acústica (en el 73% de los casos) y por equipos donde la ratio enfermera/paciente era menor de 12 (78%) con un cansancio subjetivo importante al final del turno (un 38% lo califica de alto y un 33% como moderado). Sin embargo, son equipos que están bien cohesionados (más del 70% se siente bastante o muy apoyado por sus compañeros en la gestión del paciente agitado) y con formación en la aplicación de SF (66%).

La alteración del comportamiento más frecuente en estos pacientes fue con diferencia el intento de fuga o de salir de la cama (42%) seguido del riesgo de comprometer el tratamiento y, por último, las conductas agresivas (26-27%). Las medidas de contención más utilizadas fueron verbales y químicas, en prácticamente el 90% de los pacientes. En la mitad de los pacientes no se introdujo

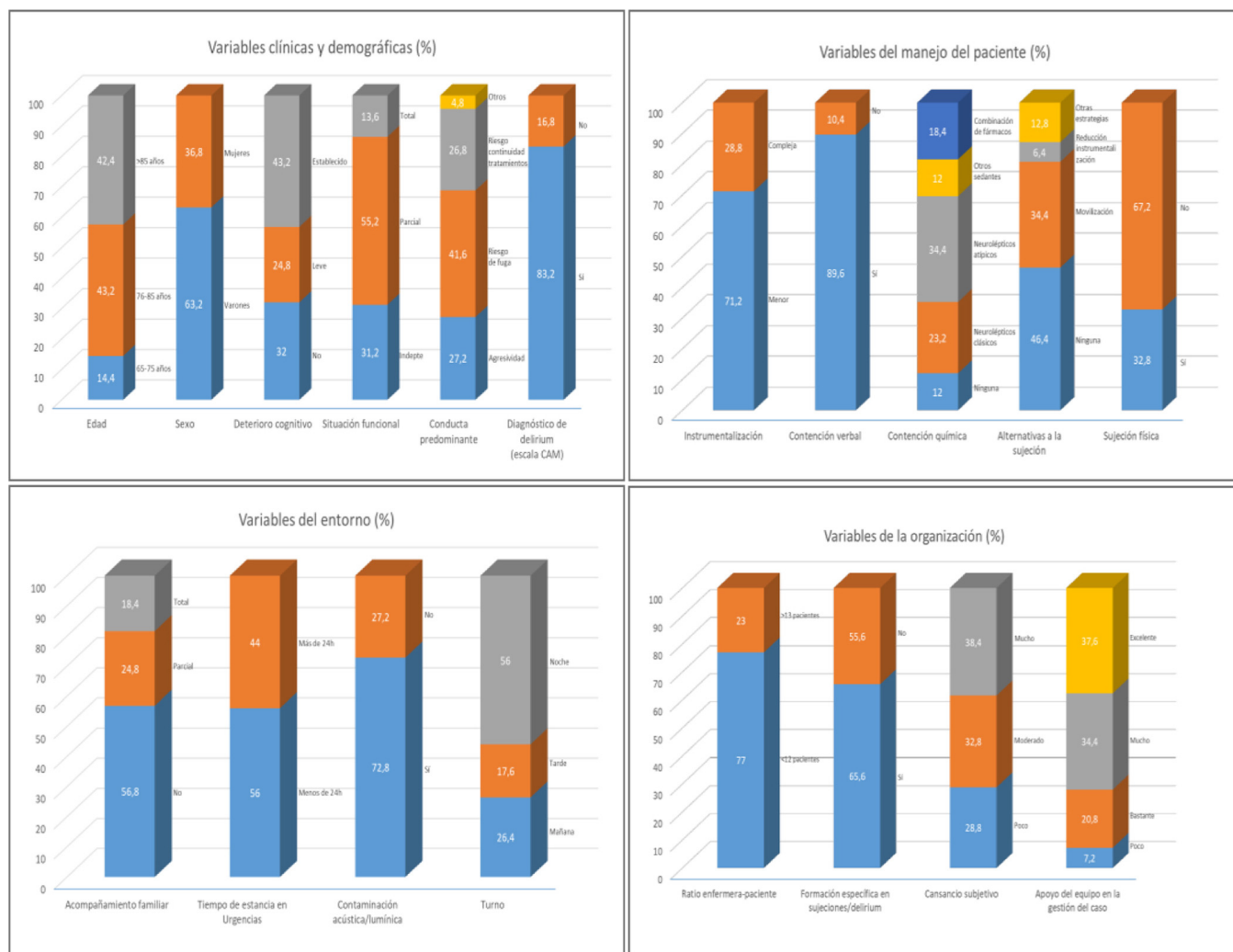


Figura 1. Resultados descriptivos.

Gráfico de barras

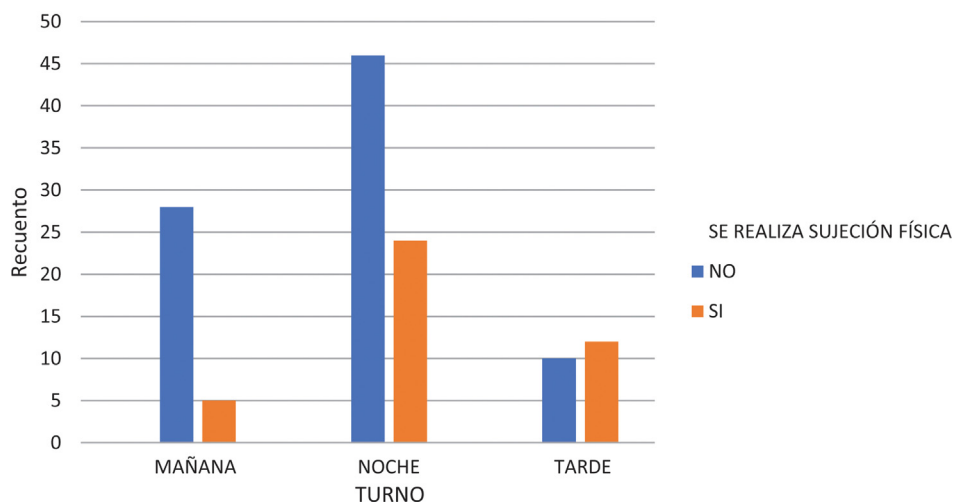


Figura 2. Sujeciones físicas dependiendo del turno de trabajo.

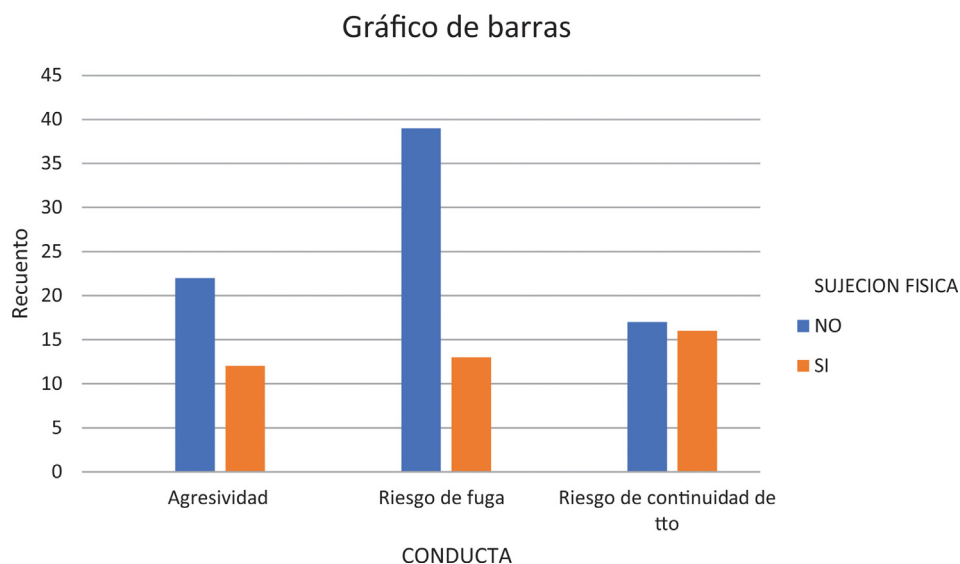


Figura 3. Relación del tipo de alteración conductual y del uso de sujeciones físicas.

Tabla 2

Variables con significación estadística en la decisión de sujetar

Variables	Chi-cuadrado	Valor de p	p(SF/cat1)	p(SF/cat2)	RR
Sexo (mujer/varón)	4,04	0,04	0,22	0,39	0,56
Acompañamiento (sí/no)	6,66	0,01	0,21	0,42	0,5
Contención verbal (sí/no)	12,82	0	0,28	0,77	0,36
Alivio síntomas (sí/no)	6,45	0,01	0,22	0,44	0,5
Movilización precoz (sí/no)	6,23	0,02	0,21	0,45	0,47
Formación en SF (sí/no)	7,65	0,01	0,24	0,49	0,49
Contaminación ambiental (sí/no)	4,86	0,27	0,18	0,38	0,47
Turno (mañana/tarde/noche)	9,45	0,01			
Apoyo equipo (poco/bastante/mucho)	21,32	0			

RR: riesgo relativo; SF: sujeciones físicas.

ninguna medida alternativa a la SF, aunque en el 34% sí que se realizó una movilización precoz para aliviar la agitación. La SF se aplicó a un tercio de los participantes y en el 71% de los casos constaba la prescripción por escrito del facultativo responsable.

Resultados de pacientes con sujeciones físicas

Los 41 pacientes que finalmente terminaron con una SF comparten un buen número de las características descritas para la muestra general. Sin embargo, hay un número significativamente mayor de varones (76%) y de ancianos sin acompañamiento familiar (73%); la alteración conductual más frecuente es la que compromete su tratamiento (39%) y prácticamente la mitad de ellos son atendidos por equipos que reconocen estar muy cansados.

Análisis inferencial

Los resultados obtenidos al estudiar la asociación entre el hecho de terminar o no con una SF y las variables del estudio revelan una relación estadísticamente significativa con el género del paciente, el acompañamiento familiar y el tipo de alteración conductual (fig. 3), así como con algunas medidas de manejo (contención verbal, movilización precoz y alivio de síntomas), con variables del entorno (turno, contaminación ambiental) y, sobre todo, del equipo (formación en SF y apoyo subjetivo del resto del equipo).

En la tabla 2 se indica el valor estadístico de contraste y la probabilidad asociada para las variables donde esa relación fue estadísticamente significativa, junto con la proporción de pacientes

que se sujetaron en las categorías de las variables dicotómicas, así como el riesgo relativo de terminar con una SF.

Como se puede observar en la tabla, el riesgo de acabar sujeto se reduce aproximadamente a la mitad para las mujeres ($p:0,04$) y para las personas que están acompañadas de su familia ($p:0,01$). De la misma forma, la probabilidad de ser sujetado baja al 50% cuando se alivian con premura síntomas como el dolor ($p:0,01$) y se combate la alteración conductual con medidas de movilización precoz como levantar a un sillón, pasear y llevar al baño ($p:0,02$). Cuando los pacientes son tratados por personal con formación específica en SF ($p:0,01$) y con una baja contaminación ambiental también se reduce el riesgo de acabar con una SF ($p < 0,5$). Una variable que se ha revelado especialmente relevante es el grado de apoyo percibido en el equipo (fig. 4), que reduce notablemente la probabilidad de una SF ($p < 0,0005$).

Discusión

Con el envejecimiento poblacional y el aumento de la prevalencia de la demencia, el uso de SF ha dado el salto de la psiquiatría a la geriatría sin una reflexión profunda y a pesar de los conocidos efectos indeseables en los ancianos^{8,24}.

Sin embargo, en los últimos años se están abriendo camino iniciativas que impulsan un cuidado libre de sujeciones que respete la dignidad y fomente la autonomía al anciano en los centros sanitarios. Por este motivo se hacen necesarios estudios de investigación que mejoren el conocimiento de los distintos factores implicados en el complejo proceso de toma de decisiones que lleva a los profe-

Apoyo del equipo

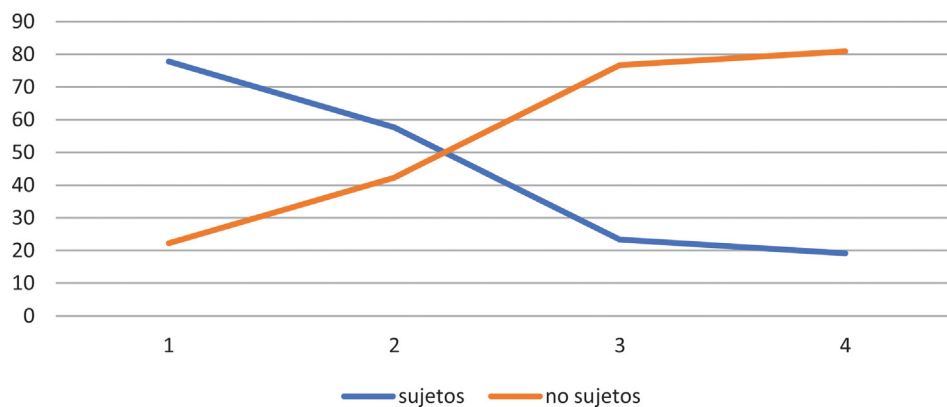


Figura 4. Relación del apoyo del equipo y del porcentaje de uso de sujeciones físicas.

sionales a aplicar una restricción de los movimientos a un paciente agitado.

En 2020 realizamos un trabajo de investigación en el mismo entorno del SU⁷ donde encontramos que el anciano que más se sujetaba era mayor de 80 años con algún tipo de deterioro funcional o cognitivo basal. Un elevado porcentaje de SF no tenían una clara indicación (31%), sobre todo si eran mayores de 85 años y tenían un deterioro cognitivo avanzado. Encontramos una frecuencia de uso de SF en ancianos del 1,81% con un déficit importante de los registros en las historias clínicas.

En el presente estudio contamos con un punto fuerte: la selección a pie de cama de los candidatos por un grupo multidisciplinar de investigadores que, tras un periodo de formación, reclutaban posibles casos en todos los turnos de la jornada. Otro punto que confiere representatividad a la muestra es que el periodo de recogida de datos abarca medio año e incluye meses de intensa presión asistencial junto a otros con menos ocupación de las salas de urgencias.

Tras una visión general de nuestros resultados podemos constatar que, de las variables clínicas de nuestra muestra, solo el sexo masculino aumentó el riesgo de aplicar una SF. Ni la edad ni la situación funcional o cognitiva basal influyeron en la decisión final de sujetar.

Un tipo de conducta predominante en los ancianos sometidos a SF fue la agitación que ponía en riesgo la continuidad del tratamiento, un poco por encima de la agresividad o del riesgo de fuga/caída. Este dato, coincidente con estudios previos^{1,7,28}, no debería sorprender porque en los servicios de urgencias y en unidades de críticos tiene gran importancia el tratamiento intravenoso de enfermedades agudas y, en ocasiones, son necesarias bombas de perfusión, monitorización del ritmo cardíaco o soporte respiratorio.

Sin embargo, nuestros pacientes con un grado complejo de instrumentalización (sondajes, monitores, ventilación mecánica) no tuvieron un incremento significativo de SF. Es decir, a pesar del riesgo para la continuidad del tratamiento, estas conductas disruptivas en pacientes con instrumentalización compleja también pudieron manejarse sin SF, ofreciendo alternativas o retirando instrumentalización innecesaria. Esto podría reflejar que gran parte de las SF en el hospital se estarían aplicando para proteger accesos venosos o cualquier otro sistema terapéutico sin haber valorado otras formas más dignas de cuidado^{1,5,14}. Según la literatura previa, también hay que tener en cuenta que ciertos sistemas terapéuticos utilizados de forma rutinaria en los ancianos pueden ser innecesarios y de hecho ser el origen de la agitación o agravarla^{25,26,28}.

El uso de la contención química en el manejo inicial del paciente con alteración conductual es muy frecuente en un servicio de urgencias generales. Sin embargo, en nuestro estudio hemos constatado que el uso de psicofármacos de cualquier tipo, la combinación de varios o no utilizar ninguno no fue determinante en la decisión de aplicar una SF al final del turno. Este hallazgo no sorprende si revisamos otras publicaciones o guías clínicas que aconsejan no utilizar antipsicóticos en el abordaje del tratamiento del delirium hiperactivo en ancianos, excepto si el delirio está provocado por la abstinencia de alcohol o fármacos o pone en peligro la seguridad del paciente o de terceros^{8,9}. Estas guías recomiendan el manejo no farmacológico en el tratamiento del paciente confuso o agitado.

Es precisamente en las variables de manejo no farmacológico o en las exclusivamente organizacionales donde hemos encontrado factores determinantes en la decisión de sujetar.

Entre los factores protectores que disminuyen la probabilidad de ser contenido en urgencias destaca el acompañamiento familiar y la movilización precoz.

Tanto si el paciente estaba acompañado durante toda su estancia en urgencias como si estaba las horas centrales del día, se reducía el 50% de los casos en que se aplicaba SF. De la misma forma, utilizar alguna alternativa a la sujeción, reducía a la mitad el uso de contenciones. Dar un paseo, levantar al sillón, llevar al baño, retirar accesos venosos o dar una actividad manual para calmar la inquietud resultó efectivo para minimizar el uso, lo cual refleja que mucha de la inquietud del anciano tiene que ver con necesidades no cubiertas y que pueden controlarse ofertando estas alternativas. En la práctica diaria, enfermería puede utilizar las contenciones como la primera opción sin valorar otras alternativas, identificando la falta de estas como un desencadenante de su uso^{10,11,28}.

Esto apoya que la toma de decisiones sobre el uso de las contenciones físicas es un proceso complejo debido a la gran cantidad de factores que intervienen en él. Como vemos en distintas publicaciones¹², la enfermería, preocupada por posibles consecuencias legales, tiende a elegir la opción más segura desde esa perspectiva legal. Además, la dificultad de garantizar la supervisión de los mayores, la carga de trabajo en determinados momentos del día y el limitado tiempo para discutir las decisiones en equipo hacen que, durante el turno de noche, se recurra en mayor medida a estos dispositivos. Nosotros hemos encontrado que el turno de mañana sujeta significativamente menos que los turnos de noche y de tarde. El turno de mañana cuenta con un equipo veterano con una formación específica en sujeciones y esto podría refle-

jar el efecto protector encontrado en nuestro trabajo y en otras publicaciones^{12,22}.

Por otra parte, en nuestro análisis exhaustivo de la influencia de la ratio enfermera/paciente y uso de SF, no hemos encontrado relación significativa a pesar del intento de recodificar y reagrupar los datos. Estos hallazgos coinciden con estudios realizados en el medio hospitalario, concretamente en unidades de cuidados intensivos^{1,13}. Pero otros trabajos de investigación en centros de larga estancia han encontrado que la falta de personal o la imposibilidad de proporcionar una supervisión adecuada al residente aumenta la prevalencia de las SF en ancianos^{22,23}.

Mientras variables como el cansancio subjetivo o la ratio enfermera/paciente no influyeron de forma significativa en la decisión de aplicar SF en nuestra muestra, la formación específica de la enfermería sí que resultó determinante a la hora de reducir su uso, dato coincidente con múltiples publicaciones sobre este aspecto^{14–16}.

Hay que tener en cuenta que, previamente al inicio de este estudio se realizó un ciclo formativo sobre gestión de sujeciones en geriatría y manejo no farmacológico del *delirium*, para todas las categorías profesionales. Al preguntar al final del turno si el encargado de la gestión del caso había acudido a la formación, pudimos comprobar que haber realizado dicha formación redujo a la mitad la frecuencia en el uso de SF.

Habitualmente, la decisión de utilizar las contenciones es tomada por un médico o una enfermera, o consensuada con otros profesionales. En pocas ocasiones intervienen el propio paciente o sus familiares. En los servicios de urgencias, la enfermería es el elemento clave en la decisión de sujetar^{17,18}. Suele ser frecuente que las enfermeras inicien este proceso, participen en la toma de decisión, alerten sobre la necesidad de su uso o las utilicen directamente¹⁹. Pero, como hemos podido comprobar en nuestra investigación, cuanto más apoyo recibe enfermería del resto del equipo, menos uso hace de las SF. Si el médico acude con prontitud a valorar al paciente y aliviar síntomas que pueden empeorar su conducta (dolor, disnea, ansiedad), y el equipo de auxiliares puede acompañar al paciente al baño, reconducir verbalmente o realizar un cambio postural, este paciente tendrá cuatro veces menos probabilidad de acabar contenido físicamente.

Existen algunos trabajos publicados sobre la efectividad de intervención multicomponente para prevenir y reducir las sujeciones en ancianos hospitalizados, pero siguen faltando trabajos bien diseñados que investiguen los efectos de tales intervenciones^{20,21}.

Para terminar, queremos destacar que un 32,8% de los pacientes agitados acabaron con contenciones y solo en el 70,7% de los casos esta medida fue prescrita por el médico. Este dato sitúa nuestros resultados en la media de otros estudios internacionales sobre la deficiencia general en el grado de cumplimentación de las SF en los hospitales²⁴, hallazgo que pone de relieve que, en el medio hospitalario, se sigue considerando a la contención mecánica como una medida inocua e inevitable y, por lo tanto, no necesita de documentación ni de consentimiento informado para llevarla a cabo.

Conclusiones

El abordaje del anciano agitado en un servicio de urgencias suele ser un tema complejo donde se siguen aplicando de forma habitual y, en ocasiones sin regulación adecuada, las contenciones físicas y químicas para su manejo.

Aunque se cree que la situación clínica del paciente es la que determina la necesidad de usar la SF, en nuestro estudio hemos encontrado que factores del entorno (contaminación acústica, horario nocturno), del manejo del paciente (fomentar la movilidad, el acompañamiento familiar) y de la propia organización (formación del personal y trabajo en equipo) son los que tienen el mayor peso a la hora de evitar el uso de SF y poder manejar las conductas

disruptivas de una forma que respete la autonomía, la libertad y la dignidad de la persona cuidada.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1. Grupo multidisciplinar Urgencias Generales HUSO

A. Casasola Rodríguez, C. Hernández Gil, E. Bartolomé Fernández-Calvillo, V. Ruiz Nieto, M.I. Castro González, V. Gallego Rísquez, J.F. Conde López, S. Díaz Fernández, C. Rojas Soler, M. Burgos Ibáñez, L. Díaz Izquierdo, R. García-Gutiérrez, A.J. Rodríguez Gómez e I. González Martil.

Bibliografía

1. Acevedo-Nuevo M, Urrutia Beaskoa A. El derecho de la persona a no ser sujetado: avances en los ámbitos normativos sanitario y social. *Metas Enferm*. 2023;3–6.
2. Via-Clavero G, Sanjuán-Naváis M, Romero-García M, de la Cueva-Ariza L, Martínez-Estalella G, Plata-Menchaca E, et al. Eliciting critical care nurses' beliefs regarding physical restraint use. *Nurs Ethics*. 2019;26:1458–72.
3. Carrero Planells AL. La cultura de la contención física en el paciente geriátrico: perspectiva de los profesionales sanitarios de los hospitales de atención intermedia en Mallorca. Tesis Doctoral. Universidad de les Illes Balears. 2023.
4. Rose L, Burry L, Mallick R, Luk E, Cook D, Fergusson D, et al. Prevalence, risk factors, and outcomes associated with physical restraint use in mechanically ventilated adults. *J Crit Care*. 2015;31:315.
5. Freeman S, Yorke J, Dark P. Patient agitation and its management in adult critical care: A systematic review and narrative synthesis. *J Clin Nurs*. 2018;27:e1284–308.
6. Urrutia Beaskoa A. Cuidar: una revolución de los cuidados. Editorial Ariel. 2018.
7. Medina Ortega JA, Rivas Jáuregui I, Urrutia Beaskoa A, Álvarez-Rodríguez E. Uso de sujeciones físicas en ancianos atendidos en un servicio de urgencias hospitalarias. *Revista Española de Urgencias y Emergencias*. 2023;2:24–9.
8. Chou MY, Hsu YH, Wang YC, Liao MC. Older adult patients admitted to the internal medicine wards: A Hospital-Based Retrospective Cohort Study. *J Nutr Health Aging*. 2020;24:160–5.
9. Nikoob R, Neufeld KJ, Wilson LM, Zhang A, Robinson KA, Needham DM. Antipsychotics for Treating Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2019;171:485–95.
10. NICE. National Institute for Health and Care excellence. 2019: Delirium: prevention, diagnosis, and management Clinical guideline. Published 28 July 2010. Last updated 14 March 2019. [consultado 25 Feb 2024]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
11. Casterlé BD. Contextual influences on nurses' decision making in cases of physical restraint. *Nurs Ethics*. 2015;22:642–51.
12. Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' decision-making in cases of physical restraint: A synthesis of qualitative evidence. *J Adv Nurs*. 2012;68:1198–210.
13. Kim J, Yang Y. Factors affecting nursing practice of patient physical restraint among nurses. *Arch Public Health*. 2024;82:9.
14. van der Kooi A.W., Peelen L.M., Raijmakers R.J., Vroegop R.L., Bakker D.F., Tekatli H., et al. Use of physical restraints in Dutch intensive care units: A prospective multicenter study. *J Crit Care*. 2015;24:488–95.
15. Eskandari F, Abdullah KL, Zainal NZ, Wong LP. The effect of educational intervention on nurses' knowledge, attitude, intention, practice and incidence rate of physical restraint use. *Nurse Educ Pract*. 2018;32:52–7.
16. Scheepmans K, Milisen K, Vanbrabant K, Paquay L, van Gansbeke H, Dierckx de Casterlé B. Factors associated with use of restraints on older adults with home care: A secondary analysis of a cross-sectional survey study. *Int J Nurs Stud*. 2019;89:39–45.
17. Fernández Ibáñez JM, Morales Ballesteros MC, Montiel Moreno M, Mora Sanchez E, Arias Arias A, Redondo González O. Physical restraint use in relation to falls risk in a nursing home. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020;55:3–10.
18. Gunawardena R, Smithard DG. The attitudes towards the use of restraint and restrictive intervention among healthcare staff on acute medical and frailty wards—A brief literature review. *Geriatrics*. 2019;4:50–5.
19. Möhler R, Meyer G. Int Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *J Nurs Stud*. 2014;51:274–88.
20. Abraham J, Hirt J, Kamm F, Möhler R. Interventions to reduce physical restraints in general hospital settings: A scoping review of components and characteristics. *J Clin Nurs*. 2020;29:3183–200.
21. Abraham J, Hirt J, Ritcher C, Köpke S, Meyer G, Möhler R. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints of older people in general hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;8. CD012476.
22. Estévez-Guerra GJ, Fariña-López E, Núñez-González E, Gándoy-Crego M, Calvo-Francés F, Capezuti EA. The use of physical restraints in long-term care in Spain: A multi-center cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2017;17:29.

23. Øye C, Jacobsen FF, Mekki TE. Do organisational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from three nursing homes in Norway. *J Clin Nurs*. 2017;26:1906–16.
24. Wang J, Liu W, Peng D, Xiao M, Zhao Q. The use of physical restraints in Chinese long-term care facilities and its risk factors. An observational and cross-sectional study. *J Adv Nurs*. 2020;76:2597–609.
25. Eide LS, Ranhoff AH, Lauck S, Fridlund B, Haaverstad R, Hufthammer KO, et al. Indwelling urinary catheters, aortic valve treatment and delirium: A prospective cohort study *BMJ Open*. 2018;8, e021708.
26. Bo M, Porrino P, di Santo SG, Mazzone A, Cherubini A, Mossello E, et al. The association of indwelling urinary catheter with delirium in hospitalized patients and nursing home residents: An explorative analysis from the “Delirium Day 2015” *Aging Clin Res*. 2019;31:411–20.
27. Zucchelli A, Apuzzo R, Paolillo C, Prestipino V, de Bianchi S, Romanelli G, et al. Development and validation of a delirium risk assessment tool in older patients admitted to the Emergency Department Observation Unit. *Aging Clin Exp Res*. 2021;33:2753–8.
28. Gower LEJ, Gatewood MO, Kang CS, Keef. Emergency department management of delirium in the elderly. *West J Emerg Med*. 2012;13:194–201.