



## PUNTO DE VISTA

# La reducción del uso de contenciones mecánicas, una asignatura pendiente y emergente en las UCI



## Reducing the use of physical restraints, a pending and emerging matter at the ICU

M. Acevedo-Nuevo<sup>a,b,c</sup> y G. Via-Clavero<sup>c,d,e,\*</sup>, en nombre del Grupo de Trabajo Analgesia, Sedación, Contenciones y Delirio de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias

<sup>a</sup> Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

<sup>b</sup> Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

<sup>c</sup> Grupo de Trabajo Analgesia, Sedación, Contenciones y Delirio de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias, Madrid, España

<sup>d</sup> Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

<sup>e</sup> Escuela Universitaria de Enfermería, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona, Grup de Recerca Infermera (GRIN), Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), Barcelona, España

Recibido el 25 de julio de 2018; aceptado el 4 de septiembre de 2018

Disponible en Internet el 25 de octubre de 2018

Las contenciones mecánicas (CM) en forma de muñequeras, tobilleras, manoplas o cinturones son con frecuencia utilizadas en las unidades de cuidados intensivos (UCI) con el objetivo de limitar el movimiento del cuerpo de una persona o una parte de él. Su uso en las UCI se observa, particularmente, en pacientes intubados con ventilación mecánica o en aquellos que manifiestan agitación o delirio hiperactivo, con la finalidad de evitar la autoextubación o la autorretirada de otros dispositivos de soporte vital<sup>1,2</sup>.

A finales del pasado año 2017, la publicación *Intensive Care Medicine*, como revista oficial de la Sociedad Europea

de Cuidados Intensivos, publicó el artículo *Physical restraint: Time to let go*, donde los autores, además de invitar a los lectores a iniciar un proceso reflexivo sobre el uso de CM en pacientes críticos, se posicionan en contra de su uso<sup>3</sup>. Más recientemente, las nuevas guías para el manejo del dolor, la sedación/agitación, el delirio, la inmovilización y el sueño (guías PADIS) destacan la necesidad de futuros ensayos clínicos aleatorizados que evalúen los efectos reales de las CM sobre los resultados clínicos de los pacientes<sup>4</sup>.

Hasta ahora, los escasos estudios publicados centrados en el uso de CM en la UCI documentan prevalencias elevadas y pronunciadamente variables entre países, e incluso entre hospitales dentro de un mismo país<sup>1,5</sup>, aunque los criterios utilizados para medir la prevalencia son heterogéneos, hecho que dificulta su comparación. Lo que parece claro

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [gviac@ub.edu](mailto:gviac@ub.edu) (G. Via-Clavero).

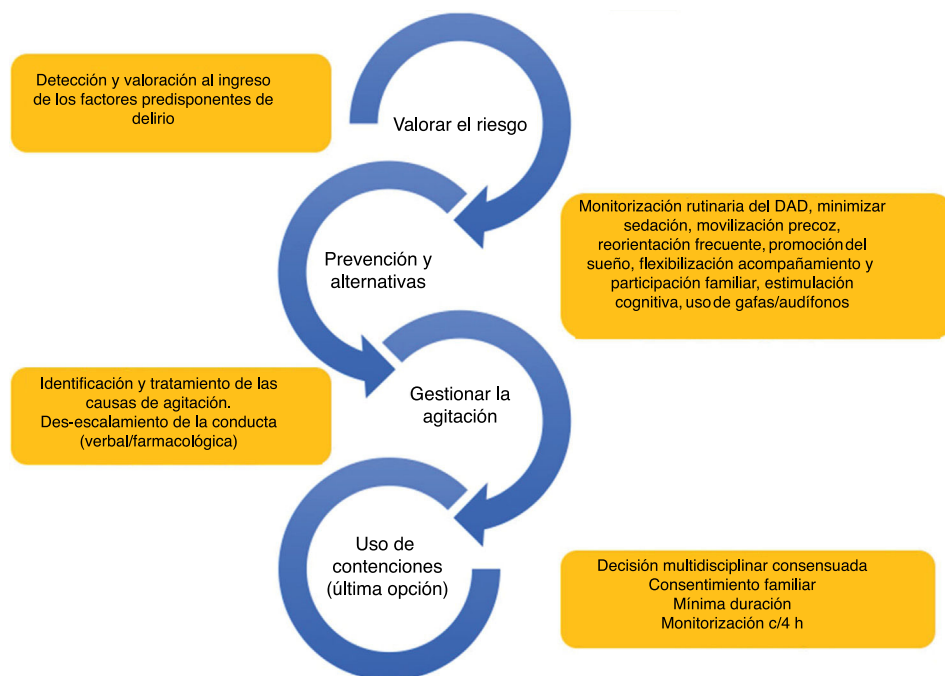
es que esta realidad de uso frecuente de CM parece estar presente en la mayoría de los países a nivel mundial, con la excepción del Reino Unido y países del norte de Europa; de manera contraria, España parece encontrarse entre los países que más CM usan<sup>5-7</sup>.

Al revisar la evidencia respecto al uso de CM en pacientes críticos, la mayoría de los estudios coinciden en que su efectividad para evitar caídas o prevenir la autorretirada de dispositivos es incierta y no concluyente, incluso llegándose a señalar a las CM como inductoras de estas autorretiradas, fenómeno posiblemente mediado por el aumento de la agitación del paciente como consecuencia de la aplicación de CM<sup>8</sup>. Reconociendo las limitaciones que tienen gran parte de estos estudios, en la actualidad solo podemos concluir que colocar CM no ha demostrado significativamente disminuir la incidencia de autorretiradas de dispositivos en la UCI, mientras que, por el contrario, su uso sí se ha destacado como un factor predisponente de mayor agitación y riesgo de delirio, por lo que el argumento en favor de su beneficio y seguridad está ampliamente cuestionado<sup>9</sup>.

Desde el punto de vista de la responsabilidad profesional, la evitación de las CM debería ser mandatorio con el objetivo de proporcionar un «buen cuidado» que ponga al mismo nivel el cuidado físico y el cuidado psicológico, emocional y ético. Colocar CM a un paciente lo sitúa en una posición de mayor vulnerabilidad, además de limitar su autonomía. Lamentablemente, la legislación vigente, proveniente de otras leyes generales como la del consentimiento informado o de contextos tan diferentes como el de salud mental o el ámbito sociosanitario, no es clara en cuanto a la posición a adoptar en contextos tan dinámicos y variables como las UCI. Parece claro que la adopción de medidas de

contención debe guiarse por la *lex artis*, siempre y cuando todas las alternativas verbales, relacionales y farmacológicas se hayan agotado y con el consentimiento de la persona o de su familia cuando aquella no pueda decidir por sí misma. En cualquier caso, la decisión siempre debe ser consensuada y tomada en equipo.

Son muchos los estudios que documentan que una de las principales razones para usar CM es el control del comportamiento disruptivo o «no cooperativo» del paciente. Sin embargo, estos trabajos no ahondan en analizar las posibles causas de ese comportamiento, como el dolor o el delirio, englobando todas estas manifestaciones bajo la etiqueta de «paciente agitado»<sup>10</sup>. Posiblemente, esta ausencia de análisis provenga de la falta de reconocimiento del uso de CM como un fenómeno multifactorial y altamente complejo. En este sentido, estudios de corte cualitativo publicados en los últimos años están permitiendo explorar en profundidad las opiniones y creencias acerca de las barreras y facilitadores del uso de CM, destacándose la prevención y el manejo del dolor, la agitación y el delirio dentro de las unidades como factores influyentes<sup>11,12</sup>. Estos estudios ponen en evidencia que el uso de CM es una responsabilidad compartida dentro del equipo, en el que cada profesional tiene un papel de vital importancia. Los modelos teóricos más actuales, como el eCash, coinciden en imbricar el uso de CM con la tríada del bienestar del paciente de UCI y señalan que la prevención, la monitorización y el tratamiento (farmacológico y no farmacológico) del dolor, la agitación y el delirio, como la analgesia multimodal, la dexmedetomidina, la movilización precoz, el respeto del sueño y el acompañamiento familiar, son cuestiones interdisciplinarias que requieren de la necesidad de un trabajo conjunto<sup>13</sup>.



**Figura 1** Modelo reflexivo de uso de contenciones mecánicas.

DAD: dolor/agitación/delirio.

Modificada de Via-Clavero et al. Consideraciones ético-legales y clínicas del uso de contenciones. Col·legi Oficial d'Infermiers i Infermiers de Barcelona (COIB). Pendiente de publicación.

Otra reivindicación frecuente pasa por relacionar las cargas de trabajo y las ratios enfermera:paciente con el uso de CM. Sin embargo, esta argumentación tampoco parece corroborarse con la evidencia, ya que en unidades con ratio 1:1, el uso de CM continúa siendo elevado<sup>1</sup>, y aunque es cierto que deberían ajustarse las ratios a las cargas de trabajo, esta solución no es, hoy en día, ni realista ni factible. Lo que sí parece claro es que la vigilancia y el acompañamiento continuado del paciente a pie de cama se considera un factor que facilitaría evitar la colocación de CM. En esta línea resulta fundamental la responsabilidad de las organizaciones en implicarse en políticas de cambio dirigidas a promover el acompañamiento familiar y la toma de decisiones compartidas y reflexivas por parte de todos los miembros del equipo. El abordaje para minimizar el uso de CM en las UCI debe ser multicomponente y adaptado a cada organización, focalizando en la realidad de cada centro con el objetivo de crear una nueva «cultura del cuidado» (fig. 1).

Las propuestas planteadas tanto desde el Grupo de Trabajo de Analgesia, Sedación, Contenciones y Delirio de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) como por el Grupo de Trabajo de Sedación, Analgesia y Delirio de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) pasa por el abordaje conjunto de estos problemas, que integra el uso de CM con aspectos relacionados con el dolor, la agitación y el delirio, y que aboga por una perspectiva interdisciplinar<sup>14</sup>. En este sentido, entre sus recomendaciones de «no hacer» el Grupo de Trabajo de Sedación, Analgesia y Delirio de la SEMICYUC destaca la evitación de las sujeciones mecánicas como una medida para prevenir el delirio<sup>15</sup>. Asimismo, desde el grupo Analgesia, Sedación, Contenciones y Delirio se está trabajando en aras de obtener datos reales procedentes de estudios multicéntricos en nuestro medio de manejo del dolor, la agitación y el delirio, factores relacionados con el uso de CM y la autorretirada de dispositivos, datos relativos a la adecuación de uso de la CM (prescripción, registro, uso de consentimiento informado por escrito, duración de la medida, etc.) que nos permitan la comparación en nuestro contexto y la extrapolación, desde la cautela, con los medios internacionales.

Parece que el reto de la reflexión y el avance hacia unos cuidados críticos libres de CM está iniciado, pero para que progrese de manera adecuada es necesario que seamos valientes reconociendo nuestra realidad y dificultades, abriendo nuestra visión y realizando preguntas de investigación hacia estrategias más reflexivas e inclusivas, con apuestas innovadoras e interdisciplinares donde la implicación institucional también esté presente; solo así podremos avanzar desde el actual planteamiento del manejo adecuado de las CM como una asignatura pendiente y emergente en las UCI.

## Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- 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;31:31–5.
- Maccioli GA, Dorman T, Brown BR, Mazuski JE, McLean BA, Kuszaj JM, et al. Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: Use of restraining therapies-American College of Critical Care Medicine Task Force 2001-2002. *Crit Care Med.* 2003;31:2665–76.
- Burry L, Rose L, Ricou B. Physical restraint: Time to let go. *Intensive Care Med.* 2018;44:1296–8.
- Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical Practice Guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med.* 2018;46:e825–73.
- Benbenishty J, Adam S, Endacott R. Physical restraint use in intensive care units across Europe: The PRICE study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2010;26:241–5.
- Martín Iglesias V, Pontón Soriano C, Quintián Guerra MT, Velasco Sanz TR, Merino Martínez MR, Simón García MJ, et al. Contención mecánica: su uso en cuidados intensivos. *Enferm Intensiva.* 2012;23:164–70.
- Pérez de Ciriza Amatriain AI, Nicolás Olmedo A, Goñi Viguria R, Regaira Martínez E, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC. Restricciones físicas en UCI, su utilización y percepción de pacientes y familiares. *Enferm Intensiva.* 2012;23:77–86.
- Ai ZP, Gao XL, Zhao XL. Factors associated with unplanned extubation in the Intensive Care Unit for adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018;47:62–8.
- Mehta S, Cook D, Devlin JW, Skrobik Y, Meade M, Fergusson D, et al. Prevalence, risk factors, and outcomes of delirium in mechanically ventilated adults. *Crit Care Med.* 2015;43:557–66.
- 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. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.14258>.
- Acevedo-Nuevo M, González-Gil MT, Solís-Muñoz M, Láiz-Díez N, Torano-Olivera MJ, Carrasco-Rodríguez-Rey LF, et al. Manejo de la inmovilización terapéutica en Unidades de Cuidados Críticos: aproximación fenomenológica a la realidad enfermera. *Enferm Intensiva.* 2016;27:62–74.
- 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.* En prensa 2018. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733017752547>.
- Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, Pandharipande PP, Ball JA, Spronk P, et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: The eCASH concept. *Intensive Care Med.* 2016;42:962–71.
- Hernández-Tejedor A, Peñuelas O, Sirgo-Rodríguez G, Llompant-Pou J, Palencia-Herrejón E, Estella A, et al. Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva.* 2017;41:285–305.
- González de Molina Ortiz FJ, Gordo Vidal F, Estella García A, Morrondo Valdeolmillos P, Fernández Ortega JF, Caballero López J, et al. Recomendaciones de «no hacer» en el tratamiento de los pacientes críticos de los grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva.* 2018;42:425–43. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.04.001>.