

## Sí a las contenciones mecánicas en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos

M. Moyano Hernández

Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona.

### ASPECTOS TERMINOLÓGICOS

En la bibliografía existente en torno a las contenciones mecánicas, aparecen diversos términos que se utilizan de manera indiferenciada para hacer referencia a la misma acción, aunque existen algunos matices que las diferencian según el ámbito de aplicación.

En primer lugar, según las fuentes bibliográficas, se entiende como restricción física o "*Physical restraints*": "cualquier acción o procedimiento que impide el libre movimiento del cuerpo de una persona o una posición de elección y/o el acceso normal a su cuerpo mediante el uso de cualquier método adjunto o adyacente al cuerpo que el o ella no puede controlar o eliminar fácilmente"<sup>(1)</sup>. Ramos Brieva explica que la definición de restricción de movimientos no incluye aquellos procedimientos de sujeción utilizados habitualmente en procesos diagnósticos y/o terapéuticos como la sujeción manual de una extremidad para canalizar un acceso venoso<sup>(2)</sup>.

La guía elaborada por el *Royal College of Nursing* en 2010 sugiere, la adopción de dos términos diferenciados: retención terapéutica o "*therapeutic holding*" e intervención física restrictiva o restricción<sup>(3)</sup>. Las características principales que diferencian el "*therapeutic holding*" de la restricción son: la necesidad de obtener el consentimiento informado por parte del niño o de los padres, que el grado de fuerza empleado sea el mínimo y que se utiliza para llevar a cabo intervenciones terapéuticas a diferencia de la restricción que se usa para proteger al niño o a otros<sup>(4)</sup>.

En segundo lugar, la contención física o mecánica se define como: "el uso de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo o impedirlos en su totalidad con el objetivo de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en situación de riesgo o en peligro de lesión al enfermo o a otras personas de su entorno"<sup>(5)</sup>. Según Bernatallada Barcelo, en el ámbito de la educación social en adolescentes, la contención física se caracteriza por emplear la fuerza física para la inmovilización sin disponer de dispositivos físicos, y se entiende como una solución temporal de corta duración<sup>(6)</sup>.

Por último, inmovilización terapéutica se entiende como: "una medida dirigida a la inmovilización parcial o total de la mayor parte del cuerpo de un paciente en estado de agitación o conducta violenta con el fin de protegerlo de las lesiones que pudiera ocasionarse a sí mismo o a otros en los casos en los que hayan fallado otras alternativas como la contención verbal y farmacológica"<sup>(7)</sup>.

### SITUACIÓN ACTUAL

La contención mecánica es una medida terapéutica, pero siempre debe de ser utilizada como el último recurso<sup>(8)</sup>.

Su utilización es habitual en las unidades de cuidados intensivos<sup>(9)</sup> donde se utilizan con el objetivo de intentar reducir el riesgo de interferencia con el tratamiento, particularmente cuando la interrupción brusca del tratamiento o de la intervención esta asociada con el desarrollo de una complicación

amenazante para la vida<sup>(10)</sup>. Por ello, su uso se justifica como una medida de seguridad<sup>(11)</sup>.

El personal sanitario que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos cree que el uso de las restricciones físicas son necesarias para prevenir eventos adversos no planeados relacionados con la seguridad del paciente<sup>(12)</sup>.

Existe un silencio bibliográfico en torno a las contenciones mecánicas en pediatría.

En España, la mayoría de protocolos sobre contenciones mecánicas van dirigidos al paciente psiquiátrico o geriátrico<sup>(13)</sup>. Existen pocas referencias sobre el paciente crítico y pediátrico. El *Protocolo de Contención de Movimientos en Pacientes* realizado de manera conjunta por el Hospital de La Fuenfria y el Hospital Clínico de San Carlos en Madrid, si que especifica que dentro de la población pediátrica debemos distinguir entre los pacientes que requieren una asistencia psiquiátrica y los que precisan una asistencia pediátrica general. Dentro de la asistencia general, y dadas las características especiales del paciente pediátrico, se pueden distinguir dos grupos de pacientes que pueden precisar de la aplicación de contenciones mecánicas:

- De manera extraordinaria: ante agitaciones de origen orgánico o cuadros relacionados con consumo de sustancias.
- De manera ordinaria: ante posibles interferencias con las medidas empleadas principalmente en las unidades de cuidados intensivos, bien por su corta edad o por que presente algún déficit intelectual<sup>(14)</sup>.

En el documento "Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario" elaborado por el Comité de Bioética de España en 2016, aparecen recogidas las características diferenciables del uso de las contenciones mecánicas en unidades de cuidados intensivos y en pediatría. Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, donde el uso de las contenciones mecánicas es significativo, estas suelen tener medidas farmacológicas asociadas a la inmovilización de los pacientes. En el caso de los pacientes pediátricos, es habitual el uso de medidas de sujeción manual y en ocasiones mecánica con la finalidad de limitar el movimiento y así facilitar técnicas y procedimientos reduciendo los riesgos, conservando su seguridad y minimizando las molestias del niño<sup>(15)</sup>.

Por una parte, en referencia al paciente pediátrico, el *Royal College of Nursing*, en el documento "Restrictive physical intervention and therapeutic holding for children and young people" publicado en 2010 reconoció que las restricciones a menudo son necesarias en procedimientos urgentes para garantizar su realización de manera controlada y segura<sup>(3)</sup>.

Por otra parte, en relación al paciente crítico, el documento elaborado por la *American Nurses Association* en 2012 sobre las restricciones físicas, expone que la disminución en el uso de las restricciones en pacientes intubados y con ventilación mecánica ha tenido un éxito limitado y que el uso para evitar la autoretirada de catéteres venosos centrales, sondas nasogástricas y sondas vesicales en una unidad de cuidados intensivos son una indicación justificada<sup>(17)</sup>.

## RESULTADOS BIBLIOGRÁFICOS

Actualmente, ha surgido un creciente interés en el uso de las contenciones mecánicas en unidades de cuidados intensivos debido a la variable prevalencia a nivel mundial, a las implicaciones éticas que conlleva y a la controvertida eficacia en la retirada de dispositivos de soporte vital<sup>(17)</sup>. Aunque existen pocas cifras globales, actualizadas y adecuadamente estandarizadas del uso de las contenciones mecánicas en España<sup>(15)</sup>.

## PACIENTE ADULTO

A nivel internacional, en 2010 se publicó el estudio europeo "The project Physical Restraint in Intensive Care in Europe (PRICE)" llevado a cabo en 34 unidades de cuidados intensivos de adultos de 9 países, donde se observó una gran variabilidad en la prevalencia en el uso de restricciones físicas. Se registró una prevalencia del 0% en Reino Unido y Portugal, pasando por una prevalencia inferior al 30% en Finlandia, Grecia e Israel, y entre el 40-50% en Suiza, España y Francia hasta llegar a un 100% en Italia. El motivo principal para el uso de restricciones físicas fue la seguridad del paciente: en un 97% el riesgo de autoretirada de catéteres y sondas y en un 79% el riesgo de extubación. También se observó que el 33% de los pacientes que estuvieron con restricciones físicas tenían más probabilidades de estar ventilados y sedados<sup>(18)</sup>.

Estos datos son similares a los obtenidos en un estudio multicéntrico holandés publicado en 2015 y llevado a cabo en 25 unidades de cuidados intensivos de adultos donde se observó una incidencia en las restricciones físicas del 23% siendo la más utilizada la restricción en brazos en un 98%. La indicación principal para su colocación el riesgo de extubación en un 59% y la retirada de catéteres y sondas en un 49%. Se constató que se obtuvo consentimiento del paciente o por representación en el 46% de los pacientes. Se demostró que el uso de las restricciones físicas era mayor en pacientes en coma o delirio, en pacientes que no podían comunicarse verbalmente o en pacientes a los cuales se les administraba medicación psicoactiva o sedantes<sup>(19)</sup>.

En España existen diversos estudios realizados en unidades de cuidados intensivos de adultos donde queda reflejada la incidencia de las contenciones mecánicas.

En un estudio descriptivo prospectivo llevado a cabo en la UCI del Hospital Clínico de San Carlos se obtuvo una incidencia en el uso de las contenciones mecánicas del 15,6%. La indicación principal para utilizarlas fue el riesgo de interrupción de procesos terapéuticos en un 80%. Los tipos de contenciones mecánicas registradas fueron: 80% brazos, 11,8% brazo y pierna, 5,9% tórax y 2,4% piernas<sup>(13)</sup>.

En otro estudio llevado a cabo en la UCI de la Clínica Universitaria de Navarra en Pamplona se obtuvo una prevalencia del 43,9% y la indicación para su uso fue el riesgo de interferencia con el tratamiento en pacientes intubados en un 94,1%. El tipo de contención mecánica utilizada fue la muñequera. Se registraron dos autoextubaciones y dos retiradas de sonda nasogástrica mientras los pacientes permanecían con restricciones físicas<sup>(9)</sup>.

El estudio más reciente realizado en España sobre contenciones mecánicas ha sido publicado este mismo año, y fue llevado a cabo en 5 unidades de cuidados intensivos de adultos de 3 hospitales del Instituto Catalán de la Salud. Los datos se obtuvieron a partir de un grupo focal y cuestionarios rellenos por 26 enfermeras. Las enfermeras apuntaron a la seguridad del paciente y a su protección profesional como justificación en el uso de las contenciones mecánicas así como también hicieron referencia a las prácticas utilizadas de manera rutinaria en las unidades de cuidados intensivos como un factor determinante en el uso de las restricciones. Las enfermeras describen que los pacientes entienden el uso de las contenciones como una medida de seguridad una vez han sido informados. Pese a ello el consentimiento informado únicamente se obtuvo en un centro así como la prescripción médica. Cabe destacar que solo el 26,9% de las enfermeras que participaron en el estudio afirmó haber recibido formación sobre contenciones mecánicas<sup>(20)</sup>.

## PACIENTE PEDIÁTRICO

La bibliografía publicada referente al paciente crítico pediátrico es escasa.

A nivel internacional, existen algunos estudios relacionados con el uso de restricciones físicas en las unidades de cuidados intensivos pediátricos.

En un estudio publicado en el año 2000 recoge el uso de las restricciones físicas en 24 unidades de cuidados intensivos pediátricos de Reino Unido donde se constató la utilización de restricciones físicas de manera rutinaria en 9 unidades (38%)<sup>(21)</sup>.

Posteriormente en otro estudio publicado en el año 2005 que se realizó en 28 unidades de cuidados intensivos pediátricos de Reino Unido se confirmó el uso de restricciones físicas en 19 unidades (68%). Se registró un uso de la sujeción manual en 10 unidades (36%), el uso de férulas de inmovilización de extremidades en 16 unidades (57%) mientras que solo una unidad realizaba una contención mecánica de las extremidades. Ninguna de las unidades recibió el consentimiento escrito pero si el consentimiento oral en el 53% de las veces.

Las unidades establecieron 7 situaciones clínicas donde podrían aplicarse restricciones físicas, 8 unidades afirmaron el uso de restricciones físicas en cualquier situación clínica en la cual la vía aérea comprometiera la seguridad del niño y 2 de las unidades afirmaron que el uso de las restricciones físicas estaba más relacionado con la edad de comprensión del paciente que no con la situación clínica. Según los rangos de edad de los pacientes que eran más propensos a recibir restricciones físicas, 9 de las 24 unidades contestaron que todos los niños independientemente de su edad podían ser candidatos a recibir restricciones físicas, y el resto de unidades establecieron un rango de edad: 9 unidades contestaron que los neonatos, 5 unidades contestaron que los niños pequeños, 6 unidades contestaron que niños mayores<sup>(10)</sup>.

En el 2007 se publicó un estudio realizado en 17 unidades pediátricas, entre ellas unidades de cuidados intensivos pediátricos, de 4 hospitales turcos. Se demostró que en las unidades de cuidados intensivos se usaban más las restricciones físicas que en el resto de unidades debido a la utilización de más dispositivos médicos. Se entrevistaron a 121 enfermeras que afirmaron haber usado restricciones físicas en algún momento: muñequeras 96,7%, tobilleras, 81%, restricción torácica con una sábana 14%, restricción torácica y restricción de piernas 6,6%, restricciones fabricadas con guantes y gasas 33,9%, restricción todo el cuerpo 17,4%. Solo 71 de ellas habían probado algún método alternativo previamente al uso de estas. Las otras 50 enfermeras alegaban la colocación directa de restricciones físicas en los niños debido a la escasez de tiempo relacionada con una pesada carga de trabajo. Por otro lado, se observó que el uso de las restricciones físicas era menor en los niños que estaban acompañados por sus madres. Cabe destacar que ninguna de las enfermeras recibió el consentimiento escrito u oral por parte de los niños o los padres, pero el 57,9% explicó al niño las razones y el 49,6% se lo explicó a la familia. Pese a ello, es necesario el consentimiento de los niños o de los padres ya está estrechamente relacionado con el derecho de autonomía y además existen posibles riesgos relacionados con la aplicación de restricciones.

Así pues, el estudio refleja que el aumento de las restricciones físicas podría estar relacionado con la escasez de personal así como por la ausencia de los padres durante la hospitalización<sup>(11)</sup>.

Un estudio publicado en 2016 y realizado al personal de enfermería de 5 unidades que atendían pacientes pediátricos manifestó que las restricciones eran una práctica común, siendo las más comunes utilizadas la física y la psicológica. Las enfermeras realizaron otras alternativas antes de recurrir a las restricciones: involucrar a los padres 94%, proporcionar explicaciones al niño 90% y usar el juego 86%. El rango de edad en el que más se usaban las restricciones es en pacientes de 0 a 4 años y los procedimientos en los que se usaban restricciones eran la canalización de vías 72%, administración de medicación 16% y prevenir la autoretirada con los accesos venosos y sondas 12%. También se constató que las enfermeras que llevaban trabajando menos de 6 años aplicaban más restricciones físicas<sup>(22)</sup>.

**TABLA 1.**

Constitución Española <sup>(30)</sup>	Artículos 1,10, 15 y 17
Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad <sup>(31)</sup> .	Artículo 10
Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica <sup>(32)</sup> . Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias <sup>(33)</sup>	Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial. Artículo 8. Consentimiento informado. Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación
Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. «BOE» núm. 15, de 17/01/1996 <sup>(34)</sup> .	Artículo 9. Derecho a ser oído y escuchado.

A nivel nacional, solo encontramos datos sobre el uso de las contenciones mecánicas en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos en un estudio retrospectivo llevado a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia entre el 1 de Junio de 2011 y el 1 de Marzo de 2013. Se revisó la historia clínica de 100 pacientes con edades comprendidas entre los 5 días de vida y los 14 años de edad. Los resultados evidenciaron una incidencia en el uso de CM del 96% de los pacientes, solo a 4 pacientes entre 12 y 14 años no se les aplicó ningún tipo de CM. Según la edad, la incidencia de las CM se distribuyó así: Menores de 1 mes: 12%, de un mes a 12 meses: 18%, de 1 a 5 años: 24%, de 6 a 10 años: 32%, de 11 a 14 años: 14%. Según el tipo de contención: Contención de manos 92%, del cual a un 8% también se les aplicó contención en los pies, y contención tipo columpio a un 4%. El estudio concluye que el uso de las contenciones mecánicas es una técnica ampliamente utilizada por el personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos<sup>(23)</sup>.

### USO ADECUADO DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS

El uso adecuado de las contenciones mecánicas supone uno de los elementos clave para mejorar la seguridad del paciente<sup>(13)</sup>. Para ello es necesario que estas se apliquen siguiendo las estrategias y recomendaciones publicadas:

- Las contenciones mecánicas deben aplicarse como medida de urgencia, y siempre como último recurso terapéutico, para prevenir lesiones a la propia persona o a terceros, para evitar daños en el entorno y para evitar alteraciones graves durante un proceso terapéutico. No deberán aplicarse cuando se conozca la existencia de una contraindicación, cuando existan alternativas a la restricción (contención ambiental, verbal, o farmacológica), como sustitución a un tratamiento, como medida de castigo o respuesta a una conducta molesta o por comodidad del equipo asistencial. Así queda reflejado en el documento publicado por la comisión deontológica del colegio de enfermería de Barcelona<sup>(5)</sup>.
- Su aplicación será siempre proporcional al riesgo que presente el paciente, lo que conlleva el uso de la medida menos lesiva, aplicada con la mínima intensidad posible y con una duración mínima en el tiempo. Siempre se deberá utilizar material homologado y en buenas condiciones según las indicaciones del fabricante. Una vez instaurada la contención se debe plantear de manera constante la necesidad de mantenerla. Tal como queda descrito en la publicación realizada por el Consejo de Colegio de Médicos de Cataluña<sup>(24)</sup>.
- La indicación de la contención es competencia del médico, siendo posible su aplicación por el personal de enfermería en una situación de urgencia, siempre que se comunique al facultativo con la menor demora posible. Dicha aplicación exige el consentimiento previo del paciente o por representación excepto que dos supuestos: que nos encontremos ante una urgencia vital o exista un riesgo para la salud pública. Ante esta situación se debe de informar de la medida tomada y se solicitará

el consentimiento escrito a posteriori. Todas estas recomendaciones quedan plasmadas en el documento realizado por el Comité de Bioética de España<sup>(15)</sup>.

- El uso de contenciones mecánicas exige un registro específico en la historia clínica del paciente. Además, el personal de enfermería deberá asegurar una vigilancia continua del paciente revalorando de manera frecuente las necesidades, dejando constancia de su actuación en los registros de enfermería<sup>(14)</sup>.
- Para un uso limitado y justificado es necesario tener normativas claras y protocolos en los centros sanitarios, así como profesionales bien formados y entrenados en el uso de las contenciones físicas. Esta es una de las estrategias principales descritas, en el uso de contenciones físicas, por el Centro De Investigación Para La Seguridad De Los Pacientes<sup>(25)</sup>.

### ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Las contenciones mecánicas, debido a sus implicaciones éticas y legales, deben de estar absolutamente justificadas y ser consideradas el último recurso terapéutico<sup>(13)</sup>.

Desde el punto de vista ético, la aplicación de restricciones físicas atenta contra algunos de los derechos fundamentales recogidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>(26)</sup>. Así pues, siempre que sea necesaria su utilización, deberán respetarse los cuatro principios de bioética establecidos por Beauchamp y Childress en 1979<sup>(27)</sup>: Autonomía, No maleficencia, Beneficencia y Justicia, así como la intimidad y la vulnerabilidad de la persona<sup>(5)</sup>.

Desde el punto de vista legislativo, hasta el momento actual, no existe en el ámbito nacional una normativa específica que regule el uso de restricciones físicas en la atención sanitaria<sup>(28)</sup>. Sin embargo, Navarra es la única Comunidad Autónoma que ha aprobado un decreto autonómico que regula el uso de las sujeciones tanto mecánicas como farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales<sup>(29)</sup>.

En la normativa general existen referencias generales que afectan a derechos, principios y valores y que pueden verse potencialmente vulnerados al utilizar restricciones físicas. Por ello, las restricciones físicas deben aplicarse teniendo en cuenta la legislación vigente. (Tabla 1)

En el momento actual, la indicación de la contención mecánica es competencia exclusiva del médico, responsable tanto de la indicación como de la información al paciente y a sus familiares. En situaciones de urgencia, para evitar daños graves de manera inmediata a la propia persona o a terceros, el personal de enfermería puede aplicar las contenciones mecánicas siempre con comunicación inmediata al facultativo<sup>(35)</sup>. En un estudio fenomenológico multicéntrico llevado a cabo en 14 unidades de cuidados intensivos de 8 hospitales de la Comunidad de Madrid se evidenció tanto que la iniciativa en la colocación de las inmovilizaciones terapéuticas parta de las enfermeras como la ausencia de prescripción médica. Cabe destacar la propuesta unánime por parte del personal de enfermería de considerar las inmovilizaciones terapéuticas una prescripción enfermera

en las unidades de cuidados intensivos ya que refleja la realidad diaria y su posición privilegiada a pie de cama<sup>(36)</sup>. En el estudio llevado a cabo en Turquía, ya mencionado anteriormente, las enfermeras expresaron que la decisión en la colocación de las restricciones físicas fue tomada por el médico en el 4,1% de las veces, por enfermería en el 33,1%, juntos en el 29,1% y por la primera persona que vio al niño en el 36,2% de las veces. Además un 71,7% de las enfermeras, frente un 28,9%, manifestó la opinión de las enfermeras de tener la competencia profesional de tomar la decisión de manera independiente<sup>(11)</sup>. Estas mismas creencias las encontramos en el estudio llevado a cabo en las unidades de cuidados intensivos de Cataluña donde las enfermeras afirmaron ser ellas quienes tomaban la decisión en la colocación de las restricciones ya que se sentían autónomas<sup>(20)</sup>. Estos hechos coinciden con otras referencias bibliográficas encontradas, donde el personal de enfermería toma la decisión inicial en la colocación de las restricciones físicas<sup>(11,13,37)</sup>.

## CONCLUSIONES

En la actualidad, se utiliza indistintamente el término sujeción, restricción, contención e inmovilización para denominar la misma acción o concepto<sup>(38)</sup>. Existe una falta de consenso en torno al concepto de contención mecánica y se evidencia una falta de estudios sobre el uso de la misma para poder realizar una definición conceptual<sup>(39)</sup>. También se hace evidente una carencia de bibliografía entorno al uso de las restricciones físicas en el ámbito de los cuidados críticos pediátricos. Toda esta escasez de investigaciones sobre el uso de las restricciones es un obstáculo para comprender la magnitud del problema y dificulta el desarrollo de guías basadas en la evidencia<sup>(40)</sup>. El uso de las restricciones físicas resulta controvertido, pero se acepta hoy en día como inevitable y se mantiene en todo el mundo, si bien, con tasas de prevalencia muy variables<sup>(35)</sup>. Pese a las controversias internacionales, la completa abolición de las medidas restrictivas no se ha conseguido en ningún país o periodo y actualmente se considera imposible renunciar totalmente a ellas<sup>(24)</sup>.

En la bibliografía existente se describen múltiples factores que influyen en el uso de las contenciones mecánicas. Asimismo, la mayoría de estudios realizados en unidades de cuidados intensivos coinciden en el uso de las contenciones mecánicas como una medida terapéutica que garantiza la seguridad del paciente. La indicación principal de las contenciones mecánicas, recogida en los artículos y estudios publicados hasta la fecha, es el riesgo de interrupción de procesos terapéuticos en un contexto crítico, donde la retirada de un dispositivo puede resultar amenazante para la vida del paciente. Por ello, y dadas las características peculiares del paciente pediátrico, el uso correcto de las contenciones físicas en las unidades de cuidados críticos pediátricos, se considera necesario donde los riesgos existentes pueden poner en peligro la vida del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JP; International Physical Restraint Workgroup. Physical restraints: Consensus of a research definition using a modified Delphi technique. *J Am Geriatr Soc*. 2016; 64: 2307-10.
- Ramos Brieva JA. Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento. Barcelona: Masson; 1999.
- Royal College of Nursing. Restrictive physical intervention and therapeutic holding for children and young people: guidance for nursing staff. 2010. Disponible en: <https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/publications/2010/june/pub-003573.pdf>
- Jeffery K. Supportive holding or restraint: terminology and practice. *Paediatr Nurs*. 2010; 22: 24.
- Busquets Alibés E, Busquets Surribas M, Cuxart Ainaud N, et al. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Comisión Deontológica Barcelona. 2006; 1.
- Bernatallada Barcelo R. Força i violència en educació social. La bufetada com a mesura de correcció entre els adolescents. Tesis Doctoral. Estudis de pedagogia. Universidad de Girona.
- Ortega Simon C, Calvo Gil C, Calderon Parra M. Adecuación de los protocolos de IT a las recomendaciones de la oficina regional de salud mental de la CAM. Hospital Universitario de la Paz. Unidad de hospitalización breve.
- Fernández Rodríguez Á, Zabala Blanco J. Restricción física: revisión y reflexión ética. *Gerokomos*. 2014; 25: 63-7.
- Pérez de Ciriza Amatriain AI, Nicolás Olmedo A, Goñi Viguria R, et al. Restricciones físicas en UCI: su utilización y percepción de pacientes y familiares. *Enferm Intensiva*. 2012; 23: 77-86.
- Ofoegbu BN, Playfor SD. The use of physical restraints on paediatric intensive care units. *Pediatr Anesth*. 2005; 15: 407-11.
- Demir A. The use of physical restraints on children: practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey. *Int Nurs Rev*. 2007; 54: 367-74.
- Glater-Welt LB, Marchelos M, Albert K, Silver P, Schleien C, Subramony A. A quality improvement initiative to reduce the use of physical restraints in the Pediatric Intensive Care Unit (PICU). *Pediatrics*. 2018; 141(1).
- Martín Iglesias V, Pontón Soriano C, Quintián Guerra MT, et al. Contención mecánica: su uso en cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2012; 23: 164-70.
- Santiago Saez A. Protocolo de contención de movimientos de pacientes. Madrid: Hospital Clínico San Carlos; 2010.
- Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. 2016.
- Longo MA, Miller-Hoover S. Effective decision making in the use of pediatric restraints. *J Pediatr Nurs*. 2016; 31: 217-21.
- Via Clavero G, Acevedo Nuevo M. Herramientas de soporte a la decisión del uso de contenciones mecánicas en las unidades de cuidados intensivos: ¿son útiles?. *Enferm Intensiva*. 2017; 28: 92-4.
- 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.
- Van Der Kooij A, Peelen LM, Raijmakers RJ, et al. Use of physical restraints in Dutch intensive care units: a prospective multicenter study. *Am J Crit Care*. 2015; 24: 488-95.
- Via-Clavero G, Sanjuán-Navás M, Romero-García M, et al. Eliciting critical care nurses' beliefs regarding physical restraint use. *Nurs Ethics*. 2018 [En prensa]. doi: 10.1177/0969733017752547.
- Stacey SG, Ames W, Petros A. Sedation and restraint practices in UK paediatric intensive care: telephone survey. *Paediatr Anaesth*. 2000; 10: 687-705.
- Kirwan L, Coyne I. Use of restraint with hospitalized children: A survey of nurses' perceptions of practices. *J Child Health Care*. 2017; 21: 46-54.
- Dolz Alabau C, Martínez Dolz J, Soriano Prats MA. Contención física y/o mecánica: Plan terapéutico de seguridad en el paciente crítico pediátrico. Hospital Universitario Politécnico La Fe de Valencia. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- Consell de col·legis de Metges a Catalunya. Quaderns de la bona praxi "Contencions". Barcelona, Abril 2013. Disponible en: [www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/bonapraxi/praxi32.pdf](http://www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/bonapraxi/praxi32.pdf)
- Centro de investigación para la seguridad de los pacientes. Alerta de seguridad sanitaria. Alerta nº 5: Precauciones para el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes. Fundación MAPFRE Medicina.
- Declaración universal de los derechos humanos. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Beauchamp L, Childress J. Principios de Bioética. Barcelona: Masson; 1999.
- Rubio Domínguez J. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2017; 32: 172-7.
- Decreto Foral 221/2011, de 28 de Septiembre, regulador del uso de sujeciones tanto mecánicas como farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales. Ley Foral 15/2006 de Servicios Sociales, del 14 de Diciembre, (Boletín Oficial de Navarra, nº204, 14/10/2911). Disponible en: <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=13898>
- Constitución Española. (BOE nº 311, 29-21-1978). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE nº 102, 29/04/1986) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación

- clínica (BOE nº 274, 15- 11-2002). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
33. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (BOE nº 280, 22/11/2003). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
  34. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. (BOE nº 15, 17/01/1996). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069>
  35. Gómez Durán E, Guija J, Ortega Monasterio L. Aspectos medicolegales de la contención física y farmacológica. *Med Clin*. 2014; 142: 24-9.
  36. Acevedo Nuevo M, González-Gil MT, Solís-Muñoz M, et al. Manejo de la inmovilización terapéutica en Unidades de Cuidados Críticos: aproximación fenomenológica a la realidad enfermera. *Enferm Intensiva*. 2016; 27: 62-74.
  37. Hine K. The use of physical restraint in critical care. *Nurs Crit Care*. 2007; 12: 6-11.
  38. Comité Interdisciplinar de c. Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas. Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2014.
  39. Sastre Rus M, Campaña Castillo F. Contención mecánica: definición conceptual. *ENE, Revista de Enfermería*. 2014; 8(1).
  40. Coyne I, Scott P. Alternatives to restraining children for clinical procedures. *Nurs Child Young People*. 2014; 26: 22-7.

## No a las contenciones mecánicas en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos

M.E. Tierraseca Serrano

UCIP. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

### INTRODUCCIÓN

Los niños son una parte muy importante de la sociedad y tienen unos derechos que vienen avalados por diferentes normativas y leyes, así como por sus propias características y vulnerabilidad. Pasan por diferentes fases de crecimiento y desarrollo tanto físico, cognitivo y psicológico.

Durante su etapa de maduración más temprana, el niño aprende y desarrolla las habilidades que le permitirán posteriormente, ser un adulto maduro y responsable; el completo y adecuado desarrollo de estas habilidades le será fundamental para su vida futura.

*“Para desarrollar la inteligencia, el cerebro necesita de información. Los bebés reciben información de diversos estímulos a través de los sentidos, lo hacen día y noche; si estos estímulos son escasos o de pobre calidad, el cerebro tardará en desarrollar sus capacidades o lo hará de manera inadecuada; por el contrario, al recibir una activación oportuna el infante podrá adquirir niveles cerebrales superiores y lograr un óptimo desarrollo intelectual”<sup>(1)</sup>.*

*“La estimulación infantil: es el conjunto de medios, técnicas y actividades con base científica y aplicada en forma sistemática y secuencial que se emplea en niños desde su nacimiento hasta los seis años, con el objetivo de desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, físicas y psíquicas, evitar estados no deseados en el desarrollo y ayudar a los padres, con eficacia y autonomía, en el cuidado y desarrollo del infante”<sup>(2)</sup>.*

Esta estimulación queda frenada durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), debido a diferentes factores como son la patología que padece y su gravedad, así como el entorno propio de la UCIP, el cual representa para él, un lugar desconocido, impersonal, frío y muy tecnificado, donde el niño encuentra malestar, dolor, incertidumbre y separación de sus padres, los cuales también tienen que afrontar sus propios miedos y sentimientos encontrados.

El ingreso de un niño en la UCIP debido a una enfermedad grave supone pues, un gran impacto emocional para una familia, que desestructura todo su entorno.

En todas las edades se produce un derrumbe de las conductas normales y surgen nuevas necesidades y realidades.

Los niños más mayores y los adolescentes son más conscientes de la enfermedad, la posibilidad de la muerte, falta de intimidad y la ruptura total de su vida cotidiana.

Añadido a todo esto se encuentra el hecho de que a menudo los padres deben ausentarse para atender sus obligaciones más urgentes (laborales, cuidado de otros hijos, etc.), la no diferencia clara del día y la noche, estímulos dolorosos, etc.

Si a todo lo anterior le sumamos contenciones mecánicas (CM) que muchas veces no están indicadas y frecuentemente son desproporcionadas nos encontramos con un aumento significativo del riesgo de padecer ansiedad, hecho que puede favorecer la aparición del *delirium*. Así mismo en los niños pequeños se objetiva que al estar en la etapa de la vida en la

que precisan desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, físicas y psíquicas, éstas se van a ver seriamente mermadas por la falta de movimientos y estímulos derivados de la CM.

### DEFINICIÓN Y CONCEPTOS DE CONTENCIÓN MECÁNICA (CM)

*“Limitación intencionada y en beneficio del paciente (es parte de un tratamiento) de la libertad de sus movimientos, que puede afectar a una parte del cuerpo, a su totalidad, o al normal acceso a cualquier parte del mismo, con cualquier método físico aplicado sobre su cuerpo o adyacente a él, del que no puede liberarse con facilidad”<sup>(3)</sup>.*

#### Tipos de CM

- **CM parcial:** es en la que únicamente se limita la movilidad bien del tronco, bien de una extremidad. Se utiliza fundamentalmente para evitar caídas, arrancamiento de vías u obstrucciones posturales que dificulten el paso de la medicación.
- **CM total:** es aquella en la que se emplean sistemas de inmovilización globales que impiden la mayoría de los movimientos del paciente<sup>(3)</sup>.  
La CM está muy estudiada en el ámbito de la geriatría y en el de la psiquiatría, sin embargo apenas hay bibliografía de la misma en el ámbito de las unidades de cuidados intensivos (UCI's) y es casi inexistente cuando hablamos de la pediatría.

En el ámbito de la UCIP la utilización de CM se suele relacionar con dos aspectos:

- Evitar que el paciente se retire los dispositivos necesarios para su adecuado tratamiento (sobre todo relacionado con la ventilación mecánica y los distintos tipos de vías), no obstante se ha observado que la utilización de CM podría minimizarse con una óptima sedación y tratando de lograr una mayor colaboración del propio paciente. Finalmente, en el caso de UCIP de puertas abiertas sería también muy favorable conseguir el apoyo y la ayuda de los familiares.
- Un inadecuado ratio enfermera-paciente, sin embargo la utilización de CM en pacientes debido a la escasez de personal o comodidad del mismo es totalmente inaceptable desde todos los puntos de vista<sup>(3)</sup>.  
En el caso de la Pediatría también es frecuente el uso de medidas de sujeción, con la finalidad de restringir el movimiento del niño, ya sea en una zona del cuerpo o en varias extremidades bien para facilitar algunas técnicas o maniobras minimizando los riesgos, bien para conservar su seguridad y protegerlo de lesiones, o bien para facilitar el examen y reducir al mínimo las molestias al niño durante pruebas especiales, procedimientos y obtención de muestras, siendo frecuentemente manual y en ocasiones mecánica, utilizando dispositivos de restricción<sup>(4)</sup>.

Existe una gran controversia acerca de si realmente existe alguna indicación para el uso de CM, ya que se estima que prácticamente en la mayoría de los casos en los que se utilizan podrían evitarse mediante la utilización de otras alternativas menos cruentas y más dignas para las personas<sup>(3)</sup>.

El uso de sujeciones en el ámbito asistencial sanitario, es una práctica que hasta el momento no ha sido regulada, ni se han concretado expresamente los derechos de los pacientes. Su aplicación indiscriminada, según las circunstancias, puede conllevar un trato inadecuado o una limitación de la libertad física y moral, así como de los principios de autonomía, de la dignidad humana del libre desarrollo de la personalidad de los individuos<sup>(5)</sup>.

La sujeción de un paciente implica la restricción de un derecho fundamental de la persona –la libertad– y una cualidad inherente al ser humano –la dignidad–<sup>(6)</sup>.

Desde el punto de vista legislativo, no existe en el momento actual una normativa específica de ámbito nacional que regule el empleo de métodos de contención en la atención sanitaria y sirva de referencia para las actuaciones de los profesionales<sup>(3)</sup>.

Existen normativas en las diferentes comunidades autónomas así como protocolos realizados por los diferentes centros asistenciales, pero en caso de problemas se tendría que recurrir a la jurisprudencia ordinaria.

La CM, en caso de realizarse debe seguir unas reglas de aplicación muy claras y acotadas:

- **Necesaria:** No se consigue contener al paciente por otro método alternativo.
- **Excepcional:** Nunca de rutina.
- **Tiempo indispensable:** Se revisará periódicamente.
- **Restricción proporcionada:** La mínima necesaria.
- **Explicar:** Y obtener consentimiento del paciente y/o de sus padres.
- **Conocimiento de la CM:** Por parte del personal facultativo.

## COMPLICACIONES DE LAS CONTENIONES MECÁNICAS

Sobre la base de la información científica existente, las sujeciones físicas se pueden considerar procedimientos que pueden suponer riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente<sup>(5)</sup>.

Entre las complicaciones relacionadas con las CM debemos mencionar, por su frecuencia o por su trascendencia, las que están descritas en los casos de lesiones de distinto grado de gravedad por caídas o golpes, laceraciones, úlceras por presión, lesiones neurológicas, isquemia en miembros, neumonías o asfixia por broncoaspiración, y casos de muerte súbita o por asfixia mecánica. Además, su uso puede aumentar también la ocurrencia de eventos adversos, aunque no sean consecuencia directa de las contenciones, apreciándose por ejemplo una mayor incidencia de infecciones nosocomiales en estos pacientes<sup>(4)</sup>.

Entre los distintos diagnósticos de enfermería nos hemos centrado en dos, siguiendo la taxonomía NANDA:

- **00086 Riesgo de disfunción neurovascular periférica**  
**Definición:** Riesgo de sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad.  
**R/C:** Riesgo de sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad.
- **00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea**  
**Definición:** Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.  
**R/C:** Deterioro de la movilidad física, factores mecánicos (presión, cizallamiento, fricción).

Así mismo se ha observado que aumenta el estado de agitación del paciente y se incrementa la posibilidad de padecer *delirium*.

Dentro de las recomendaciones para la prevención del *delirium* (ansiedad y agitación, incluidos) recogidos dentro del plan de humanización de la asistencia sanitaria 2016-2019 de la Comunidad Autónoma de Madrid se encuentra:

### Evitar la inmovilidad

1. Movilización precoz, sesiones de ejercicios pasivos y activos, limitar dispositivos que reducen la movilidad del paciente (sondas, catéteres, etc.).

2. Evitar medidas de inmovilización terapéutica: sujeciones.
3. Retirada precoz de catéteres, sondas, etc.
4. Facilitar, cuando es posible, la participación del paciente en su autocuidado (por ejemplo, aseo personal)<sup>(6)</sup>.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL USO DE LAS CM

En este siglo y en las últimas décadas del siglo pasado, se han producido avances tecnológicos espectaculares en todos los campos que rodean al ser humano y, como no podía ser menos, dichos avances han tenido un impacto muy importante en el campo de la medicina.

Sin embargo este desarrollo tan significativo a nivel tecnológico y científico, se ha alejado en ocasiones de las necesidades humanas y emocionales de las personas; trasladando este hecho al campo de la medicina observamos que en ocasiones se deja de lado la parte emocional y humana de los pacientes, familiares y personal asistencial.

Al considerar los aspectos éticos relacionados con el uso de la CM, se plantea una fuerte confrontación entre los principios de no maleficencia y beneficencia, y autonomía, en efecto, el mantenimiento de un entorno seguro sostiene los principios de no maleficencia y beneficencia aunque atenta contra la autonomía y libertad personales, incurriendo en el paternalismo. Esta confrontación se acentúa al contemplar al paciente desde una perspectiva holística, ampliando el concepto de seguridad a la esfera psicoemocional y sociocultural. Todo esto, sumado a la toma de consciencia de los efectos adversos, hace aún más controvertida la justificación del uso de la CM. Igualmente, la dignidad del paciente se ve comprometida con el uso de la CM. Estas marcadas confrontaciones atentan contra la seguridad del paciente, la práctica basada en la evidencia, los cuidados individualizados y los estándares de excelencia en la calidad asistencial<sup>(7)</sup>.

El paciente “no contenido” constituye el elemento de partida para poder empezar a trabajar cuestiones más precisas como las fases avanzadas de la movilización precoz (uso del cicloergómetro, sedestación en cama o silla, etc.) que en los últimos años se van perfilando como intervenciones eficaces para prevenir las secuelas a corto y largo plazo de una estancia en la UCI<sup>(8)</sup>.

Finalmente, entre los Derechos del niño Hospitalizado, contemplados en la Resolución del Parlamento Europeo de 13 de mayo de 1986, se encuentran:

- Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.
- Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.

## CONCLUSIONES

La CM no ha de ser usada de forma rutinaria e indiscriminada en la UCIP, debe adecuarse **siempre** a las circunstancias puntuales del paciente en todo momento y teniendo presente que la estancia del paciente en la UCIP está en **continuo** cambio por lo que nuestros objetivos deben ser también dinámicos y estar en constante revisión.

Debemos avanzar hacia la excelencia en los cuidados, este avance está íntimamente ligado a la innovación en el campo científico y tecnológico, pero sin olvidar nunca que el niño es un ser bio-psico-social en continua evolución, por lo que deberemos intentar que su estancia en la UCIP sea lo menos traumática posible, para ello haremos de implantar protocolos de humanización en la unidad y de emplear la CM exclusivamente cuando sea indispensable, tendiendo a su erradicación en la medida de lo posible.

## BIBLIOGRAFÍA

1. George Gómez EJ, Nicolalde Zambrano KV. Tesis [Internet]. 2017. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/22958> [citado el 29 de Abril de 2018].
2. Terré Camacho O. Criterios y visión de la estimulación infantil. 2010. Disponible en: <http://www.orlandoterre.com/art1.html>
3. Rubio Domínguez J. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. Rev Calidad Asistencial. 2017; 32: 172-7.

4. Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Disponible en: [www.comitedebioetica.es](http://www.comitedebioetica.es)
5. Resolución 106/2017, de 27 de enero, del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud Fecha: 27 Enero 2017.
6. Consejería de Sanidad. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria; 2016. Disponible en: [www.madrid.org/bvirtual/BVCMO17902.pdf](http://www.madrid.org/bvirtual/BVCMO17902.pdf)
7. Acevedo-Nuevo M, et al. Manejo de la inmovilización terapéutica en Unidades de Cuidados Críticos: aproximación fenomenológica a la realidad enfermera. *Enferm Intensiva* 2016; 27: 62-74.
8. Acevedo-Nuevo M, González-Gil MT. Creando un ambiente de empoderamiento en las unidades de cuidados intensivos: de la contención a la movilización. *Enferm Intensiva* 2017; 28: 141-3.