

## Contenciones mecánicas: ¿hacemos un uso reflexivo?

### Descripción del uso de contenciones: a propósito de 3 casos

Caso 1



La enfermera realiza contención verbal (reorientación, habla en tono suave) y contención física manual mientras evalúa las posibles causas de agitación.

Caso 2



La paciente (Rosa), desde el principio está con contención mecánica (manoplas sujetas a la cama) y tira de ellas. La enfermera realiza contención verbal. Nadie se plantea si las CM pueden ser una posible causa de agitación.

Caso 3



Ante un episodio de agitación, las enfermeras, deciden como 1ª opción el uso de CM para prevenir la autorretirada del tubo endotraqueal. La paciente (Marta), intenta retirárselas, levantarse y acercar la cabeza a las manos contenidas "casi consiguiendo llegar".

#### 1. Valoración y reflexión sobre CM (mitos versus evidencia)

El uso de contenciones mecánicas (CM) es frecuente en los pacientes críticos, con una prevalencia que en Europa se sitúa en el 39%. Sin embargo, se observan pronunciadas diferencias no sólo entre países sino también entre hospitales dentro de un mismo país, en un rango que oscila entre el 0-100%<sup>(1)</sup>. Estas diferencias se han atribuido, en parte, a las características de los pacientes, las prácticas de analgosedación, la ratio enfermera-paciente, los conocimientos de las enfermeras sobre CM y a aspectos normativos y culturales. En España, la prevalencia de uso de CM en pacientes críticos es del 21,3%<sup>(2)</sup>.

Los posicionamientos internacionales abogan por reducir su uso y reservarlas como el "último recurso terapéutico". Recomiendan que no se utilicen de forma rutinaria, y se evalúen siempre previamente todas las alternativas verbales, medioambientales y farmacológicas. Que su uso se documente en la historia, se prescriba por un médico y que

esta prescripción se limite a un periodo de 24h. Asimismo, se recomienda que se evalúen y registren la aparición de complicaciones y que se informe al paciente o a los familiares sobre la necesidad y naturaleza de la contención <sup>(3)</sup>.

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son las enfermeras las que habitualmente deciden colocar y retirar estos dispositivos de forma autónoma, a pesar de las recomendaciones nacionales e internacionales. En España, sólo en el 38,6% de las UCI el médico prescribe el uso de CM y se registran sólo entre un cuarto y la mitad de los pacientes con CM. Por unidades, en el 3,2% de las UCI españolas se solicita el CI por escrito y el 16,5% disponen de protocolo específico de CM para las UCI<sup>(2)</sup>.

En los casos presentados, hemos podido ver a pacientes con y sin CM, así como diferentes intervenciones enfermeras. Muchas de estas intervenciones se basan en mitos y no en la evidencia, por lo que es necesario clarificar y reflexionar sobre ellos.

### **Mito 1: El uso de la CM evita la autoextubación**

El motivo principal por el que se colocan CM en la UCI es para garantizar la seguridad del paciente y prevenir la autorretirada de dispositivos de soporte vital (como el tubo endotraqueal, catéteres o drenajes) o controlar el comportamiento del paciente ante cuadros de agitación o delirio. La agitación suele deberse a la presencia de dolor, ansiedad por no poder comunicarse, sed, inmovilidad o abstinencia de fármacos sedantes. Sin embargo, hasta la fecha, ningún estudio ha demostrado que las CM sean seguras y efectivas para evitar caídas o prevenir la autorretirada de dispositivos, incluso llegando a señalar a las CM como inductoras de estas autorretiradas. Además, los paciente con CM presentan un riesgo 3 veces mayor de extubación no planeada que aquellos que no llevan CM. Reconociendo las limitaciones que tienen gran parte de estos estudios, en la actualidad, sólo podemos concluir que colocar CM no ha demostrado significativamente disminuir la incidencia de autorretiradas de dispositivos en la UCI <sup>(4,5)</sup>.

### **Mito 2: Las CM son seguras**

El uso de CM se ha asociado a múltiples eventos adversos tanto físicos como psicológicos a corto y largo plazo como: lesiones cutáneas, vasculares, nerviosas, musculares, articulares y respiratorias, mayor agitación y riesgo de desarrollo de delirio y mayor uso de fármacos psicotrópicos. Además, las personas que han llevado CM presentan estancias hospitalarias más largas <sup>(6,7)</sup>.

**Mito 3: Los enfermos con CM no recuerdan su uso**

Al alta, casi un cuarto de los pacientes recuerda haber llevado CM con una correlación elevada entre este recuerdo y el desarrollo de síntomas de trastorno de estrés postraumático. Los pacientes que recuerdan haber sido contenidos en la UCI presentan una probabilidad 6 veces superior de desarrollar estos síntomas, aunque esta asociación requiere de más investigaciones (7).

**Mito 4: No hay otras alternativas**

Diferentes intervenciones, tanto farmacológicas como no farmacológicas, para prevenir el delirio se han mostrado efectivas en algunos estudios, para reducir el uso de CM en las UCI, como la evitación de las benzodiazepinas, el uso de la sedación consciente con dexmedetomidina, la movilización precoz en pacientes neurocríticos, el uso de medidas de estimulación cognitiva o la implementación completa del paquete ABCDEF. Asimismo, la formación a los profesionales y la implementación de programas multicomponente con intervenciones que incluyen alternativas menos restrictivas (como manoplas no sujetas a la cama), el uso de algoritmos o ruedas de decisión y la creación de comités institucionales o la realización de rondas multidisciplinarias diarias en las que se revisen la razón de contención para cada paciente y se discuta la decisión de manera multidisciplinaria han mostrado una reducción del uso de CM y una mejora en las prácticas sin una mayor aparición de eventos adversos (8,9).

**2. Actuación enfermera para minimizar el uso de contenciones mecánicas en la UCI**

En todos los pacientes ingresados es recomendable que las enfermeras realicen las siguientes acciones (10):

1. **Valorar el riesgo:** Evaluar a la persona al ingreso y de forma continua para identificar cualquier factor de riesgo que pueda predisponer a cuadros de agitación o delirio.
2. **Prevención y alternativas:** Valorar rutinariamente el dolor, la sedación/agitación y el delirio mediante escalas validadas e implementar, en conjunto con el equipo multidisciplinario, estrategias preventivas del delirio como: analgesia multimodal preventiva, minimizar la sedación, movilización precoz, respeto al sueño, acompañamiento familiar y evitación de las CM.

3. **Manejo de la agitación:** Ante un cuadro de agitación, la enfermera debe descartar todas las causas reversibles (dolor, ansiedad...) y realizar técnicas de desescalamiento de la conducta mediante contención verbal, física (como se muestra en el primer vídeo) o farmacológica relegando el uso de la CM como el último recurso en los casos con riesgo inminente.
  
4. **Uso de contenciones:** Cuando se hayan agotado todas las alternativas posibles la decisión de usar CM debe ser consensuada dentro del equipo multidisciplinar. En la medida de lo posible, cuando el episodio agudo haya cedido, debe comunicarse a la familia esta decisión y solicitar su consentimiento. Asimismo, el uso de CM debe reevaluarse periódicamente para detectar la aparición de complicaciones, sopesar si la CM es necesaria y aplicarla el mínimo tiempo imprescindible. En los vídeos 2 y 3 se observa como el uso de CM no ha sido reflexivo y la decisión se ha tomado antes de valorar el dolor/agitación y de forma autónoma sin consultar con otros miembros del equipo. Aunque el principal argumento utilizado es la “seguridad del paciente”; esta apreciación revela que la interpretación de esta seguridad es parcial, ya que prioriza el mantenimiento de la vía aérea y obvia otros efectos físicos y psicosociales asociados al uso de CM.

## Bibliografía

1. Benbenbishty J, Adam S, Endacott R. Physical restraint use in intensive care units across Europe: The PRICE study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2010;26(5):241–5.
2. Arias-Rivera S, López-López C, Frade-Mera MJ, Via-Clavero G, Rodríguez-Mondéjar JJ, Sánchez-Sánchez MM, et al. (2019). Valoración de la analgesia, sedación, contenciones y delirio en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos españolas: Proyecto ASCyD. *Enferm Intensiva.*2020;31(1):3-18 [Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.11.002>]
3. Maccioli G, Dorman T, Brown BR, Mazuski JE, McLean B a, 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(11):2665–76.
4. Devlin JW, Skrobik Y, Vice-chair F, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, 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. 2018; 46(9):825-73.
5. 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.
6. 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(3):557–66
7. Hatchett C, Langley G, Schmollgruber S. Psychological sequelae following ICU admission at a level 1 academic South African hospital. *South Afr J Crit Care.* 2010; 26:52–8.
8. Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, et al. Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle. *Crit Care Med.* 2019; 47(1):3-14.
9. Mitchell DA, Panchisin T, Seckel MA. Reducing Use of Restraints in Intensive Care Units: A Quality Improvement Project. *Crit Care Nurse.* 2018;38(4): e8-e16.
10. Acevedo-Nuevo M, Via-Clavero G. La reducción del uso de contenciones mecánicas en las UCI, una asignatura pendiente y emergente. *Med Intensiva.* 2018; 43(5):299-301.