



ORIGINAL

La contención mecánica en unidades de cuidados críticos desde la experiencia de los médicos y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería: buscando una lectura interdisciplinaria



M. Acevedo-Nuevo (RN, MsC)^{a,b,c,*}, M.T. González-Gil (RN, PhD)^{c,d},
M. Solís-Muñoz (RN, MsC, PhD)^{c,e}, S. Arias-Rivera (RN)^{b,f,g},
M.J. Toraño-Olivera (RN, MsC)^h, L.F. Carrasco Rodríguez-Rey (RN, MsC)ⁱ,
T.R. Velasco-Sanz (RN, PhD)^{j,k}, B.E. Martín Rivera (RN)^l,
F.J. Carmona-Monge (RN, PhD)^m, M.D. Rodríguez-Huerta (RN, MsC)ⁿ,
S. Lospitao-Gómez (RN, MsC)^ñ, A. Martínez Álvarez (RN, MsC)^o,
S. García-González (RN, MsC)^o y N. Láiz-Díez (RN)^e

^a Organización Nacional de Trasplantes, Madrid, España

^b Grupo de Trabajo Analgesia, Sedación, Contenciones y Delirio de la Sociedad Española de Enfermería de Intensivos y Unidades Coronarias, Madrid, España

^c Grupo de Investigación en Enfermería y Cuidados de Salud, Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro-Segovia de Arana (IDIPHISA), Majadahonda, Madrid, España

^d Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^e Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

^f Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^g CIBER Enfermedades Respiratorias, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^h Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

ⁱ Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^j Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^k Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^l Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^m Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

ⁿ Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

^ñ Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid, España

^o Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España

Recibido el 8 de octubre de 2018; aceptado el 6 de enero de 2019

Disponible en Internet el 26 de junio de 2019

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: m.acevedo.nuevo@gmail.com (M. Acevedo-Nuevo).

PALABRAS CLAVE

Restricción Física;
Cuidados críticos;
Investigación
cualitativa;
Grupos focales;
Médicos;
Auxiliares de
enfermería

Resumen

Objetivos: El objetivo fue explorar la experiencia de médicos y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) respecto al manejo de contenciones mecánicas en unidades de cuidados críticos.

Método: Estudio fenomenológico multicéntrico que incluyó 14 unidades de cuidados críticos (UCC) de Madrid (España). Las UCC fueron estratificadas en función del uso de contenciones mecánicas: «uso frecuente» versus «uso escaso». Se realizaron 3 grupos de discusión: el primero compuesto por TCAE procedentes de UCC con uso frecuente de contenciones mecánicas, el segundo grupo por TCAE de UCC de uso escaso de contenciones mecánicas y el último grupo por médicos de ambos subtipos de UCC. Método de muestreo: por propósito. Análisis de datos: análisis temático de contenido. Se alcanzó la saturación de los datos.

Resultados: Emergen 4 temas principales: 1) concepto de seguridad y riesgo (seguridad del paciente versus seguridad del profesional); 2) tipos de contenciones; 3) responsabilidades profesionales (prescripción, registro y roles profesionales); y 4) paradigma «contención cero». La conceptualización sobre el uso de contenciones mecánicas muestra diferencias en algunos de los temas principales dependiendo del tipo de UCC en cuanto a políticas, uso y manejo de contenciones mecánicas (uso frecuente versus uso escaso).

Conclusiones: La reducción real del uso de contenciones mecánicas en UCC debe partir de un punto clave: la aceptación de la complejidad del fenómeno. El uso de contenciones mecánicas observado en las diferentes UCC está influenciado por factores individuales, grupales y organizativos. Estos factores determinan las interpretaciones que médicos y TCAE realizan sobre seguridad y riesgo, el centro del cuidado (cuidado centrado en el paciente o en el profesional), el concepto de contención, las responsabilidades e intervenciones profesionales y las interacciones del equipo y el liderazgo.

© 2019 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Restraint physical;
Critical care;
Qualitative research;
Focus groups;
Physicians;
Nursing assistants

Physical restraint in critical care units from the experience of doctors and nursing assistants: In search of an interdisciplinary interpretation**Abstract**

Objectives: The study aim was to explore the experience of doctors and nursing assistants in the management of physical restraint (PR) in critical care units.

Method: A multicentre phenomenological study that included 14 critical care units (CCU) in Madrid (Spain). The CCU were stratified according to their use of physical restraint: “frequently used” versus “seldom used”. Three focus groups were formed: the first comprised nursing assistants from CCUs that frequently used physical restraint, the second comprised nursing assistants from CCUs that seldom used physical constraint, and the final group comprised doctors from both CCU subtypes.

Sampling method: purposive. Data analysis: thematic content analysis. Data saturation was achieved.

Results: Four principle themes emerged: 1) concept of safety and risk (patient safety versus the safety of the professional), 2) types of restraint, 3) professional responsibilities (prescription, recording, and professional roles) and 4) “zero restraint” paradigm. The conceptualisation regarding the use of physical contentions shows differences in some of the principal themes, depending on the type of CCU, in terms of policies, use and management of physical constraint (frequently used versus seldom used).

Conclusions: The real reduction in the use of physical restraint in CCU must be based on one crucial point: acceptance of the complexity of the phenomenon. The use of physical restraint observed in the different CCU is influenced by individual, group and organisational factors. These factors will determine how doctors and nursing assistants interpret safety and risk, the centre of care (patient or professional-centred care), the concept of restraint, professional responsibilities and interventions, interactions of the team and the leadership.

© 2019 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Qué se conoce/qué aporta

El uso de contenciones mecánicas (CM) en unidades de cuidados críticos está actualmente en revisión. Aunque todos los estudios otorgan a las enfermeras un papel principal en el manejo de las CM, en el presente estudio se profundiza en la conceptualización realizada por otros actores como médicos y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, que parecen estar ejerciendo influencias en las enfermeras en cuanto a la conceptualización conjunta de los conceptos seguridad y riesgo, el concepto de CM y las responsabilidades y roles desempeñados por los distintos profesionales, etc. El discurso de médicos y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería abre la puerta a la posibilidad de la práctica asistencial bajo la premisa «contención cero» y a la prescripción compartida en caso de que las CM sean estrictamente necesarias.

Implicaciones del estudio

El paradigma «contención cero» se plantea como alcanzable desde un abordaje de cuidado integral centrado en el paciente, una cultura de seguridad centrada en el bienestar y una toma de decisiones juiciosa y consensuada donde las enfermeras se señalan como figuras clave.

Introducción

Asistimos en los últimos tiempos a una tímida, pero creciente, mirada crítica sobre el uso de contenciones mecánicas (CM) en todos los ámbitos de la atención sanitaria incluidos los cuidados a los pacientes críticos¹⁻¹¹. Aunque durante años el uso de las CM en las unidades de cuidados críticos (UCC) ha permanecido olvidada y silenciada, asumiéndola como una parte inevitable de la asistencia a los pacientes críticos^{4,6,12,13}, diversos autores y sociedades científicas empiezan a dar pequeños pasos hacia delante planteando la pertinencia de la medida e invitando a la reflexión individual en cada caso, para valorar si no existe más opción que el uso de CM o si otros abordajes podrían favorecer la disminución de su uso¹⁻¹¹ o incluso el planteamiento de políticas de «contención cero»¹.

En el caso de la CM hasta el nombre para designarlas resulta controvertido¹⁴: en el ámbito institucional se ha pasado de recomendar el uso del nombre «inmovilización terapéutica» (asumiendo los efectos terapéuticos de la misma)¹⁵ a admitir hoy en día que el nombre más adecuado es «sujeción mecánica» o «contención mecánica», negando los efectos terapéuticos^{9,10,14}. En esta discusión por la conceptualización correcta participan también paneles de expertos, comités de ética y expertos en calidad asistencial, entre otros^{9,10,14}.

Para el presente estudio se tomará el término CM, siendo definida ésta como «cualquier acción o procedimiento que

evita la libertad de movimiento de una persona a la posición que elija o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, mediante el uso de cualquier método, adjunto o adyacente al cuerpo que no puede ser controlado o retirado por la persona fácilmente»^{7,14}.

Aunque son muy pocos los estudios que analizan las CM en UCC a nivel mundial, la prevalencia de uso de CM en la UCC difiere ampliamente entre distintos países: en el Reino Unido o los países escandinavos las CM se consideran abusivas e inmorales, con prevalencias de uso cercanas al 0%^{1,5,11,12,16,17}. En el resto de los países que han publicado algún dato al respecto, las prevalencias parecen elevadas: 23% de los pacientes ingresados en UCC en Holanda o el 76% de los pacientes con ventilación mecánica en Canadá^{1,11,16,18-25}. En España los únicos datos publicados hasta ahora encuentran prevalencias del 15% y el 43,9%^{12,13,16}. Sin embargo, la comparación de datos entre países puede resultar complicada por las diferencias contextuales existentes en cuanto a tipos de pacientes ingresados en UCC (con ventilación mecánica o no) o la existencia de unidades de cuidados intermedios, entre otros factores asociados^{14,16}.

Lo que parece evidente actualmente es que el uso sistemático de la CM en las UCC resulta cada día más difícilmente justificable, ya que los efectos adversos tanto a nivel físico como psicosocial aparecen bien documentados en la bibliografía, y el uso de la CM atenta contra la autonomía y la dignidad del paciente^{6,7,10,11,26}. En relación con los principios éticos, su uso podría estar justificado en función del principio de beneficencia^{7,10}, pero cada vez son más los estudios que ponen en duda la eficacia de la CM para conseguir el objetivo propuesto en la UCC: la prevención de las autorretiradas de los dispositivos de soporte vital como por ejemplo el tubo endotraqueal^{1,5,11,18,27-30}. En los últimos tiempos, además, se empieza a señalar la CM como delirógena y empieza a sugerirse la relación de la CM con el estrés postraumático a la salida de UCC^{1,3,11,24,31}.

Por otra parte, en los ámbitos en los que el uso de las CM se ha trabajado en más profundidad (geriatría y salud mental) se ha reconocido que el uso de las CM es un tema complejo y multifactorial en el que entran en juego multitud de variables individuales, grupales e institucionales y en el que debe existir implicación por todas las partes para conseguir una disminución real de su uso^{6,7,32-34}. En ese sentido, distintos autores señalan que las CM podrán ajustarse a la «teoría del iceberg»: la parte visible del iceberg sería el uso de las CM, pero en estratos más profundos existe una intrincada red de relaciones de distintos elementos^{34,35}; en ella, todos los actores de la atención sanitaria ejercen influencias sobre los actores principales en cuanto al uso de las CM, las enfermeras^{4,6,17,33,36}. De manera similar, otros autores empiezan a plantear el uso de la CM desde nuevos modelos explicativos, analizando el efecto de las influencias sociales en las enfermeras, principales responsables hoy en día del manejo de CM^{4,34,36}. En este sentido, Vía-Clavero et al. aplican la «teoría del comportamiento planeado» al uso de CM en las UCI, encontrando que las enfermeras se ven condicionadas no solo por factores intrapersonales, sino por factores interpersonales (ejercidos por compañeros de su propio estamento y otros profesionales de las UCI) en el proceso final de intención y decisión final sobre el uso de CM⁶.

En este sentido, aunque las enfermeras desempeñan un rol nuclear en la gestión y manejo (colocación, mantenimiento y retirada) de CM, no parece que estén solas en ese proceso de toma de decisiones^{4,6,17,33,36}; médicos y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) podrían estar ejerciendo influencias constantes y potentes (y muchas veces invisibles y discrepantes)^{4,6}. El reconocimiento de esta interdisciplinariedad en cuanto al uso de CM parece coherente con el reconocimiento de la complejidad del fenómeno que otros ámbitos de la asistencia sociosanitaria ya han realizado^{6,7,32-34}.

La metodología cualitativa se plantea como una herramienta potente para explorar de manera inicial problemas multifactoriales, con múltiples elementos subyacentes y marcados por la invisibilidad^{37,38}. Así, el presente estudio pretende acercarse a la conceptualización que profesionales distintos de las enfermeras (médicos y TCAE) realizan sobre el uso de CM en la UCC y otros factores asociados, así como identificar cómo esa experiencia influye en la toma de decisiones que llevan a cabo las enfermeras.

Objetivos

Con los anteriores antecedentes, en el presente estudio nos planteamos como objetivo principal comprender la experiencia vivida por médicos y TCAE respecto al manejo de CM en UCC.

Para ello, de forma específica trataremos de: describir la vivencia de médicos y TCAE respecto al proceso de toma de decisiones (instauración, mantenimiento y retirada) relacionado con el uso de CM en UCC; explorar los roles profesionales respecto al manejo de CM de los distintos grupos profesionales implicados en el cuidado del paciente crítico; comprender las diferencias vivenciales de médicos y TCAE en función del medio en el que están inmersos respecto al uso de CM (uso frecuente versus uso escaso) e identificar los factores que los médicos y TCAE señalan como determinantes para poder trabajar bajo el paradigma «contención cero».

Método

Diseño del estudio

Estudio cualitativo fenomenológico interpretativo³⁹ que ha permitido la exploración en profundidad de la experiencia vivida por médicos y TCAE respecto al manejo de la CM en pacientes críticos, así como conocer cómo esa experiencia puede influir en las enfermeras, actores principales del manejo de la CM en UCC.

Ámbito de estudio

La recogida de datos se realizó entre diciembre de 2015 y marzo de 2017 e incluyó a profesionales (TCAE y médicos) de 14 UCC pertenecientes a 10 hospitales públicos de 2.º y 3.º nivel de la Comunidad de Madrid. Las ratios enfermero:paciente de todas las UCC variaron entre 1:2 y 1:3 y las ratios TCAE:paciente oscilaron entre 1:4 y 1:5, en ambos

casos dependiendo de los turnos de trabajo (diurnos versus nocturnos).

Participantes y muestreo

Se llevó a cabo un muestreo intencional por propósito³⁷. De manera general se tomaron como criterios de inclusión: profesionales (TCAE o médicos) que en el momento del grupo de discusión (GD) desarrollasen actividad asistencial en UCC, con un mínimo de experiencia clínica en UCC de 3 años (en el caso de los TCAE) y que aceptasen de manera explícita participar en el estudio firmando el documento de consentimiento informado. En el caso de los médicos debían haber acabado el periodo formativo de residencia y, por tanto, tener el título de facultativo especialista adjunto en medicina intensiva y/o anestesiología y reanimación. De cara a la elaboración de las fichas de participantes se consideraron criterios experienciales moduladores del discurso: el tiempo de experiencia clínica en general, el tiempo de experiencia en UCC, el número de UCC en las que habían trabajado y el haber recibido formación específica en CM. Además se recogieron otros datos sociodemográficos como el género y la edad.

Sumado a los criterios anteriormente enunciados, y en continuidad con la línea de trabajo ya iniciada⁴, las UCC a las que pertenecían los profesionales se encontraban estratificadas en «UCC con uso frecuente/sistemático de CM» (UCC con UF CM) o en «UCC con uso escaso/individualizado de CM» (UCC con UE CM); dicha estratificación se realizó en función de la frecuencia y criterios de aplicación de la CM (indicaciones de uso de CM, existencia de norma o protocolo que guíe el uso de CM específicamente en pacientes críticos, etc.), ambas cuestiones recogidas en un cuestionario autoelaborado (dada la falta de recursos válidos en la bibliografía): en este estudio, del total de 14 UCC, 8 UCC eran UCC de UF CM y 6 UCC de UE CM. Esta clasificación, ya explorada previamente de manera satisfactoria, responde a la necesidad de obtener datos que permitiesen la comparación de perfiles clínicos congruentes con maneras diferentes de entender la CM en función del entorno clínico.

El acceso a los informantes se realizó a través de investigadores asistenciales (enfermeros) que trabajaban en cada uno de los centros. La recogida de datos permitió obtener la saturación de los mismos al cruzar los resultados con los recogidos anteriormente en los GD realizados con enfermeros.

Recogida de datos

Se realizaron un total de 3 GD con participación de 6 profesionales por grupo: 2 GD con TCAE (un GD formado por TCAE de UCC con UF CM y un GD formado por TCAE de UCC con UE CM) y un GD con médicos (grupo mixto con profesionales de ambos subtipos de UCC y de ambas especialidades). Se procuraron criterios de heterogeneidad en cuanto al centro de trabajo y los años de experiencia profesional, ambos criterios señalados como relevantes en la bibliografía¹⁶.

Durante los GD se pretendió, a partir de la experiencia individual y subjetiva sentida sobre el manejo de la CM en UCC, la construcción de una estructura de sentido compartido en el grupo y la exploración conjunta de

factores favorecedores/limitadores del uso de CM guiada de manera superficial y no directiva por el moderador del GD⁴⁰. Como en fases anteriores del presente estudio, la conversión de los GD en mini-GD⁴¹ resultó pragmáticamente muy ventajosa, al permitir adecuadas interacciones discursivas al mismo tiempo que sinergias en el discurso, construyéndose un sentimiento grupal respecto al objeto de estudio, especialmente en aspectos más complejos o que requiriesen el desarrollo parcial de teorías. Este tipo de estrategias e interacciones para cuestiones complejas parecen más dificultosas en GD con mayor número de participantes.

Los 3 GD fueron moderados y liderados por el investigador principal (IP), acompañado por algún miembro del equipo investigador con experiencia en investigación cualitativa y que desarrolló un papel de observador durante el GD. Se usó el mismo guion para los GD de TCAE (tabla 1). Para el GD de médicos, tras el análisis preliminar de los GD de TCAE y la triangulación con los resultados de los GD con enfermeros de fases anteriores del estudio⁴, se creó un nuevo guion más directivo y orientado a aspectos concretos (tabla 1) para aumentar la productividad del GD. En este sentido, el GD de médicos podría incluso entenderse como un grupo focal⁴², siendo más directivo e integrando a profesionales de ambos subtipos de UCC («uso frecuente» vs. «uso escaso») que tenían que dar respuesta compartida a aspectos más concretos del uso de CM en UCC desde las sensibilidades y realidades de cada uno de los implicados.

Los GD duraron aproximadamente 90 minutos y se desarrollaron en un ambiente tranquilo, sin interrupciones y ajeno tanto a los investigadores como a cualquiera de los integrantes de los GD para evitar diferencias en el bienestar percibido. Los GD fueron audiograbados y transcritos por una empresa externa y especializada para su posterior análisis.

Análisis de datos

Se realizó un análisis temático del contenido del discurso libre de marcos teóricos de referencia^{43,44}. Para intentar asegurar esto último el análisis lo realizó un miembro del equipo diferente al analista principal de la fase anterior del estudio. Finalmente, no obstante, los resultados del análisis fueron compartidos y discutidos para ser matizados y pulidos, logrando así una integración sólida y crítica. Los pasos llevados a cabo para coconstruir el significado de esta experiencia se describen a continuación. Se analizó primeramente el discurso generado por TCAE y en segundo lugar el generado por los médicos para, finalmente, hacer una comparativa identificando elementos comunes y diferenciales, generando propuestas ligadas a las influencias propias del compartir un mismo objeto de cuidado. Para cada uno de los grupos el análisis se inició con una relectura de las transcripciones hasta conocer en profundidad la información disponible. A continuación identificaron fragmentos discursivos significativos para la comprensión del fenómeno de estudio en relación con los objetivos. Estos fragmentos discursivos fueron codificados y los códigos asignados fueron definidos (constituyendo algunas de estas definiciones el germen para los futuros memorandos o reflexiones analíticas). Una vez fragmentado el discurso en unidades significativas, estas se reagruparon en grupos temáticos según afinidad o complementariedad de significado para,

posteriormente, construir relaciones entre los diferentes grupos temáticos y entre los diferentes elementos dentro de cada grupo temático. Una vez establecidas estas relaciones se generaron propuestas teóricas primarias para cada uno de los grupos profesionales. Estas propuestas se compararon identificando elementos comunes y diferenciales (perspectivas paralelas, convergentes, divergentes, tangenciales...) para generar nuevas propuestas más sólidas y con un gran potencial para poder ilustrar los resultados trabajados anteriormente desde la experiencia de las enfermeras⁴. Para estimular la capacidad de análisis (sensibilidad teórica) e integración de significados se utilizaron estrategias de diagramación que, en sus versiones más avanzadas, dan lugar a las figuras que ilustran los resultados.

Se usó el software Atlas.ti (versión 7.5.18) como apoyo al proceso de análisis de datos.

Criterios de rigor

Se vigiló la adecuación epistemológica al objeto de estudio en cuanto a relevancia, validez y reflexividad⁴⁵. Con relación a la validez se realizó triangulación entre investigadores durante el proceso de análisis, con sesiones para puesta en común y consenso de las inferencias realizadas por cada uno de los analistas, sesiones de devolución con expertos clínicos y con algunos informantes (*member checking*), y comprobación de criterios de calidad para el reporte de investigaciones cualitativas mediante la propuesta COREQ⁴⁶. Atendiendo a la reflexividad, la cercanía del IP al fenómeno de estudio podría haber supuesto un sesgo interpretativo, sin embargo, su amplio conocimiento y experiencia sobre el tema (*being-in-the-world*) han sido utilizados de forma crítica y juiciosa favoreciendo el planteamiento de la pregunta de investigación y el análisis. Además, el IP llevó, durante el desarrollo del estudio, un diario reflexivo y memorandos observacionales, inferenciales, teóricos que le ayudaron a identificar y hacer explícitas ideas preconcebidas y a orientar el proceso en las distintas fases de recogida y análisis de los datos⁴⁷.

Aspectos éticos

Se recibió dictamen favorable de los comités éticos de investigación clínica de cada uno de los centros implicados. Jefes de servicio y supervisores enfermeros autorizaron la inclusión de su UCC en el proyecto. Cada participante fue informado de los objetivos y método del estudio y mostró su aprobación mediante la firma del documento de consentimiento informado.

Resultados

Participaron un total de 18 profesionales de UCC agrupados en 3 GD; en la figura 1 pueden observarse las características de la muestra y de los GD en función de los criterios poblacionales y procedimientos muestrales usados.

Emergen 4 temas principales: 1) concepto de seguridad y riesgo; 2) tipos de contenciones; 3) responsabilidades profesionales; y 4) paradigma «contención cero», con matices en

Tabla 1 Guión usado para la moderación de los grupos de discusión**Guión GD TCAE***Conceptualización CM*

- Concepto
- Indicación
- Efectos adversos uso
- Efectos adversos NO uso
- Experiencia vivida
- Papel respecto al manejo de CM
- Factores grupales – organizativos*
- Papel TCAE en toma de decisiones respecto al manejo de CM en UCC
- Aspectos tenidos en cuenta por TCAE para sugerir CM
- Seguimiento y cuidado del paciente con CM
- Experiencia vivida ante una autoextubación
- Factores relacionados con recursos humanos moduladores uso CM
- Factores arquitectónicos moduladores uso CM
- Políticas analgesedación como moduladores uso CM
- Trabajo en equipo como modulador del uso CM

Factores individuales

- Sentimientos respecto CM
- Empatía
- Manejo presión de grupo
- Manejo del paciente delirante
- Interpretación comportamiento del paciente

Seguridad y riesgo

- Seguridad y CM
- Riesgo y CM
- Aspectos bio versus psico-sociales
- Seguridad/riesgo centrada en el paciente
- Seguridad/riesgo centrada en el profesional

Aspectos legislativos – éticos

- Lugar TCAE dentro marco legal manejo CM
- Conflictos morales respecto al uso CM

Alternativas

- Planteamiento alternativas

- Experiencia en la aplicación alternativas
- Planteamiento “Contención Cero”

Guión GD médicos

- Conceptualización
- Mitos respecto al uso de ●CM
- CM y manejo analgesedación y delirio
- Realidad de uso de las CM en la UCI
- Aspecto multidisciplinarios en el uso de CM
- Otros factores relacionados con el uso de CM

CM: contención mecánica; GD: grupo de discusión; TCAE: técnico en cuidados auxiliares de enfermería; UCC: Unidad de Cuidados Críticos.

la conceptualización en función del tipo de UCC en cuanto al manejo de CM (uso frecuente versus uso escaso).

Concepto de seguridad y riesgo

El uso de la CM tiene como sustento teórico el concepto de seguridad y de riesgo que manejan los profesionales. El concepto de seguridad es contemplado desde 2 perspectivas que se colocan en polos opuestos de un mismo *continuum*: seguridad referida al paciente y seguridad referida al propio profesional en relación con su desempeño laboral (fig. 2).

En las UCC con UF de CM, el discurso de los TCAE se basa en la prevención del riesgo (principalmente el riesgo de autorretirada de dispositivos invasivos) desde lo que conceptualizan como «contención preventiva», junto con la evitación de la «culpa» por la consecución de accidentes.

La «contención preventiva» hace referencia al uso de la CM de forma habitual y sistemática (no individualizada) con la idea de velar por la seguridad del paciente. Esta actitud preventiva presupone que todos los pacientes ingresados en UCC (principalmente aquellos a los que se les está retirando la sedación para avanzar en la retirada de la ventilación mecánica) están expuestos a situaciones de

riesgo universales (no considerando la particular situación a la que se ve expuesto el paciente y cómo este interacciona con la misma). Este riesgo de sufrir accidentes (como autoextubaciones) es atribuido a comportamientos del paciente como la agitación psicomotriz sin contemplarse cuáles son sus causas ni la magnitud de las consecuencias del riesgo o de las propias intervenciones preventivas (contención).

GD médicos mixto: «[...] un paciente que estaba despierto, estaba un poco agitado [...] y ya vinieron a ponerle las muñequeras [...]. Y digo: “¿Qué estás haciendo, que estoy hablando con él?” “No, no, por si se agita”. [...]Y muchos pacientes según llegan del quirófano, o si le acabas de intubar, las muñequeras puestas».

En relación con la seguridad centrada en el profesional se evidencia una cultura centrada en la intervención defensiva con el objetivo de minimizar los posibles incidentes que puedan ser atribuidos al profesional. La «contención preventiva» se constituye como un escudo defensivo para evitar incidentes mientras uno sea el responsable directo del paciente.

En contraposición a la «contención preventiva», en las unidades de UE de CM, el discurso de médicos y TCAE apuesta por la promoción del bienestar y comodidad del paciente huyendo de intervenciones protocolizadas y usando

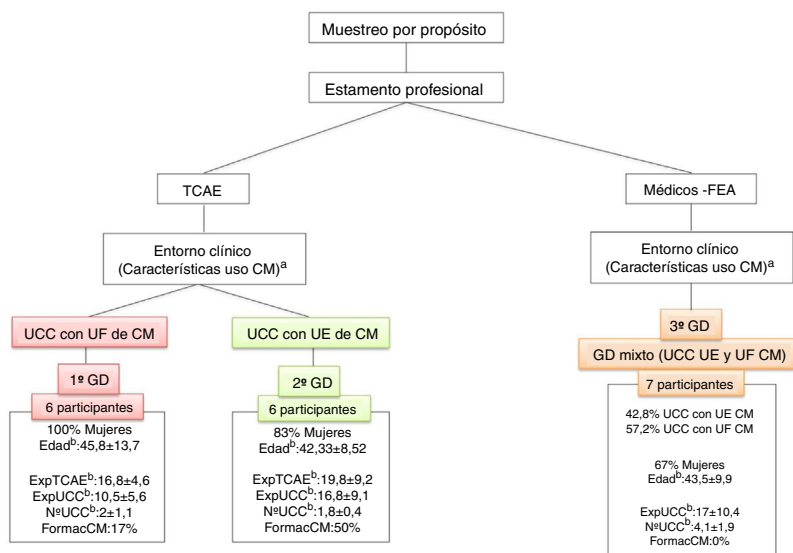


Figura 1 Características de los grupos de discusión en función de los criterios poblacionales y procedimientos muestrales.

^a Hipótesis conceptual: el entorno clínico condiciona las conceptualizaciones de uso de la CM.

^b Datos expresados como media ± desviación estándar. CM: contención mecánica; ExpTCAE: años de experiencia laboral como técnico en cuidados auxiliares de enfermería; ExpUCC: años de experiencia laboral en unidades de cuidados críticos; FEA: facultativo especialista adjunto; FormacCM: porcentaje de participantes con formación específica en contención mecánica, no obligatoriamente en el ámbito de críticos; GD: grupo de discusión; N.º UCC: número de unidades de cuidados críticos diferentes en las que ha desarrollado su actividad profesional; UCC: unidades de cuidados críticos; UE: uso escaso/individualizado; UF: uso frecuente/sistemático; TCAE: técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

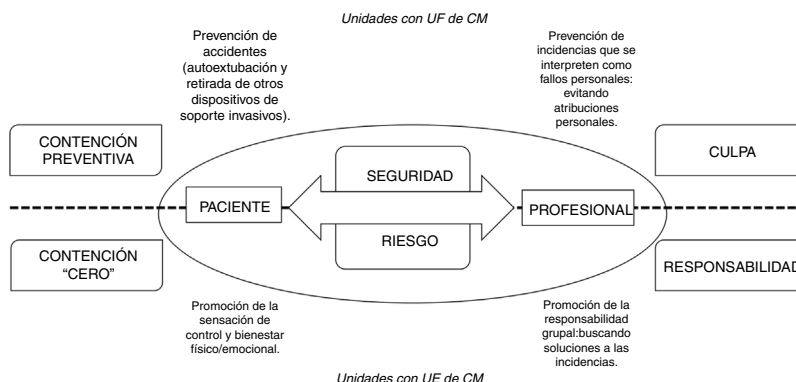


Figura 2 Concepto de seguridad y riesgo en relación con el uso de contención mecánica. CM: contención mecánica; UE: uso escaso/individualizado; UF: uso frecuente/sistemático

Fuente: elaboración propia.

una valoración individualizada que oriente el juicio clínico y la toma de decisiones. El objetivo es la utilización de CM en el menor de los casos y siempre con consciencia (intervención justificada y teniendo presentes las posibles complicaciones derivadas de su uso).

GD_TCAE_UE: «[...] sujetar lo mínimo [...] y con conciencia [...]. Pues... (sujeción) preventiva yo no lo concibo. O sea, si ya estamos diciendo que es un tema complicado el hecho de poner una inmovilización terapéutica, si la ponemos preventiva... ¿Qué hacemos? ¿Atamos a todos antes de despertarlos?».

GD médicos mixto: «¿Ves lo que has hecho? Ya te dije que le tenía que tener atado», y eso va creando una dinámica [...] es una cuestión de dinámica global de la gente, o

sea, la sensación de pensar que no se debe hacer [...] más que en casos puntuales y momentos puntuales, tiene que ser una cosa colectiva porque si hay alguien menos tendente a hacerlo como que se le castiga con la idea de "¿Ves lo que has provocado?"».

Por otra parte, el concepto de seguridad y el riesgo profesional se aborda desde una perspectiva diferente. Así, en las UCC de UE, tanto médicos como TCAE interpretan que el riesgo de eventos no deseados es algo intrínseco a la práctica profesional, si bien los recursos y avance en el conocimiento hacen que estos sean menos frecuentes y que se trabaje con mucha más seguridad.

GD médicos mixto: «Riesgos realmente inevitables [...] son muy pocos, lo que pasa es que con el conocimiento

actual pues hay cosas que hoy por hoy no podemos evitar, pero si analizas todos los factores que influyen el famoso quesito de emmental, con todos esos agujeritos, si vas tapando esos agujeros, pues llega un momento que es muy difícil que se cometan esos errores y esos fallos».

Así, no entienden el uso de la CM como un recurso para evitar incidencias que puedan hacer evidente una falla personal en la praxis profesional, sino que entienden que la solución real a la consecución de eventos no deseados es el sentido de responsabilidad grupal.

GD médicos mixto: «...es el miedo a sentirse culpable y a que te culpen de algo que piensas que puede ser un fallo personal cuando realmente es lo de siempre, vamos a buscar al culpable y no vamos a buscar las soluciones y por qué pasan las cosas [...] trabajar en conjunto con todo el equipo y no buscar culpables sino intentar soluciones».

El concepto de seguridad adquiere, en este contexto, una perspectiva más humanista centrada en la experiencia subjetiva del paciente y el cuidado desde un abordaje holístico.

GD.TCAE.UE: [Si le preguntásemos a un paciente: ¿Qué es para ti estar seguro en una UCI?, ¿qué nos diría? Pensad sobre ello]. «Estar cuidado, [...] estar acompañado, no sentirse solo. Que sabe que está cuidado, vigilado, protegido. Que está con buenos profesionales [...] que tiene confianza en los profesionales».

Tipos de contenciones

Además de la clasificación que los TCAE realizan de las CM en función de su confección, localización o severidad (fig. 3), resulta interesante destacar que en el discurso de los TCAE de unidades de UF de CM solo se identifican menciones relativas a la contención farmacológica y física (CM). Los TCAE de unidades de UE, sin embargo, hacen alusión a otros tipos de contenciones como la cognitiva, emocional y, en su conjunto, lo que podría denominarse «contención integral». Las indicaciones de uso de la CM identificadas por los TCAE de ambos tipos de UCC y los médicos (tabla 2) refuerzan estas diferencias de conceptualización de la CM.

Con respecto a la contención farmacológica, aun contemplándose en ambos escenarios clínicos, en las unidades de UF la conceptualización se acerca a la idea de sobredosificación (sin existir conciencia clara de la experiencia dolorosa y de ansiedad del paciente), mientras que en las UE esta hace referencia al uso de la analgesia para disminuir la percepción, por parte del paciente, de estímulos del entorno (interno y externo) que puedan condicionar negativamente su proceso de recuperación.

Los TCAE entienden, de forma general, que el objetivo del uso de la CM es el control de algunas manifestaciones comportamentales de los pacientes. Si bien conviene matizar que, en las unidades de UF se atribuye a la CM una capacidad terapéutica resolutoria, mientras que en las unidades de UE se interpreta como una medida parcial que solo adquiere un sentido si es utilizada de forma integrada con el resto de contenciones (farmacológica, cognitiva y emocional) cuando estas 3 últimas, en su conjunto, no resultan totalmente eficaces (tabla 2).

Los TCAE de las UCC de UE hablan de contención cognitiva cuando piensan en intervenciones como la información o educación de los pacientes/familia, lo cual da la posibilidad

al paciente de poner en marcha estrategias cognitivas de afrontamiento a la situación de gravedad. La información, en este sentido, provee al paciente de sensación de control y de seguridad (lo que repercute en un mayor bienestar emocional y físico).

GD.TCAE.UE: «[...] hay pacientes a los que no se les explica la situación en la que están [...] la CM, pues por medida preventiva para [...] no estar pendiente, poderme librar de estar continuamente en el box o vigilando [...] se les pone por sistema en la mayoría de los casos [...] a veces hablas con los pacientes, les pides colaboración y ellos colaboran [...] si tú les explicas y estás un poquito con ellos, los pacientes sí que colaboran y te entienden».

GD.TCAE.UE: «Se tendría que valorar mucho si realmente es necesario [...] a lo mejor al paciente lo puedes calmar [...] simplemente estando con él, explicándole dónde está [...] muchas veces es por el tema de dolor».

Por su parte, la contención emocional es aquella que se deriva de intervenciones de cuidado como el apoyo emocional o las técnicas de relajación y distracción que hacen que, por una parte, el paciente se desactive y, por otra, que sea capaz de controlar sus pensamientos para modular sus emociones y sus comportamientos (agitación).

GD.TCAE.UE: «[...] cuando veo a alguien así, nervioso, tengo la costumbre de ponerle la mano en la frente [...]. La mano en la frente y la otra mano en el brazo y se me calman. Y se me calman».

GD.TCAE.UE: «[...] tendría que haber un protocolo con musicoterapia [...] controlan el dolor, controlan la ansiedad [...]».

Responsabilidades profesionales: prescripción y registro

El discurso de los profesionales denota una notable invisibilidad de las CM con una perspectiva difusa en relación con la prescripción y una ausencia mayoritaria del registro de su utilización.

Desde la perspectiva de los TCAE la toma de decisiones con respecto al uso de CM está avalada por los protocolos o políticas (explícitas o implícitas) de «contención preventiva», de modo que cualquier profesional puede tomar la iniciativa a la hora de utilizar dispositivos catalogados como cotidianos o blandos (fig. 3). Sin embargo, a mayor grado de severidad de la CM ejercida por los dispositivos, la toma de decisiones se traslada a otros grupos profesionales con mayor capacitación y responsabilidad profesional (tabla 3). Mayoritariamente la toma de decisiones recaería en la enfermera que, además de ser considerada responsable última de la utilización de las CM catalogadas como blandas, es quien indica la utilización de cinturones y otros dispositivos artesanales como el «paracaídas». Solo en el caso de las CM psiquiátricas o de la intervención del personal de seguridad se identifica claramente la necesidad de prescripción por parte de un médico. Mientras tanto, se reconoce la existencia de una falta de regulación o normativa de cara a la prescripción que se ve reflejada en la falta de registro de su utilización.

GD.TCAE.UF: «El criterio de la enfermera [...] en alguna ocasión ves la situación y dices —voy a por una muñequera—, no hace falta que te lo digan, ¿no? Es evidente. Pero la

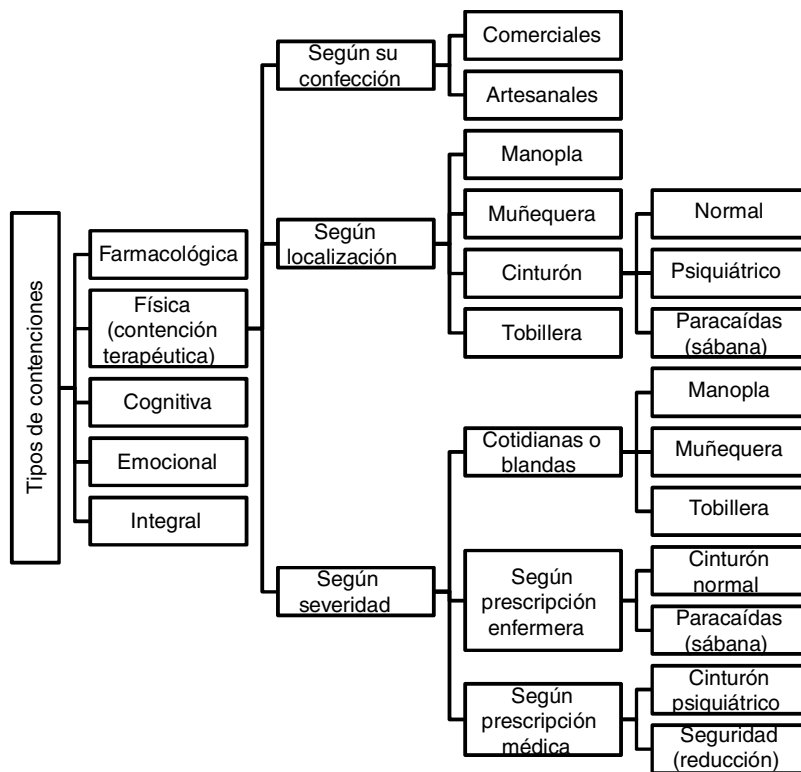


Figura 3 Tipos de contenciones (según TCAE).
TCAE: técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.
Fuente: elaboración propia.

Tabla 2 Indicaciones de la contención mecánica (según consenso/acuerdo tácito de los equipos de trabajo)

TCAE (UCC UF CM)	TCAE (UCC UE CM)	Médicos (grupo mixto)
Paciente intubado y conectado a ventilación mecánica	Pacientes con ventilación mecánica en proceso de retirada de la sedación para comenzar fases iniciales del proceso de destete	Pacientes con ventilación mecánica prolongada en proceso de retirada de la sedación para comenzar fases iniciales del proceso de destete
Paciente en retirada de la sedación		
Paciente agresivo (auto y heteroagresivo)	Paciente momentáneamente agitado o desorientado cuando no responde a otro tipo de intervenciones de contención	
Paciente que ingresa por intento autolítico		
Paciente con problema de salud mental		

CM: Contención Mecánica; TCAE: técnicos en cuidados auxiliares de enfermería; UCC: unidad de cuidados críticos; UE: uso escaso; UF: uso frecuente.

mayoría de las veces depende de la enfermera [...] pero es una orden médica. ¿Dónde está esa orden médica? Jamás aparece».

GD_TCAE_UF: «Y cuando le teníamos ya atado y sujeto, llegó el anestesista dijo: “¿Quién ha dado la orden de que se le ate?”. Es que... ¿sabe? vamos, un vacío legal y eso,

y de responsabilidad del enfermero [...] se vuelca toda la responsabilidad en la enfermera [...] Y a los auxiliares [...]. Dicen “sí, está ahí”, pero como que no tenemos responsabilidad...».

Los médicos, por su parte, hacen alusión a la «trivialización de las contenciones» con una normalización

Tabla 3 Roles profesionales autopercebidos en relación con la contención mecánica

TCAE		Médicos
Desde la perspectiva de los TCAE de UCC con UF de CM	Desde la perspectiva de los TCAE de UCC con UE de CM	Desde la perspectiva de los propios médicos
Provisión y reposición del material para realizar la CM		Valoración integral del paciente (sedación, analgesia, agitación, delirio, necesidad de permanencia de dispositivos invasivos)
Fabricación artesanal de dispositivos para la CM en el caso de que no haya dispositivos de naturaleza comercial		Juicio clínico consensuado con respecto a la necesidad de CM
Colocación de CM blandas en UCC donde su uso está sistematizado y naturalizado desde la idea de la «contención preventiva» (a pesar de ello la responsabilidad última es de la enfermera responsable del paciente)	Colaboración en la colocación de CM a criterio de las enfermeras o de los médicos tras valoración individualizada de las necesidades del paciente	Prescripción consensuada de la CM

CM: contención mecánica; TCAE: técnicos en cuidados auxiliares de enfermería; UCC: unidad de cuidados críticos; UE: uso escaso; UF: uso frecuente.

de su uso en el desarrollo cotidiano del cuidado, banalizando o infravalorando las posibles consecuencias de su utilización.

GD médicos mixto: «[...] lo de las sujeciones mecánicas está muy trivializado [...] viene el paciente y según viene igual [...] le ponen las muñequeras [...] parece que es inherente al cuidado de cualquier paciente crítico [...] no se da la importancia que merece, hay que volver a centrarse en el problema, si realmente es necesario o no».

Frente a esta trivialización apuestan por un uso juicioso orientado por una valoración rutinaria, multicomponente e interprofesional. Según el discurso de los médicos el juicio clínico y la planificación terapéutica deben ser conjuntas y estar basadas en protocolos integrados y consensuados, dejando así a un lado la toma de decisiones centrada exclusivamente en criterio médico y finalizando con la ambigüedad e incertidumbre. Esto implica el trabajar con un único objeto de cuidado (el paciente), con objetivos terapéuticos comunes, bajo criterios de resultado consensuados, en un entorno de comunicación y trabajo en equipo, y con una cartera de intervenciones basada en la noción de la contención integral.

Contención cero

El planteamiento de trabajar bajo el paradigma de la «contención cero» aparece en el discurso de TCAE de UCC de UE de CM y de médicos con naturalidad y credibilidad. Esta aproximación se construye basándose en 4 premisas: cuidados centrados en el paciente y la familia, bienestar-comodidad y autodeterminación como criterios de resultado, juicio clínico y planificación de intervenciones de cuidado interdisciplinares consensuadas, y provisión de recursos humanos y materiales adecuados (tabla 4).

GD médicos mixto: «¿Cuándo nos va a interesar? Pues cuando todo el mundo esté sensible de que eso que se hace no está del todo correcto, quizá no lleguemos al 0% de sujeciones, pero podemos bajar seguro [...] tiene que haber una especie de intención».

El entender como objeto de cuidado al paciente implica tomar como eje del cuidado la seguridad del paciente ubicando a los clínicos en el rol de abogacía. Desde esta perspectiva el logro de una sensación subjetiva de bienestar y comodidad se contempla como una prioridad. Algunos elementos clave para facilitar este bienestar están ligados a la presencia de una figura de referencia y apoyo efectiva. En el discurso de los participantes esta figura está representada por la enfermera, aunque se considera que la familia puede contribuir a la administración de cuidados emocionales con el adecuado soporte de las enfermeras.

Por otra parte, una correcta analgosedación resulta imprescindible para situar al paciente en las mejores condiciones para poder trabajarse en el autocontrol y participar en su proceso de recuperación de forma consciente. La información al paciente y la familia sobre el estado clínico y el adiestramiento en intervenciones de cuidado resultan imprescindibles para tomar decisiones y participar del cuidado, ganando así sensación de control y autoestima.

GD médicos mixto: «[...] hasta hace unos años se pensaba que el enfermo de intensivos tenía que estar dormido y no [...] tiene que estar despierto, colaborador y sin dolor y si consigues eso pues el tubo le molestará un poco, pero bueno [...]».

GD_TCAE_UE: «[...] si en vez de poner una inmovilización terapéutica [...] entra un miembro de la familia y se queda [...] dándole la mano el hombre es que ya no existió en toda la tarde [...] no hizo falta ni atarle ni nada».

Todo ello no es posible, sin embargo, sin un abordaje interdisciplinar consensuado basado en un conocimiento profundo del paciente y en una toma de decisiones conjunta. La valoración rutinaria multicomponente se erige como clave en este proceso de toma de decisiones contemplando la monitorización del dolor, sedación-agitación, delirio y factores de riesgo para su desarrollo y pertinencia de la continuidad de dispositivos invasivos. Esta aproximación interdisciplinar integral e integrada se ve reflejada en la propuesta de la «contención integral» e implicaría la gestación de protocolos conjuntos. En este contexto, la

Tabla 4 Factores favorecedores de una unidad de cuidados críticos libre de contención mecánica

Actitud empática	«Que es muy negativo despertarte de una anestesia o de una sedación, no saber dónde estás, estás desorientado, no conoces a nadie, y que encima vayas a moverte y no puedas». GD.TCAE.UE
Relaciones terapéuticas compasivas	«Pero porque también pasamos del tema, es que no nos implicamos, es que es mejor estar a lo mejor sentada en el ordenador, y lo digo, la deshumanización que hay ahora, es eso, estamos ahí en el ordenador, en Internet, antes que estar con el paciente. Y yo he visto muchos pacientes, de verdad, cuando están con el tubo, se ponen muy agitados también porque no intentamos hacer un esfuerzo en entenderles, se puede entender a un paciente cuando tiene un tubo y si no se buscan otras medidas, pero es que pasamos, de verdad, ¿sabes? Es que es muy triste...». GD.TCAE.UF
Trabajo en equipo	«Información. Información, comunicación entre... entre los sanitarios, entre los miembros del equipo». GD.TCAE.UF
Recursos humanos adaptados a las necesidades de la unidad	«Es que todo eso habría que analizarlo y a lo mejor, vale, no puede ser que te pongan más gente, pero a lo mejor sí que separar... pues mira, como este señor está... —tú dedícate a esto y yo llevo estos—, ¿sabes?». GD.TCAE.UE
Estructura de la unidad que permita una monitorización del paciente y un acceso fácil	«Y bueno, en mi unidad lo bueno que tenemos es que es diáfana, no hay ninguna pared. Entonces yo estoy viendo continuamente a mi paciente. Eso es muy bueno porque te permite controlar a tu paciente en la distancia, y también pues eso la tranquilidad de que tú le estás viendo, aunque te puedes echar una carrera». GD.TCAE.UF
Formación del personal sanitario	«Y eso era así hasta hace poco que se hizo el curso y cambiaron un poco las cosas». GD.TCAE.UE
Información del paciente y familia	«Pero es que de primeras habría que explicarle, no ponerte así. Otras formas de hablarle, yo creo que...». GD.TCAE.UE
Presencia participada de la familia	«Sí, pero con la inmovilización... si en vez de poner una inmovilización terapéutica... nosotros el otro día nos pasó, en vez de hacer eso, coges y entra un miembro de la familia y se queda ahí sentada en una silla dándole la mano el hombre es que ya no existió en toda la tarde. O sea, es que no había señor. Se le puso el termómetro, comió, cenó, se le levantó al sillón y no hizo falta ni atarle ni nada». GD.TCAE.UE

comunicación interpersonal (verbal y escrita-registros) es fundamental, así como la normativización de la prescripción de la CM que, siendo ambigua, genera invisibilidad y dilución de responsabilidades.

GD.TCAE.UE: «[...] somos compañeros todos. [...] Yo jamás he tenido problemas con las enfermeras cuando les expongo mi criterio, pero hablando, ¿sabes? No de forma despectiva siempre "no, es que la enfermera", no, nosotros también tenemos nuestra parte».

GD médicos mixto: «[...] igual que una enfermera "oye, que vamos por 250 de glucemia, ábreme la línea de insulina", debería decirte "oye, mira, que este paciente no hay manera de tenerle tranquilo, me da miedo", y lo valoramos conjuntamente [...] es verbalizar un problema conjunto. [...] no estamos al pie de cama las 24 horas del día [...] se delega en enfermería, la enfermería es competente, y muchas cosas que tú no vas a ver en los 10 minutos que te pasas cada turno o cada hora [...] es muy curioso cómo incluso los auxiliares. [...] Tal vez sea un poco integrar el equipo la clave [...] cohesión [...] la mayoría de los problemas parten de ahí, en la falta del objetivo común y la comunicación».

Por último, en relación con los recursos humanos y materiales, se identifican diferentes factores favorecedores para la promoción de UCC libres de contenciones (tabla 4). Por ejemplo, una ratio enfermera-paciente ajustada que facilite la proximidad y la presencia enfermera a pie de cama, recursos farmacológicos para una analgosedación electiva o formación del equipo en aspectos de valoración y en intervenciones psico-socio-emocionales.

Finalmente, retomar una directriz clave de los discursos de los profesionales, la motivación. Es necesaria una motivación que empuje al equipo hacia un cambio de cultura organizacional y de cuidados que implica, en primer lugar, una toma de consciencia de cómo se está trabajando y cuál es el objeto de nuestro trabajo y, secundariamente, planificar una estrategia de transición dotada de recursos que favorezcan un proceso armónico e integrador basado en la comunicación, el trabajo en equipo, el liderazgo compartido y el cuidado compasivo, empático y comprometido (fig. 4).

GD médicos mixto: «Claro, y nadie se plantea es que igual no hay que atar a los pacientes, igual estamos haciendo las cosas mal [...] es muy difícil también romper la... [...] yo lo veo como un problema que se trivializa y que es algo cultural, entonces que hay que cambiarlo [...] hay que volver a

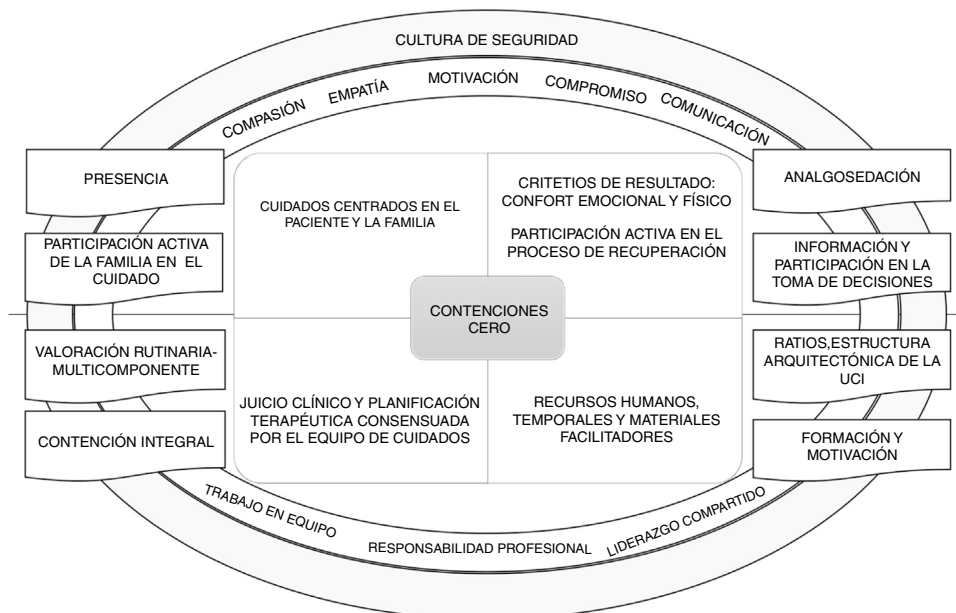


Figura 4 Propuesta de trabajo bajo el paradigma «contenciones cero».

UCI: unidad de cuidados intensivos.

Fuente: elaboración propia.

poner encima de la mesa, como una medida no banal, no habitual, sino como algo excepcional».

Discusión

En el presente estudio los principales hallazgos giran en torno a las diferencias de conceptualización de los conceptos seguridad y riesgo en las UCC con uso frecuente versus uso escaso de CM y a los tipos de contenciones (mecánicas y otras) identificados y las responsabilidades profesionales que cada una de ellas suponen; por último, se identifica un paradigma de trabajo teórico pero factible desde la «contención cero», planteado tanto por médicos como por técnicos auxiliares en cuidados enfermeros.

La tímida, pero creciente mirada actual acerca del uso de CM en los pacientes críticos¹⁻¹¹, no parece un camino sencillo, se trata de una realidad compleja y multifactorial con diversos actores implicados que posiblemente precisará respuestas complejas para la consecución real de la disminución de su uso^{4,6,7,32-35}. Los resultados dejan patente que la gestión de la seguridad del paciente crítico es posible desde la política de «contenciones cero», aunque en este punto se reconocen algunas de las limitaciones del presente estudio: hubiera sido deseable un perfil de participantes en los GD, especialmente en el caso de los TCAE, más heterogéneo, pero la captación de profesionales voluntarios se plantea complicada cuando se trabaja un tema tan complejo. La discrepancia de planteamientos en relación con el uso actual de las CM ha podido verse influenciada por el hecho de que la participación voluntaria esté más vinculada a perfiles profesionales más afines con la «contención cero» o con discursos *políticamente correctos*, o incluso las influencias de unos participantes sobre otros durante el desarrollo de los GD. Por otra parte, dada la ausencia de datos fiables

tanto en la bibliografía como en las UCC implicadas sobre la prevalencia real de uso de CM y factores moduladores de su uso, la estratificación de las UCC se realizó basándose en un cuestionario autoelaborado no validado, pero sí consensuado por todo el equipo investigador.

El planteamiento de contenciones cero sería posible desde un abordaje de cuidado integral e integrado centrado en el paciente, desde una cultura de seguridad centrada en la percepción de control y bienestar emocional y físico del paciente, y desde una toma de decisiones juiciosa y consensuada^{2,5,10,34,35}. La necesidad de un cambio cultural que demandan los informantes es también contemplada por otros autores^{1,2,5,10,35,48,49}. En este sentido, el motivo principal alegado por los profesionales para justificar el uso de la CM «la preservación de la seguridad del paciente relacionado con los dispositivos de soporte vital» debe de ser modificado por otras acepciones del término «seguridad del paciente» desde un marco de referencia más contemporáneo. La conceptualización de los términos de seguridad/riesgo desde un punto de vista más biologicista es predominante en los modelos de cuidados donde el uso de CM es frecuente^{4,6,35}. En referencia a esto último Vía-Clavero et al. señalan que los profesionales de UCC, en su caso enfermeros, hacen una construcción social mayoritaria de las UCC relacionada con la seguridad física⁶. Las enfermeras sienten la presión de los médicos para el uso de CM y grandes presiones por parte del equipo en general para la utilización de las CM^{4,6}. Sienten que pierden la «batalla» y atan al paciente en busca de un «mal menor»^{4,32}, circunscribiendo la seguridad del paciente a la prevención de eventos adversos y protegiéndose a sí mismas de la culpa, pero con consecuencias severas relacionadas con el sufrimiento moral^{6,17,50}.

En contraposición, el abordaje integral centrado en el paciente con los criterios de resultado bienestar y control sería la alternativa. Esta interpretación del concepto de

seguridad es lo que también describen otros autores bajo el concepto *early Comfort using Analgesia, minimal Sedatives and maximal Humane care (eCash)*, que ofrece un marco de referencia excelente para orientar el cuidado del paciente crítico desde la prevención del dolor, la ansiedad, la agitación, el delirio, la inmovilización y la promoción de una situación de calma, confortabilidad y cooperación². Un punto clave para asegurar este bienestar y control es el manejo exquisito de la analgesia^{2,3,8,11,21,51,52}. Mehta et al.³ condensan en 10 las estrategias básicas para manejar el dolor, la ansiedad, el estrés y las alteraciones en el descanso-sueño de los pacientes críticamente enfermos para optimizar el bienestar, al mismo tiempo que evitar la sobredosificación. Atendiendo a las medidas no farmacológicas, la propuesta *eCash* hace referencia a la comunicación terapéutica, la información y formación del paciente con respecto al proceso de recuperación y las intervenciones de cuidado, la orientación temporoespacial, el control de estímulos externos (ruidos, luz, manipulaciones...), la facilitación del sueño nocturno, la promoción del ejercicio y la movilización precoz, la estimulación cognitiva, la terapia ocupacional y la involucración de las familias en el proceso de cuidado². A las intervenciones mencionadas anteriormente Mehta et al.³ añaden otras como las técnicas de relajación, la musicoterapia, los cuidados espirituales, las técnicas de distracción, la terapia con animales... Por su parte, la propuesta de abordaje antidelirio en el Bundle ABCDEF de Ely et al.⁴⁸ integra todo lo anteriormente mencionado estableciendo líneas de actuación claramente definidas bajo la premisa clara del abordaje interdisciplinar^{53,54}.

En el contexto de este abordaje necesariamente interdisciplinar las enfermeras se posicionan como figuras clave responsables de conocer en profundidad al paciente y sus necesidades para orientar a la toma de decisiones en el manejo de la analgesia y en la implementación de medidas farmacológicas (bajo protocolos guiados por enfermeras)^{53,55} y no farmacológicas^{53,54}. Las enfermeras son consideradas, tanto por médicos como por TCAE, la figura que centraliza la información y sirve de gestora de las necesidades del paciente coordinando las intervenciones terapéuticas. Esta definición consensuada del rol enfermero es también traído a colación de forma muy similar en relación con el mantenimiento de los dispositivos de soporte vital, siendo las enfermeras las responsables principales de identificar precozmente situaciones de riesgo y complicaciones potenciales para evitar interferencias del tratamiento y garantizar la máxima seguridad del paciente durante el mismo en estrecha colaboración y comunicación con el resto de miembros del equipo de cuidados^{56,57}. La toma de decisiones, sin embargo, no parece un proceso sencillo, tal y como refieren Goethals et al.^{32,33,50}, siendo este un proceso dinámico cuyo eje central es la valoración y evaluación continua del paciente. No obstante, se identifican 2 principios clave en la base de la toma de decisiones juiciosas: proceso razonado y reflexivo, centrado en la seguridad del paciente⁵⁰.

Hablar de responsabilidades profesionales lleva, necesariamente, a los participantes a discutir la realidad de la prescripción de CM. El panorama actual de la prescripción de CM en las UCC de nuestro medio parece ser la

«inexistencia de prescripción médica» y la «rutinización» e «invisibilización» de la toma de decisiones^{4,6,9,10}. En este sentido, la propuesta realizada anteriormente por nuestro grupo de trabajo de incluir la prescripción de la CM como un campo de prescripción enfermera daría una respuesta a una realidad recogida en los discursos de los participantes: el manejo de la CM en las UCC recae sobre las enfermeras⁴. Sin embargo, mirando más allá hacia un modelo de atención más actual y deseable, la CM podría ser un ejemplo de prescripción interdisciplinar, en la que solo tras la recogida y análisis de una información completa y el balanceo real de pros y contras del uso/no uso de CM se tomen decisiones. Así, la prescripción de uso de CM se habría de producir tras el acuerdo unánime y explícito de todos los profesionales responsables de la asistencia al paciente (fig. 5). Este mismo planteamiento se realiza en el contexto belga donde, aun teniendo la enfermera competencia legal para prescribir CM, se plantea que la decisión sea siempre tomada por el equipo de cuidados de forma conjunta en términos de responsabilidad compartida⁵⁶, lo que denominan *inter-personal network as a forum for decision-making*³³.

Al hablar de proceso de toma de decisiones juiciosa y consensuada se significan como pilares fundamentales la valoración del dolor, la ansiedad, la agitación y el descanso-sueño^{3,4,11,52}. La información multidimensional integrada orienta a una planificación de intervenciones de cuidado a nivel farmacológico y no farmacológico que implica, a su vez, una coordinación impecable entre las diferentes figuras profesionales. Llegados a este punto, es necesario introducir que otro actor con voz y capacidad operativa, la familia, puede estar desarrollando importantes influencias. Tomando como referencia las aportaciones de Haines⁵⁷, la participación de la familia se puede entender de forma gradual desde una participación transaccional, pasando por una participación transicional hasta una participación transformacional. Esta última recogería el máximo alcanzable y se traduciría en un verdadero diálogo entre clínicos y familia como fruto de una interacción continua que oriente a la toma de decisiones, llevándonos al diseño e implementación de modelos pluralistas de toma de decisiones⁵⁸. Estos modelos deben evolucionar desde el modelo de cuidados centrados en la familia hacia un modelo de *family engagement* (familia empoderada e incluida activamente en la toma de decisiones desde una perspectiva de compromiso), donde el rol de la unidad familiar tome un matiz proactivo en ese dar respuesta a sus propios valores y necesidades⁵⁹. Además, el rol de los gestores intermedios y gestores de alto nivel también debería tenerse en cuenta. En relación con estos últimos los profesionales asistenciales señalan la pasividad de los gestores respecto al uso de CM⁶. Estos resultados parecen congruentes con la falta de implicación de los gestores detectada en el discurso, tanto de médicos y TCAE, como en los GD de enfermeros ya realizados. El posicionamiento e implicación institucional podría resultar clave para conseguir cambios en la práctica clínica con la instauración de políticas y líneas estratégicas que generen cultura de cuidado libre de contenciones y provean de los recursos estructurales (materiales y humanos) y de conocimiento necesarios para llevarlo a cabo³³.

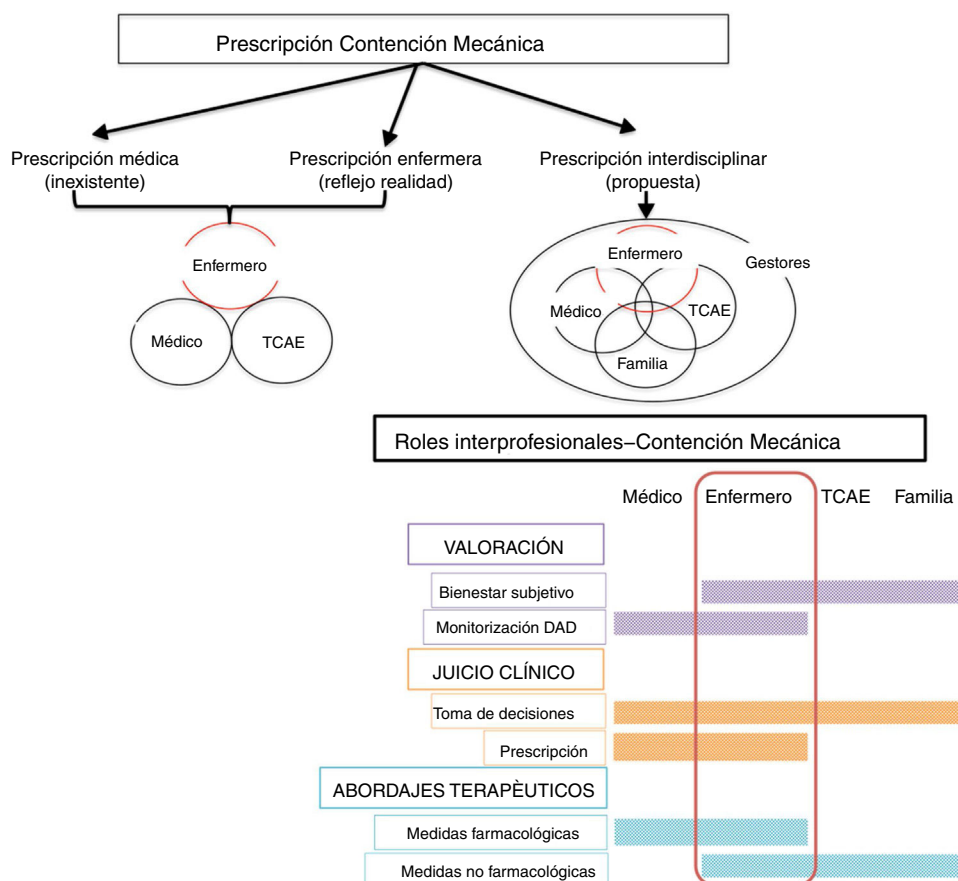


Figura 5 Propuestas prescripción contención mecánica y roles interprofesionales. DAD: dolor-agitación-delirio; TCAE: técnico en cuidados auxiliares de enfermería. Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

La situación en la que nos hallamos inmersos de uso extensivo de CM en el cuidado de los pacientes críticos está actualmente en revisión. Se trata de un fenómeno complejo con diversos actores implicados que construyen, de manera conjunta, una cultura de cuidados que condiciona el uso que, en cada UCC, se hace de las CM.

El explorar el discurso subyacente a la experiencia permite tomar consciencia de las creencias, prejuicios, mitos y rituales, entendiendo así la naturaleza y fundamento de nuestra forma de proceder, así como la identificación de propuestas de mejora.

La experiencia de los médicos y TCAE respecto al manejo de la CM en las UCC está condicionada por la cultura de seguridad, esto es: los conceptos de seguridad y riesgo que manejan y lo que se entiende por CM y las taxonomías construidas en torno a ella.

Una conceptualización de seguridad centrada en el paciente y en la noción de responsabilidad grupal orienta hacia la posibilidad de reducir el uso de la CM. La falta de clarificación de roles y competencias profesionales en relación con la CM limita la comunicación y la toma de decisiones de forma consensuada y conjunta comprometiendo un uso justificado, comunicado y registrado.

Un modelo libre de CM parece posible si se trabajan elementos como la seguridad desde un punto de vista holístico, siendo el objetivo la consecución del bienestar y el centro del cuidado el paciente. Este modelo precisa implicación de todos los miembros del equipo y una asignación consensuada e integrada de responsabilidades profesionales y roles, donde la enfermera actúe como figura de referencia central. La enfermera es responsable de centralizar, integrar y transmitir al equipo de cuidados los datos que dan cuenta de la situación del paciente en relación con una valoración integral y multicomponente que oriente a una toma de decisiones juiciosa y consensuada que vele por la seguridad del paciente. En este contexto, la familia debe de ser contemplada y entrenada como agente de cuidados en relación con la contención emocional-cognitiva y el empoderamiento dentro de las UCC para participar de manera activa en la toma de determinadas decisiones junto a los clínicos.

Financiación

El presente estudio ha recibido financiación del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda como ganador del Primer Premio al Mejor Proyecto Nacional de Investigación en Cuidados (segunda edición-noviembre 2016).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Mostrar todo nuestro agradecimiento a cada una de las personas implicadas en la fase cualitativa del estudio (enfermeros, médicos y TCAE) que actuaron como informantes en los grupos de discusión; sin su sinceridad, valentía e implicación habría resultado imposible la aproximación a esta compleja realidad presente en nuestras UCI.

Bibliografía

- Burry L, Rose L, Ricou B. Physical restraint: Time to let go. *Intensive Care Med.* 2018;44:1296–8.
- 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.
- Mehta S, Spies C, Shehabi Y. Ten tips for ICU sedation. *Intensive Care Med.* 2018;44:1141–3.
- Acevedo-Nuevo M, González-Gil MT, Solís-Muñoz M, Láiz-Díez N, Toriño-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.
- 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.
- 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.* 2018, <http://dx.doi.org/10.1177/0969733017752547> [Epub ahead of print].
- Rubio Domínguez J. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. *Rev Calid Asist.* 2017;32:172–7.
- González de Molina Ortiz FJ, Gordó Vidal F, Estella García A, Morrondo Valdeolmillos P, Fernández Ortega JF, Caballero López J, et al. Do not do'' recommendations of the working groups of the Spanish Society of Intensive and Critical Care Medicine and Coronary Units (SEMICYUC) for the management of critically ill patients. *Med Intensiva.* 2018;42:425–43.
- Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Resolución 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. Servicio Madrileño de Salud; 2017.
- Comité de bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario; 2016.
- 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.
- 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.
- 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.
- Servicio Madrileño de Salud: Dirección General de Hospitales. Recomendaciones para la actualización de protocolos de inmovilización terapéutica. Actualización marzo 2013; 2013.
- Benbenbishty 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.
- Yönt GH, Korhan EA, Dizer B, Gümüş F, Koyuncu R. Examination of ethical dilemmas experienced by adult intensive care unit nurses in physical restraint practices. *Holist Nurs Pract.* 2014;28:85–90.
- 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.
- Luk E, Burry L, Rezaie S, Mehta S, Rose L. Critical care nurses' decisions regarding physical restraint in two Canadian ICUs: A prospective observational study. *Can J Crit Care Nurs.* 2015;26:16–22.
- Guenette M, Burry L, Cheung A, Farquharson T, Traille M, Mantas I, et al. Psychotropic drug use in physically restrained, critically ill adults receiving mechanical ventilation. *Am J Crit Care.* 2017;26:380–7.
- Michaud CJ, Thomas WL, McAllen KJ. Early pharmacological treatment of delirium may reduce physical restraint use: A retrospective study. *Ann Pharmacother.* 2014;48:328–34.
- De Jonghe B, Constantin JM, Chanques G, Capdevila X, Lefrant JY, Outin H, et al. Physical restraint in mechanically ventilated ICU patients: A survey of French practice. *Intensive Care Med.* 2013;39:31–7.
- Van der Kooi AW, Peelen LM, Raijmakers RJ, Vroegop RL, Bakker DF, Tekatli H, et al. Use of physical restraints in Dutch intensive care units: A prospective multicenter study. *Am J Crit Care.* 2015;24:488–95.
- Pan Y, Jiang Z, Yuan C, Wang L, Zhang J, Zhou J, et al. Influence of physical restraint on delirium of adult patients in ICU: A nested case-control study. *J Clin Nurs.* 2018;27:1950–7.
- Hall DK, Zimbro KS, Maduro RS, Petrovitch D, Ver Schneider P, Morgan M. Impact of a restraint management bundle on restraint use in an Intensive Care Unit. *J Nurs Care Qual.* 2018;33:143–8.
- Hine K. The use of physical restraint in Critical Care. *Nurs Crit Care.* 2007;12:6–11.
- Da Silva PSL, Fonseca MCM. Unplanned endotracheal extubations in the intensive care unit: Systematic review, critical appraisal, and evidence-based recommendations. *Anesth Analg.* 2012;114:1003–14.
- 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.
- 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.
- Cosentino C, Fama M, Foà C, Bromuri G, Giannini S, Saraceno M, et al. Unplanned extubations in Intensive Care Unit: evidences for risk factors. A literature review. *Acta Biomed.* 2017;88:55–65.

31. 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.
32. Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' decision-making process in cases of physical restraint in acute elderly care: A qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2013;50:603–12.
33. De Casterlé BD, Goethals S, Gastmans C. Contextual influences on nurses' decision-making in cases of physical restraint. *Nurs Ethics*. 2015;22:642–51.
34. Urrutia Beascoa AM. Modelo de cuidado centrado en la persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas: conceptualización e implantación [tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2015.
35. Fundación Cuidados Dignos. Norma Libera-Care. En: Sistema de gestión de la calidad de vida en el cuidado en centros de atención sanitaria social y sociosanitaria. Guernika (Vizcaya): Fundación Cuidados Dignos; 2016.
36. Suen LK, Lai CK, Wong TK, Chow SK, Kong SK, Ho JY, et al. Use of physical restraints in rehabilitation settings: Staff knowledge, attitudes and predictors. *J Adv Nurs*. 2006;55:20–8.
37. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 5.ª ed México DF: McGraw-Hill; 2010.
38. Paley J, Lilford R. Qualitative methods: An alternative view. *BMJ*. 2011;342:956–8.
39. Munhall PL. *Nursing Research. A qualitative Perspective*. 3th ed London: Jones and Bartlett Publishers; 2001.
40. Suárez Ortega M. El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación cualitativa. Barcelona: Laertes Educación; 2005.
41. Bradbury-Jones C, Sambrook S, Irvine F. The phenomenological focus group: An oxymoron? *J Adv Nurs*. 2009;65:663–71.
42. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis; 2003.
43. Wertz FJ, Charmaz K, McMullen LM, Josselson R, Anderson R, McSpadden E. Five ways of doing qualitative analysis. *Phenomenological psychology, grounded theory, discourse analysis narrative research and intuitive inquiry*. Nueva York: Guilford Press; 2011.
44. Gibbs GR. *Analysing qualitative data*. London: Sage Publications; 2010.
45. Calderón Gómez C. Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. *Forum Qualitative Social Research* [Internet]. 2009;10. May [consultado 7 Nov Sept 2017] Art. 17 [aprox. 19 p.]. Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1291/2766>.
46. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19:349–57.
47. Mruck K, Breuer F. Subjectivity and reflexivity in qualitative research-The FQS Issues. *Forum Qualitative Sozialforschung /Forum: Qualitative Social Research* [Internet]. 2003;4 [consultado 20 Jun 2018] Art 23 [sobre 9 pp]. Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/696/1504>.
48. [icudelirium.org](http://www.icudelirium.org) [homepage on the Internet]. Nashville: ICU delirium and cognitive impairment study group [consultado 27 Jul 2018]. Disponible en: <http://www.icudelirium.org/medicalprofessionals.html>.
49. Hermes C, Acevedo-Nuevo M, Berry A, Kjellgren T, Negro A, Mas-sarotto P. Gaps in pain, agitation and delirium management in intensive care: Outputs from a nurse workshop. *Intensive Crit Care Nurs*. 2018;48:52–60.
50. Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' ethical reasoning in cases of physical restraint in acute elderly care: A qualitative study. *Med Health Care Philos*. 2013;16:983–91.
51. Acevedo-Nuevo M, González-Gil MT, Romera-Ortega MÁ, Latorre-Marco I, Rodríguez-Huerta MD. The early diagnosis and management of mixed delirium in a patient placed on ECMO and with difficult sedation: A case report. *Intensive Crit Care Nurs*. 2018;44:110–4.
52. Hernández-Tejedor A, Peñuelas O, Sirgo-Rodríguez G, Llopart-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.
53. Balas MC, Vasilevskis EE, Burke WJ, Boehm L, Pun BT, Olsen KM, et al. Critical care nurses' role in implementing the "ABCDE bundle" into practice. *Crit Care Nurse*. 2012;32:35–8, 40–7.
54. Boehm LM, Vasilevskis EE, Mion LC. Interprofessional perspectives on ABCDE bundle implementation: A Focus Group Study. *Dimens Crit Care Nurs*. 2016;35:339–47.
55. Frade-Mera MJ, Regueiro-Díaz N, Díaz-Castellano L, Torres-Vlaverde L, Alonso-Pérez L, Landívar-Redondo MM, et al. A first step towards safer sedation and analgesia: A systematic evaluation of outcomes and level of sedation and analgesia in the mechanically ventilated critically ill patient. *Enferm Intensiva*. 2016;27:155–67.
56. Milisen K, Vandenberghe J, Sabbe M, Lagae R, Braes T, Vanderlinden V, et al. Guideline concerning restriction of freedom in order to protect the patient's safety in the University Hospital of Leuven. *Tijdschr Geneesk*. 2006;62:1659–63 [In Dutch].
57. Haines KJ, Kelly P, Fitzgerald P, Skinner EH, Iwashyna TJ. The untapped potential of patient and family engagement in the organization of critical care. *Crit Care Med*. 2017;45:899–906.
58. Burns KEA, Misak C, Herridge M, Meade MO, Oczkowski S. Patient and Family Partnership Committee of the Canadian Critical Care Trials Group. Patient and family engagement in the ICU untapped opportunities and underrecognized challenges. *Am J Respir Crit Care Med*. 2018;198:310–9.
59. Davidson JE, Strathdee SA. The future of family-centred care in intensive care. *Intensive Crit Care Nurs*. 2019;50:3–4.