

4.- Título: CONTENCIÓN FÍSICA Y/O MECÁNICA: PLAN TERAPÉUTICO DE SEGURIDAD EN EL PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO

Autores: Carmen Dolz Alabau, Jesús Martínez Dolz y M^a Ángeles Soriano Prats.

Hospital: Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

Ciudad: Valencia

Comunidad: Comunidad Valenciana

Introducción: La contención física y/o mecánica es 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. La aplicación de la restricción "por el bien del paciente" ha sido una de las razones que históricamente más se ha empleado para autorizar las restricciones y son muchos los profesionales de la salud que consideran prioritario proteger al paciente, aunque ello suponga aplicar medidas que puedan comprometer su libertad. Los pacientes pediátricos ingresados en las unidades de cuidados intensivos bien por su edad, o porque presenten algún déficit intelectual, así como por situaciones de agitación de origen orgánico, pueden requerir dentro del plan de cuidados medidas de seguridad orientadas a evitar su caída y prevenir extubaciones, pérdida de vías, sondas, drenajes, etc., y es por ello que la restricción física y/o mecánica o limitación de movimientos sea una técnica ampliamente utilizada por la enfermería al cuidado del niño crítico. Los estudios sobre contención física y/o mecánica se realizan en adultos, sobre todo en geriatría y en pacientes con agitación de origen psiquiátrico, sin embargo en la población pediátrica existe un gran silencio bibliográfico, siendo su investigación muy escasa, limitándose a pacientes en unidades de psiquiatría infanto-juvenil. El procedimiento está incluido como estándar de cuidados en el equipo asistencial, más por consenso que porque se haya demostrado científicamente que sus beneficios superan a las repercusiones física, psicológica, ética y legal que pueden acompañarlo. La contención física y/o mecánica es un tema controvertido y de actualidad, además de tener una importante relevancia en la práctica clínica de la enfermería al cuidado del niño crítico pediátrico, ya que, vulnera un derecho fundamental, como es el derecho a la libertad y su utilización en exceso o de forma inadecuada pueden ser interpretadas como una forma de abuso, negligencia o maltrato, lo cual conlleva dilemas éticos, clínicos y sociales. La contención física y/o mecánica supone un confrontamiento ético entre la defensa de los derechos y libertad del niño y el deseo bien intencionado del personal sanitario de protección al paciente.

Palabras: Contención física y/o mecánica, medidas de sujeción, restricciones, inmovilización, seguridad, uci pediatría, niño, pediatría, enfermería

Justificación: Existe una gran controversia con argumentos a favor y en contra sobre el uso de la contención física y/o mecánica en pediatría que provoca situaciones de conflicto emocional e inconvenientes personales, profesionales y humanitarios entre los profesionales de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), ya que, está en juego uno de los valores fundamentales del ser humano "la libertad", unido a los sentimientos de la familia y del personal sanitario. El conflicto ético, los riesgos de esta

restricción e inmovilización y sus posibles consecuencias legales, exigen que el procedimiento sea realizado siguiendo una normativa que contemple claramente desde lo adecuado de la prescripción y metodología, hasta el papel de todo el equipo implicado, así como la implicación de los padres o tutores que, por representar el mejor interés del niño, deben ser correctamente y adecuadamente informados del proceso.

Objetivos: 1. Conocer los fundamentos teóricos, procedimientos y materiales que se utilizan para la inmovilización del paciente crítico pediátrico, así como las complicaciones derivadas de su aplicación y la implicación ética y legal de su utilización. 2. Contribuir en la formación del profesional de enfermería de UCIP sobre la utilización de la contención física y/o mecánica para que sea capaz de garantizar un nivel óptimo de cuidados al paciente pediátrico en estado crítico que precise una inmovilización. 3. Mejorar la atención de salud del paciente crítico pediátrico en todo el proceso de inmovilización física y/o mecánica ofreciéndole una práctica asistencial responsable, segura y de calidad.

Material: Inicialmente realizamos una revisión de la historia clínica de 100 pacientes pediátricos con edades comprendidas entre 5 días y 14 años de edad ingresados por diferentes especialidades médico-quirúrgicas en la unidad de Cuidados intensivos Pediátricos del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia durante el período del 1 de Junio de 2011 al 1 de Marzo de 2013 para conocer y analizar la incidencia del uso de contención física y/o mecánica. Posteriormente realizamos una búsqueda bibliográfica sobre la utilización de la contención física y/o mecánica en pediatría y en unidades de cuidados intensivos. La estrategia de búsqueda se ha desarrollado combinando los términos de las palabras clave citadas anteriormente y el periodo de búsqueda se ha limitado a los años 2000 a 2013. Para la búsqueda de información se han utilizado las bases de datos: MEDLINE, EMBASE, LILACS y SCIELO. Además se ha consultado en la biblioteca del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, portal bibliográfico Dialnet, PubMed y en revistas, Evidentia, Elsevier, Anales de Pediatría, Pediatría integral, Calidad asistencial, Cultura de los cuidados, Cuiden. También hemos revisado protocolos y recomendaciones basadas en la práctica y evidencia científica sobre la utilización de la contención o restricción física y/o mecánica de diferentes hospitales, organizaciones, ministerios y agencias nacionales e internacionales (OMS, Agencia nacional de seguridad del paciente, Ministerio de Sanidad y consumo, Agencia de calidad del SNS, Consejo internacional de Enfermería, Instituto Joanna Briggs, Colegios oficiales de enfermería, Health Care Financing Administration (HCFA) y la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)

Método: 1. Estudio retrospectivo y analítico de la incidencia del uso de contención física y/o mecánica en la unidad de Cuidados intensivos Pediátricos del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia mediante la revisión de la historia clínica de 100 pacientes pediátricos con edades comprendidas entre 5 días y 14 años de edad ingresados por diferentes especialidades médico-quirúrgicas en el período del 1 de Junio de 2011 al 1 de Marzo de 2013. 2. Método de información bibliográfica para la investigación: Revisión bibliográfica sobre la utilización de la contención física y/o mecánica en pediatría, fundamentos teóricos, indicaciones, recomendaciones,

procedimientos y materiales que se utilizan para la inmovilización del paciente crítico pediátrico, así como las complicaciones derivadas de su aplicación y los aspectos éticos y legales de su utilización.

Resultados: 1. Estudio retrospectivo y analítico de la incidencia del uso de contención física y/o mecánica: Universo: 100 pacientes pediátricos Sexo: El 62% fueron hombres y el 38% mujeres Edad: - Menores de 1 mes: 12%, de 1 mes a 12 meses: 18%, de 1 a 5 años: 24% - De 6 a 10 años: 32% - De 11 a 14 años: 14% . Estancia media: 4,4 Días Uso de barandillas en el 92% de los casos y el 8 % restante eran neonatos en cuna térmica que no dispone de barandillas ni soporte de sujeción lateral. La incidencia del uso de contención física y/o mecánica fue del 96%. Tan solo 4 niños entre 12 y 14 años no se les aplicó ningún tipo de contención. Tipo de contención: Sujeción de manos: 92% y de ellos un 8% además Sujeción de pies. Sujeción en Columpio: 4%. Especialidades: Cardiología/cardiovascular: 34%, Neurocirugía: 15%, Oncología: 8%, Trasplantes: 8%, Neumología: 12%, Nefrología/Urología: 6%, Otorrinolaringología: 4%, Maxilofacial: 2%, Hematología: 2% y Cirugía general/Digestivo: 9% 2. Revisión bibliográfica: - No existe una ley que regule específicamente la utilización de las contenciones físicas y/o mecánicas en pediatría, sin embargo, siempre que esté justificada la aplicación de una contención física y/o mecánica deberán respetarse los principios éticos básicos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, dado que las medidas de contención pueden vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona, como son el derecho a la libertad y a la dignidad. - La mayoría de las recomendaciones indican que es una medida excepcional que debe aplicarse en casos seleccionados. - La contención física y/o mecánica consiste en la intervención terapéutica mediante la aplicación de dispositivos restrictivos inmovilizadores para limitar los movimientos del niño y el acceso a su propio cuerpo como medida de protección y seguridad que conlleva la intención terapéutica de evitar caídas y mantener el funcionamiento eficaz de los dispositivos asistenciales implantados, como son los catéteres, sondas, tubos endotraqueales, mascarillas, drenajes, etc. En los casos de niños agitados la contención física y/o mecánica es utilizada como prevención de la autolesión o lesión hacia otras personas, incluido el personal sanitario y para evitar daños físicos significativos en el servicio (destrucción de mobiliario, equipos diagnósticos o terapéuticos, etc.). - La mayoría de los hospitales españoles cuentan con un protocolo de actuación sanitaria en estas situaciones, sin embargo la mayoría de los profesionales los desconocen. - La primera indicación de contención mecánica la hará siempre el médico, salvo en una situación urgente, donde el personal de enfermería está autorizado para iniciar el procedimiento. La orden médica no es imprescindible en la Unidad de Cuidados Intensivos cuando esté comprometido el soporte vital, el paciente manipule los dispositivos de apoyo de vida, la terminación de la terapia sea una situación que amenace su vida (intubado y conectado a un respirador, catéter con medicación de apoyo a su vida, etc.) y cuando el paciente está desconcertado, desorientado, agitado, hostil o sumamente inquieto en el post-operatorio. - Emplearemos preferentemente sistemas homologados de sujeción física y/o mecánica para la inmovilización pediátrica, adecuados a la edad, patología del paciente, su capacidad de colaboración y momento de la asistencia - Los profesionales sanitarios responsables de la indicación de sujeción

informarán del procedimiento al menor, en función de su edad y capacidad de entendimiento, así como a sus padres o representante legal - Es importante dar información al equipo sanitario sobre la decisión de contención y debe constar su registro en la historia clínica del paciente, indicando el motivo de la sujeción y las acciones realizadas. - Actividades de vigilancia y prevención de complicaciones o Se deben realizar comprobaciones horarias tanto del grado de movilidad del paciente como de la correcta colocación de las sujeciones de tal forma que no se fuercen posiciones anatómicas y que se puedan manipular fácilmente accesos venosos así como sondas, drenajes y otros dispositivos terapéuticos, se realizaran los cambios posturales que sean necesarios, facilitando apoyo emocional en todo momento. o Se deben valorar sistemáticamente las posibles complicaciones derivadas del uso de la contención. Las posibles complicaciones potenciales que debemos vigilar en la utilización de la contención física y/o mecánica son: úlceras por presión, isquemia periférica, compresión nerviosa, luxaciones, fracturas, tromboembolismos, broncoaspiración, e insuficiencia respiratoria. o Las sujeciones mecánicas no se usan nunca como castigo ni como sustitutos de la observación y no deben realizarse con el objetivo de suplir la falta de medios, recursos y de personal sanitario.

Conclusiones: 1. La sujeción mecánica es una técnica ampliamente utilizada por la enfermería en las UCIP, siendo fundamentalmente utilizada de forma habitual ante posibles interferencias con las medidas terapéuticas empleadas (sondas, vías, intubación, drenajes, etc.) bien por la corta edad del paciente o por que presente algún déficit intelectual y de manera excepcional ante agitaciones de origen orgánico o cuadros relacionados con el consumo de sustancias. 2. Para disminuir el riesgo de lesiones en pacientes con sujeción mecánica el personal responsable del paciente deberá estar formado y entrenado en el uso correcto de los sistemas de sujeción, procurando que el procedimiento empleado sea siempre el menos traumático para el niño, así mismo el material utilizado deberá estar homologado por la legislación vigente. 3. La utilización de medidas de contención puede vulnerar algunos de los derechos fundamentales del niño, por eso es necesario que los profesionales de enfermería reflexionen acerca de este problema ético y establezcan unos criterios de actuación con las máximas garantías de seguridad y de respeto de la dignidad del paciente, ofreciéndole una práctica asistencial responsable, segura y de calidad.

Bibliografía: 1. Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria y Grupo de trabajo en Contención de Movimientos de Pacientes. Protocolo de contención de movimientos en pacientes. Hospital Clínico San Carlos. Mayo 2010. Comunidad de Madrid. 2. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales. Comisión Deontológica. Barcelona, noviembre de 2006. 3. Navarro Guzmán, MA. y Rodríguez López, MV. Protocolo de sujeción mecánica y su control. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Septiembre 2012. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. 4. Marqués Andrés, S. La vivencia de la sujeción mecánica experimentada por el personal de enfermería de una unidad de psiquiatría infanto-juvenil. Index Enferm. 2007, 16(58): 21-25. 5. Seoane Lago, A.; Álava Cascon, T.; Blanco Prieto, M. y Díaz Moreno, H. Protocolo de Contención de Pacientes. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. 2005. 6. Correa

Ruiz, A. et al. Guía de Práctica Clínica sobre Seguridad del Paciente. Grupo de Cuidados de Enfermería de EPES. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. 7. Lledó Sala J, Castellanos Martínez, FJ. Protocolo de Enfermería. Protocolo de la sujeción mecánica y terapéutica. Centro Dr. Esquerdo. Disponible en: <http://www.dipalicante.es/servdipu/areasani/enferpsi/enfpro06.htm>. 8. Reflexiones sobre aspectos éticos de la inmovilización de pacientes. Comité de Ética. Hospital Universitario Central de Asturias. Disponible en: [http://www.hca.es/htme/websdepartam/documento 2 CAE.htm](http://www.hca.es/htme/websdepartam/documento%20CAE.htm). 9. Pérez González, S. Protocolo de restricción de movimientos. Enfermería Global nº 2. Mayo 2003. 10. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria. Alerta nº 5: Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes. Fundación Mapfre Medicina. FAD (Fundación Avedis Donabedian) Disponible en: [http://www.fadq.org/Portals/0/SeguridadAt/Alerta %205%20Inmovilizacion_v2.pdf](http://www.fadq.org/Portals/0/SeguridadAt/Alerta%205%20Inmovilizacion_v2.pdf). 11. 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. 12. Naciones Unidas, Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948 / Informe Belmont. 13. Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica. 14. Resolución nº 32/89: por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de enfermería de España con carácter obligatorio. 15. Resolución Nº 1/2010 del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), por la que se aprueba el Código de Ética y Deontología de la Enfermería de la Comunitat Valenciana.