



PUNTO DE VISTA

¿Está justificado el uso de contenciones físicas y mecánicas en el paciente pediátrico ingresado en una unidad de cuidados intensivos?



Can we justify the use of physical and mechanical restraint in pediatric patients admitted to the Intensive Care Unit?

A. Bosch-Alcaraz^{a,b,*} y G. Via-Clavero^{c,d}

^a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^b Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^c Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^d Departamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona. Grup de Recerca Infermera (GRIN), Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 1 de marzo de 2019; aceptado el 3 de mayo de 2019

Disponible en Internet el 5 de junio de 2019

El uso de contenciones en el ámbito pediátrico ha sido y continúa siendo un tema de debate, por las connotaciones negativas que tiene de vulneración de los derechos de los niños y por los efectos estresantes que implica su uso en el paciente pediátrico^{1,2}. Durante la atención integral al niño, en especial en el paciente crítico pediátrico, puede ser necesaria la realización de diversos procedimientos, técnicas e intervenciones que, además de causar dolor o malestar físico provocan un gran estrés psicológico. Este malestar físico y psicológico, añadido al desconocimiento del niño

del procedimiento o técnica que se le está llevando a cabo, limita su colaboración.

El uso de contenciones físicas y mecánicas en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricas (UCIP) se plantea en dos escenarios muy diferenciados: para la realización de procedimientos dolorosos de forma puntual y para el mantenimiento de dispositivos de soporte vital (tabla 1).

Sin embargo, la efectividad del uso de contenciones mecánicas³ para prevenir la autorretirada de dispositivos todavía es incierta, por lo que su uso solo podría justificarse revisando cada caso de forma individual y reservando la medida como una acción de último recurso cuando se han agotado previamente todas las alternativas a la contención^{4,5}. En España, los registros sobre el empleo de contenciones en niños ingresados en UCIP son escasos,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: abosch@sjdhospitalbarcelona.org
(A. Bosch-Alcaraz).

Tabla 1 Escenarios y definiciones del uso de contenciones en el ámbito pediátrico

Escenarios uso de contenciones	Tipo de contención	Definición
Para la realización de un procedimiento puntual urgente como una venopunción o la canalización de vías de forma controlada y segura	Contención física por parte de los padres o los profesionales, ya sea inmovilizando la extremidad a puncionar o con una contención cuerpo a cuerpo	<p>En el ámbito pediátrico la definición de contención física para realizar un procedimiento es variable, destacándose como aspecto diferenciador <i>la cantidad de fuerza necesaria para realizar el procedimiento</i>, y si existe o no consentimiento por parte del menor. En este sentido, podemos encontrar denominaciones como retención terapéutica (<i>therapeutic, clinical o supportive holding</i>) o contención (<i>restraint</i>)^{1,2}.</p> <p>- <i>Retención terapéutica (supportive holding)</i>: «posicionamiento sin resistencia activa y con el consentimiento del niño y los padres para que el procedimiento médico o clínico se desarrolle con seguridad y de forma controlada».</p> <p>- <i>Contención (restraint)</i>: «inmovilización por la fuerza para asegurar la realización de un procedimiento o técnica, velando en todo momento por los intereses del menor».</p> <p>En algunos foros, se destaca que esta diferenciación en la terminología puede llevar a una «humanización» de la intervención enmascarando sus consecuencias, ya que retención terapéutica tiene connotaciones más positivas que contención.</p> <p>«<i>Cualquier acción o procedimiento que evita el movimiento libre de una persona a una posición de su elección o el acceso normal a su cuerpo, mediante el uso de cualquier método, adjunto o adyacente al cuerpo de una persona que él/ella no puede controlar o retirarse fácilmente</i>»³</p> <p>Incluye, entre otras, el uso de manoplas, muñequeras o contenciones torácicas o abdominales</p>
Para garantizar el mantenimiento y la continuidad de dispositivos de soporte vital como el tubo endotraqueal, catéteres vasculares, sondas o drenajes	Contención mecánica	

aunque su empleo es habitual⁶. En un estudio retrospectivo se documenta una prevalencia de uso de CM del 96% en niños con edades comprendidas entre los 5 días y los 14 años, siendo en el 92% de los casos contenciones de manos⁶. Fuera de nuestro país, un estudio multicéntrico internacional en el que se administró un cuestionario a 872 profesionales sanitarios con la finalidad de determinar en qué medida se contenía a los niños durante los procedimientos clínicos dolorosos documenta que el 48% de los profesionales los contenían con bastante frecuencia y el 33% con mucha frecuencia. A la vez, el estudio destaca que esta práctica varía significativamente según el país, la profesión, la experiencia clínica en el área, la formación recibida y la disponibilidad de alternativas en el lugar de trabajo⁷. Asimismo, un estudio en 28 UCIP del Reino Unido documenta que en un 68% de las unidades se emplean técnicas de contención, ya sean manuales, con férulas para impedir la flexión de articulaciones o con dispositivos mecánicos como

muñequeras⁸. Lamentablemente, no se puede profundizar en el análisis de si las diferentes prevalencias entre UCIP se deben a las diferentes perspectivas de los profesionales o a cuestiones estructurales (ratio enfermera/paciente) o clínicas (dinámicas de trabajo, manejo de la analgesación) de las unidades. Como manifiestan Dolz et al.⁶ existe un gran silencio tanto clínico (la contención en pediatría no se acompaña de documentación, prescripción, ni consentimiento formal) como bibliográfico sobre el uso de CM en el paciente pediátrico, incluyendo el procedimiento como un «estándar de cuidados informal, generalmente delegado en las enfermeras, más por consenso que porque se haya demostrado científicamente que sus beneficios superan a las repercusiones físicas, psicológicas, éticas y legales que pueden acompañarlo».

Las enfermeras pediátricas tienen emociones mixtas hacia las contenciones. Para algunas, la inmovilización puede causar más estrés en el niño que el dolor asociado al

7. Formación responsabilidad de las organizaciones

Los centros deben formar al personal asistencial sobre la evidencia del uso de CM y sus consecuencias. Adecuar las ratios de enfermería disponer de un protocolo que clarifique las competencias de cada grupo profesional, así como las actividades de prevención, registro y cuidados

6. Registro/revisión

Debe registrarse el procedimiento en la historia clínica y las alternativas tomadas antes de la CM. Deben revisarse los puntos de presión de los sistemas de contención empleados y registrar las valoraciones periódicas del efecto de las contenciones.

5. Material homologado

Deben utilizarse sistemas homologados de contención, adaptados a la edad pediátrica.



Figura 1 Actividades de prevención, detección y control en el uso de CM en el paciente pediátrico.

procedimiento, además de poner en riesgo la confianza en la relación a los cuidados. Otras, ven las CM como un método aceptable e inevitable, «un daño razonable» comparado con el beneficio que supone el tratamiento². Y es en este punto donde debe plantearse si realmente la decisión de usar CM debe recaer en un solo profesional o si debe contemplarse como una decisión interdisciplinar con una responsabilidad compartida en el seno del trabajo en equipo⁹.

La percepción de los niños y de sus familiares del uso de contenciones se describe como «una de las experiencias más duras jamás vividas», provocando un gran estrés físico y emocional². Organismos como la *Joint Commission* en su informe de 2015 documenta hasta 128 efectos adversos relacionados con las contenciones, entre los que destacan daños físicos e incluso la muerte de pacientes. En esta línea, Demir et al.¹⁰ describen la aparición de eventos adversos en niños en UCIP portadores de CM como edema, cianosis de las extremidades, rechazo del alimento y agitación. Asimismo, el uso de CM también se ha asociado a mayor riesgo de aparición de delirio y signos de estrés postraumático al alta de UCI, por lo que se recomienda evitarlas¹¹, aunque este efecto todavía no se ha explorado en el ámbito pediátrico.

En esta línea, se desconoce cuál es el impacto que la inmovilización derivada de las CM puede tener sobre el desarrollo cognitivo, psicológico, físico, y concretamente en el desarrollo motor infantil, en las diferentes etapas de desarrollo del niño, por lo que es mandatorio no usar las CM de forma rutinaria y analizar para cada caso particular la situación del menor, su capacidad de comprensión de la situación, atender el modo como el niño se expresa, su colaboración y la disponibilidad de alternativas¹².

Para los padres, participar de la inmovilización supone un reto emocional. En general, expresan la necesidad «de estar

allí» colaborando en la información y proporcionando bienestar, distracción y soporte emocional. Sin embargo, aunque intentan dejar las emociones a un lado para no influir en las respuestas del niño, en ocasiones manifiestan sentimientos de estrés moral, incertidumbre, culpa, e incluso enfado hacia los profesionales por fisurar el vínculo de protección maternal/paternal hacia el niño⁷.

Por tanto, considerando la escasa evidencia, los eventos adversos y los efectos negativos que tienen las contenciones sobre el niño y la familia, se recomienda utilizar previamente otros abordajes como la negociación, adaptando el discurso a la edad del niño, e incluyendo a los padres, el acompañamiento familiar; métodos de distracción como el juego o la música, la movilización precoz, la retirada precoz de los dispositivos no necesarios o la administración de analgo-sedación en procedimientos programados relegando el uso de CM como el último recurso a emplear¹⁻⁵.

Si, a pesar de incluir las actividades preventivas anteriormente comentadas, fuera necesario contener al niño, deben contemplarse las recomendaciones incluidas en la [figura 1](#).

Se evidencia una necesidad de más estudios que comparen riesgos, beneficios y efectos negativos del empleo de contenciones, así como de estrategias que regulen cómo se lleva a cabo esta práctica en el paciente crítico pediátrico, con el objetivo de iniciar un camino dirigido a minimizar el uso de contenciones tanto físicas como mecánicas y velar por los intereses y derechos de los niños ingresados en estas unidades.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Royal College of Nursing. Restrictive physical intervention and therapeutic holding for children and young people: guidance for nursing staff. 2010 [consultado 11 Feb 2019]. Disponible en: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-003573>
2. Bray L, Snodin J, Carter B. Holding and restraining children for clinical procedures within an acute care setting: An ethical consideration of the evidence. *Nurs Inq.* 2015;22:157-67.
3. Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64:2307-10.
4. Devlin JW, Skrobik Y, Vice-chair F, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation /sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med.* 2018;46:e825-73.
5. Burry L, Rose L, Ricou B. Physical restraint: time to let go. *Intensive Care Med.* 2018;44:1296-8.
6. Dolz Alabau C, Martínez Dolz J, Soriano Prats MA. Contención física y/o mecánica: Plan terapéutico de seguridad en el paciente crítico pediátrico. Hospital Universitario Politécnico La Fe de Valencia. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. 2013 [consultado 13 Feb 2019]. Disponible en: <http://anecipn.org/pdf/congresos/XXXIV/documentos/M23-4.pdf>.
7. Bray L, Carter B, Ford K, Dickinson A, Water T, Blake L. Holding children for procedures: An international survey of health professionals. *J Child Health Care.* 2018;22:205-15.
8. Moyano Hernández M. Sí a las contenciones mecánicas en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. Tertulia Pro/contra. ¿Se deben utilizar contenciones mecánicas? Libro de ponencias 33 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. Barcelona: Ergon; 2018 [consultado 11 Feb 2019];85-9. Disponible en: <https://secip.com/wp-content/uploads/2018/06/12.-Se-deben-utilizar.pdf>.
9. Acevedo-Nuevo M, Via-Clavero G. La reducción del uso de contenciones mecánicas, una asignatura pendiente y emergente en las UCI. *Med Intensiva.* 2019;43:299-301, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2018.09.005> [consultado 11 Feb 2019]
10. Demir A. The use of physical restraints on children: practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey. *Int Nurs Rev.* 2007;54:367-74.
11. González de Molina Ortiz FJ, Gordó Vidal F, Estella García A, Morrondo Valdeolmillos P, Fernández Ortega JF, Caballero López J, et al. Recomendaciones de “no hacer” en el tratamiento de los pacientes críticos de los grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva.* 2018;42:425-33.
12. Tierraseca Serrano ME. No a las contenciones mecánicas en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. Tertulia Pro/contra. ¿Se deben utilizar contenciones mecánicas? Libro de ponencias 33 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos. Barcelona: Ergon.; 2018 [consultado 11 Feb 2019];90-2. Disponible en: <https://secip.com/wp-content/uploads/2018/06/12.-Se-deben-utilizar.pdf>.