

La ética de las pequeñas cosas. La contención de pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)

The Ethics of Little Things. Patient Containment in Intensive Care Units (ICUs)

Ángel Bartolomé

Hospital San Juan de la Cruz.

Úbeda, Jaén

E-mail: abartols@gmail.com

Resumen

La contención de los pacientes exige una cuidadosa valoración de riesgos y beneficios, precisa de información veraz y, si es posible, del consentimiento previo del paciente o de sus representantes, y debe ajustarse al principio de proporcionalidad en cuanto a que la medida adoptada sea necesaria, idónea y previsiblemente ofrezca más beneficios que perjuicios. En las UCIs, que se sitúan habitualmente a la cabeza en cuanto a proporción de pacientes contenidos respecto al número total de pacientes, es necesario reducir el uso de las medidas de contención para evitar provocar daño físico y moral a los pacientes y malestar moral a los profesionales de la salud.

Palabras clave: Bioética, Ética clínica, UCI, Contención de pacientes.

Abstract

Patient containment requires a careful risk-benefit assessment, needs to be based on accurate information and, if possible, on the patient's (or proxies') informed consent, and must respect the principle of proportionality so as to ensure that the measure is necessary, suitable and causes more benefit than harm. In ICUs, where usually the most cases of patient containment occur, it is necessary to reduce the use of containment measures in order to avoid causing physical or moral harm to patients, as well as moral discomfort to healthcare professionals.

Keywords: Bioethics, Clinical Ethics, ICU, Patient containment.

Introducción

El uso de medios físicos o farmacológicos para controlar o limitar el movimiento de los pacientes con trastorno del comportamiento forma parte de la asistencia a personas enfermas prácticamente desde el inicio de la actividad médica. Basta pensar en los enfermos mentales para desplegar un amplio catálogo de medidas de sujeción que solo después del advenimiento de los neurolépticos han dejado de ser habituales en la atención psiquiátrica. También en la 2ª mitad del siglo XX, la promulgación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y posteriormente el Catálogo de Derechos de los Pacientes de la Asociación Americana de Hospitales en EE. UU. (1969) dieron paso a un cambio copernicano en la relación médico paciente, que de ser eminentemente paternalista se abrió a favorecer la decisión del paciente como sujeto autónomo, otorgándole la potestad de consentir o rechazar las actuaciones propuestas por el médico. En este escenario mucho más autonomista no cabe duda de que la contención de los pacientes presenta una carga ética de primera magnitud por soslayar precisamente esos derechos que fundamentan la relación clínica.

La contención de los pacientes presenta una carga ética de primera magnitud.

La medicina intensiva no ha sido ajena a este desarrollo, incluso en muchos aspectos ha estado en vanguardia, y resulta sorprendente cómo, a pesar de

repetidas llamadas de atención sobre el uso quizá excesivo de medidas de contención física en las UCIs, sigue siendo una práctica habitual en muchos hospitales de todo el mundo. Solo recientemente, y en consonancia con otras iniciativas para moderar o eliminar el uso de sujeciones en otros grupos de pacientes (ancianos, pacientes con demencia, discapacitados), los profesionales de la UCI han puesto en marcha proyectos destinados a minimizar en lo posible esta práctica.

En nuestro país, la SEMICYUC incluye el uso adecuado de la contención (física y farmacológica) entre los indicadores de calidad en la asistencia del paciente crítico ⁽¹⁾, aconsejando el desarrollo de un procedimiento específico de contención que incluya indicaciones y tipos de contención y normas de seguimiento de los pacientes contenidos, reservando la prescripción de contenciones al criterio médico.

Estado de la cuestión

La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* define la contención

En general, las UCIs están a la cabeza en la aplicación de medidas de contención de pacientes.

de pacientes como “el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de una parte del cuerpo del paciente con la finalidad de controlar sus actividades

físicas y evitar lesiones que se pueda hacer a sí mismo o a otros”. Además, considera un evento centinela en cuanto a la seguridad del paciente la ocurrencia de un accidente en un paciente contenido y recomienda una revisión en profundidad de los procedimientos seguidos por la organización si tal hecho se produce. Así pues, esta definición presupone (1) que la intención primaria de la restricción de movimientos del paciente es evitar un daño a sí mismo o a otros, y (2) que el paciente por sí mismo es incapaz de controlar su actividad física y por tanto la contención se hace sin su consentimiento. La contención momentánea del paciente o la iniciada con una

intención diferente (¿punitiva?) quedarían excluidas de la definición. Del mismo modo, el uso de medios farmacológicos para asegurar la colaboración del paciente en el tratamiento puede considerarse una medida de contención.

Una revisión general de la literatura sobre medidas de restricción de movimientos de pacientes en hospitales de agudos sitúa a las unidades de cuidados intensivos habitualmente a la cabeza en cuanto a proporción de pacientes contenidos respecto al número total de pacientes, si bien se aprecia una gran variabilidad entre UCIs, entre hospitales y entre países. Por otro lado, y restringiendo la búsqueda a los pacientes contenidos en UCI, es llamativo que durante muchos años la preocupación fundamental entre los médicos investigadores fuera describir las características epidemiológicas de los pacientes sometidos a restricción física y los factores de riesgo asociados a la misma, especialmente en lo referente a la retirada no planeada del tubo endotraqueal, mientras que los profesionales de enfermería reclamaban atención sobre el uso tal vez abusivo de medios de contención física, la conveniencia de reducirlos y los elementos afectivos y relacionales ligados a su uso. Es decir, a los médicos les preocupaban sobre todo los aspectos cuantitativos, mientras que los enfermeros focalizaban su atención también en aspectos cualitativos, incluyendo la toma de decisiones sobre contención física.

La aceptación de las contenciones por los pacientes y sus familiares va unida a una buena y reiterada información, a la percepción de seguridad que aportan y a la confianza en los profesionales.

Es conveniente señalar algunas de las conclusiones más consistentes que se han clarificado respecto del tema que nos ocupa:

- Su uso es habitual en pacientes agitados y en pacientes con delirium.
- En general son pacientes de mayor edad y que reciben más dosis de sedantes, analgésicos y antipsicóticos que la población general de la UCI.
- Si se comparan pacientes contenidos y no contenidos en ventilación mecánica, estos últimos reciben dosis más altas de sedantes y analgésicos.
- La principal razón de su uso es evitar la retirada de dispositivos, sobre todo el tubo endotraqueal.
- El método más frecuentemente utilizado es la muñequera blanda.
- La mayor parte de las veces la iniciativa para la contención parte de enfermería, y raras veces es ratificada por el médico.
- El registro en la historia clínica es muy irregular, igual que la información al paciente y a las familias.
- No existe evidencia concluyente de que la contención física de pacientes sea útil para prevenir la retirada del tubo endotraqueal.
- La contención física de los pacientes no está exenta de problemas, tanto físicos (erosiones, heridas, lesiones vasculares y nerviosas...), como psicológicas (ansiedad, miedo, delirium, agitación, depresión, estrés postraumático...).
- La tendencia al uso de menos dosis de sedantes (sedación consciente) podría incrementar el uso de medidas de restricción física.
- La aceptación de las contenciones por los pacientes y sus familiares va unida a una buena y reiterada información, a la percepción de seguridad que aportan y a la confianza en los profesionales.

- La mala aceptación de las contenciones se debe fundamentalmente a una información deficiente y a los sentimientos negativos que generan.
- La aplicación de contenciones genera sentimientos de extrañeza, rabia, ira, agobio, fastidio, privación de libertad y resignación en los pacientes, así como de pena, dolor y lástima en la familia.
- Los profesionales de enfermería
 - entienden las contenciones como un elemento de seguridad, tanto para el paciente como para ellos mismos, aunque también advierten un contenido de amenaza para el paciente que socava su rol cuidador. Asimismo, advierten que pueden producir lesiones y a veces aumentan la agitación de los pacientes, y que pueden existir motivaciones espurias para su uso.
 - señalan igualmente que por regla general son ellos quienes deciden utilizar la contención, mientras el médico se inhibe de su indicación. Advierten sin embargo un déficit de formación en este aspecto y una toma de decisiones subóptima basada más en la experiencia y la intuición que en la evidencia disponible.
 - experimentan sentimientos contradictorios: culpa, rechazo, depresión, miedo, indefensión, abandono, tranquilidad, satisfacción por un trabajo bien hecho, etc., y en última instancia aplanamiento emocional o insensibilización respecto de una práctica rutinaria.
 - reconocen la falta de alternativas más allá de la contención farmacológica, siendo el acompañamiento familiar de dudosa utilidad.
 - en general ven necesario una visión holística del paciente y un uso sistemático de estrategias de valoración global del mismo (dolor, sedación, delirium...) para promover su bienestar antes de sujetarlo sin más.
 - también ven necesario una protocolización de la contención que incluya el registro sistemático para evitar su invisibilización y su conceptualización como excepcional.
 - algunos profesionales de enfermería reclaman que la contención debería ser una prescripción enfermera, si bien esto conlleva una responsabilidad consecuente que sería necesario asumir.

Marco normativo

En España no existe una regulación específica del uso de medios de contención en el ámbito sanitario. Muchos hospitales y especialmente los servicios de salud mental disponen de protocolos ad-hoc, pero carecen de valor normativo.

Esto no significa, en absoluto, que los profesionales tengan el privilegio de disponer a su antojo de las medidas de restricción con sus pacientes. Más bien al contrario, dado que los derechos afectados por la restricción de movimientos de las personas están en la base del ordenamiento jurídico de nuestro país y de los países de nuestro entorno,

En España no existe una regulación específica del uso de medios de contención en el ámbito sanitario.

hemos de remitirnos a nuestra legislación básica y a convenios internacionales sobre derechos humanos ratificados por el Estado como orientadores de nuestros actos en este campo. Así hemos de mencionar:

- *Constitución española de 1978*. Artículo 1.1 que proclama la libertad como uno de los valores superiores de nuestro ordenamiento jurídico.
- *Constitución española de 1978*. Artículo 10 que reconoce que la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad son fundamento del orden político y de la paz social.
- *Constitución española de 1978*. Artículo 15, que declara el derecho de todos a la integridad física y moral y a no recibir tratos inhumanos o degradantes.
- *Constitución española de 1978*. Artículo 17, que establece el derecho a la libertad física de las personas.
- *Constitución española de 1978*. Artículo 43, que declara el derecho a la protección de la salud.
- *Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad*. Artículo 10, que establece el respeto a la personalidad, la dignidad humana y la intimidad, sin que pueda haber discriminación por razón de discapacidad, etc., y reconoce el derecho de los pacientes a la libre elección entre las distintas opciones terapéuticas.
- *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*. Artículos 8 y 9 que regulan el consentimiento informado y las excepciones al mismo.
- *Ley 1/2000 de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil*. Artículo 763 sobre internamientos no voluntarios por razón de trastornos psíquicos. Establece que el internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma requerirá autorización judicial previa a dicho internamiento. Si por razones de urgencia la medida fuera adoptada de inmediato, el responsable del centro deberá comunicarlo al tribunal competente en un plazo no superior a 24 horas. (El Tribunal Constitucional, en su sentencia 132/2010, establece la inconstitucionalidad parcial de este artículo, aunque no acuerda la nulidad del mismo, instando al legislador a una regulación de dicha medida mediante ley orgánica, pues afecta a derechos fundamentales de los ciudadanos). En ausencia de regulación específica, este artículo sirve por analogía o supletoriedad para el internamiento forzoso de ancianos en residencias, así como para la utilización de medidas de contención en pacientes y usuarios de centros sociales.
- *Código Penal*. Artículos 147, 148 y 153 del Título III referidos a lesiones. Del Título VI de delitos contra la libertad el artículo 169 sobre amenazas y el artículo 172 sobre coacciones. Del Título VII el artículo 173 sobre torturas y otros delitos contra la integridad moral. Del Título XII los artículos 226 y 299 en relación con el abandono de familia, menores o personas con discapacidad necesitadas de especial protección.
- *Ley Orgánica 8/2015 de modificación del sistema de protección de la infancia y adolescencia* que regula por primera vez la aplicación de medidas de sujeción mecánica al menor que se regirán por los principios de excepcionalidad, necesidad, provisionalidad y prohibición del exceso,

aplicándolas con la mínima intensidad y por el tiempo estrictamente necesario, llevándose a cabo con el debido respeto a la dignidad, privacidad y derechos del menor.

- *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina*, firmado en Oviedo el 4 de abril de 1997 y ratificado por España el 1 de enero del 2000. Establece que el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad, siendo así que una intervención en el ámbito de la salud solo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Asimismo, solo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para otorgar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo, y con la autorización previa de un representante, una autoridad, o una persona o institución designadas por la ley. Con respecto a las personas con trastornos mentales, establece que la persona que sufra un trastorno mental grave solo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud. El ejercicio de estos derechos estará limitado por las necesidades de una sociedad democrática en materia de seguridad pública, prevención de infracciones penales, protección de la salud pública o la protección de los derechos y libertades de las demás personas que estén previstos en la ley.
- *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO del 2005*. En su artículo 8 dice: “Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos”.

El objetivo de la contención es facilitar el óptimo cuidado del paciente.

Además de esta normativa, hemos de contemplar aquella que regula la actuación de los profesionales, tanto desde el derecho positivo como desde la deontología:

- *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias*, que establece el deber de los profesionales de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y el deber de respetar la participación de los mismos en la toma de decisiones que les afecten, y en todo caso de ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquellos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.
- *Código deontológico del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos*. Artículos 5, 12 y 60.
- *Código Deontológico de la Enfermería Española*. Capítulo II artículos 4-8; capítulo III artículos 14 y 15; capítulo VIII artículos 43 y 45; capítulo IX artículos 47, 48 y 49; capítulo X artículos 52-61.
- La Comisión Central de Deontología de la OMC ha publicado una declaración específica sobre contención mecánica de pacientes (8).

Por último, y ya en el ámbito de los cuidados intensivos, hemos de incorporar dos referencias de sociedades que tratan específicamente este problema:

- *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, cuyas recomendaciones se recogen en el documento de estándares y recomendaciones de las unidades de cuidados intensivos del Ministerio de Sanidad y Política Social de EE.UU. del 2010:
 - ✓ Se recomienda que la institución y el profesional promuevan el desarrollo de prácticas seguras en relación con el uso de sistemas de restricción.
 - ✓ Se recomienda la evaluación del paciente para determinar si el tratamiento de un problema evitaría la necesidad de utilizar medidas de restricción.
 - ✓ Se recomienda documentar en la historia clínica la utilización de sistemas de retención y el motivo. Las órdenes de restricción deberían tener una duración limitada a un período de 24 horas. Si es preciso continuar con las medidas de restricción deben ordenarse por escrito y considerar reducirlas o suspenderlas cada ocho horas.
 - ✓ Se recomienda controlar el desarrollo de complicaciones de las medidas de restricción cada cuatro horas como mínimo, y más frecuentemente si el paciente está agitado o si está clínicamente indicado. Cada evaluación de complicaciones debe ser documentada en la historia clínica.
 - ✓ Se recomienda facilitar al paciente / familiar información periódica sobre la necesidad y la naturaleza del tratamiento de restricción.
 - ✓ Se recomienda elegir la opción de terapia de restricción menos agresiva, capaz de optimizar la seguridad del paciente, su comodidad y dignidad.
 - ✓ Los analgésicos, sedantes y neurolépticos utilizados para el tratamiento del dolor, ansiedad, o alteraciones psiquiátricas en la UCI deben ser utilizados como fármacos para reducir la necesidad de terapias de restricción.
 - ✓ El paciente que reciba agentes de bloqueo neuromuscular debe tener adecuada sedación y analgesia. El uso de agentes bloqueantes neuromusculares requiere una frecuente evaluación del bloqueo para minimizar las graves secuelas asociadas a la parálisis a largo plazo. Los agentes bloqueantes neuromusculares no deben utilizarse como agentes de restricción, salvo que estén indicados por la condición del paciente; en este caso se deben implantar sistemas de evaluación de la profundidad de la hipnosis (BIS, entropía...).
- *British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint adult critical care units.*
 - ✓ El objetivo de la contención es facilitar el óptimo cuidado del paciente
 - ✓ El uso de medidas de contención física no puede ser una alternativa a recursos humanos o materiales inadecuados.

- ✓ La contención física del paciente solo debe ser utilizada cuando otras medidas alternativas han resultado ineficaces para conseguir el resultado deseado.
- ✓ Las decisiones de contener o no contener deben tomarse después de una detenida evaluación del enfermo por un equipo multidisciplinar.
- ✓ Las UCI deben desarrollar e implementar protocolos de uso de contenciones para ayudar a las enfermeras y a otros en el proceso de toma de decisiones.
- ✓ Cualquiera que sea el tipo de contención utilizado, debe ser objeto de evaluación continua mediante herramientas apropiadas y debe actuarse en consecuencia.
- ✓ Los planes de tratamiento y las decisiones adoptadas respecto de las contenciones deben quedar claramente reflejados en la gráfica del paciente.
- ✓ El paciente y su familia deben ser involucrados en la toma de decisiones e informados de las razones de la restricción y del método a utilizar.
- ✓ La formación de los profesionales en relación con la contención física, química y psicológica de pacientes debe incluir programas de entrenamiento y adquisición de competencias en cuidados intensivos.

Análisis ético

Más arriba definíamos contención como la limitación o restricción de la capacidad de movimiento de una parte o de todo el cuerpo de un paciente, por medios físicos o farmacológicos, que se realiza con la intención de evitar un daño a sí mismo o a otros. Es decir, la contención de los pacientes formaría parte del plan terapéutico en tanto que medidas *preventivas* que evitarían autolesiones o lesiones a terceros, o bien como medidas *facilitadoras* de otros tratamientos. Difícilmente podremos considerar las medidas de contención como sanadoras en sí mismas, salvo quizá en los cuadros de agitación o desorden conductual severos en el ámbito de la salud mental. En este sentido, la aplicación de medidas de restricción debería seguir la misma norma de corrección técnica y ética que cualquier otra terapia, esto es, un balance riesgo/beneficio favorable, y una adecuación óptima a los fines de la medicina y los deseos del paciente.

Hemos de ponderar prudentemente los riesgos inherentes a la contención del paciente frente a los beneficios posibles o reales que su aplicación puede ofrecer. Son muchos los documentos que dan cuenta de lesiones y accidentes, en ocasiones mortales, asociados al uso de medidas de sujeción, especialmente cuando este tipo de medidas se prolongan en el tiempo o se aplican sin la supervisión adecuada. Es más, no es raro que la contención de un enfermo agitado

El uso de medidas de contención física no puede ser una alternativa a recursos humanos o materiales inadecuados.

resulte contraproducente por cuanto atiza y fomenta el comportamiento que pretende controlar, promoviendo una escalada terapéutica de consecuencias imprevisibles. Por otro lado, tenemos buenas razones para intentar evitar que un paciente se arranque

una sonda, una vía venosa, un tubo endotraqueal, o se lesione por una caída accidental, o dañe a otra persona o a sí mismo como consecuencia de movimientos incontrolados. Es una obligación profesional de primer orden no omitir aquello que pueda evitar tales daños. De hecho, esta justificación ha permitido que la contención física de los enfermos sea una práctica habitual en hospitales de todo el mundo, y más concretamente en las unidades de cuidados intensivos.

Pero, como ya señalábamos al inicio del documento, los propios profesionales reconocen otro tipo de motivaciones diferentes de las relacionadas con el tratamiento o la prevención para atar a sus pacientes. Y cuando estas otras razones entran en juego, ya no podemos decir que la contención forme parte de un plan terapéutico o de un protocolo de cuidados; ya no podemos considerar la sujeción de los pacientes como una indicación médica. Si los motivos que aducimos para justificar la contención están relacionados con el entorno de trabajo o la organización del mismo, como la consecución de objetivos, el cumplimiento de horarios, la escasez de personal, la protección o el descanso de los trabajadores etc., la calidad ética de nuestra actuación queda en entredicho. Tan es así, que muchos de los protocolos de contención incluyen entre las contraindicaciones epígrafes como: “si no existe personal suficiente”, “por simple conveniencia del personal”, “para descanso del personal”, “por alta carga de trabajo”, “como método coercitivo para pacientes hostiles”, y otros similares que, por estar contraindicados, no deben aplicarse nunca so pena de incurrir en mala praxis.

Así pues, desde la perspectiva de la indicación médica, la contención de pacientes solo está éticamente justificada cuando el balance riesgo/beneficio es claramente favorable, máxime si tenemos en cuenta que, como veremos más adelante, en muchos casos los sujetos que van a ser “contenidos” no podrán dar su consentimiento por haber perdido de forma transitoria su capacidad para ello, hecho habitual en el escenario de los cuidados intensivos.

La contención física del paciente solo debe ser utilizada cuando otras medidas alternativas han resultado ineficaces para conseguir el resultado deseado.

Avanzando un poco más en el razonamiento, no podemos quedarnos satisfechos con asegurar la corrección técnica de la indicación (v.g. adecuada razón riesgo/beneficio), si el contenido de la misma supone limitar de forma parcial o total la capacidad de movimiento del paciente. Y ello por dos razones:

- El modelo de relación clínica que sirve de base a nuestro sistema sanitario está basado en el consentimiento informado.
- Y, más allá de la capacidad para consentir, y solo por el hecho de ser ciudadanos del estado español, los pacientes o usuarios tienen unos derechos constitucionales que es preciso respetar.

A continuación analizaremos en detalle dichas razones:

- a) En general, la contención de los pacientes es una actuación que se realiza sin su consentimiento expreso y en la mayoría de los casos en contra de su voluntad, y ello a pesar de que, como decíamos antes, los riesgos no son en absoluto desdeñables. En un modelo de relación clínica edificado sobre la base de la potestad de los pacientes para consentir o denegar su consentimiento a

cualquier procedimiento propuesto, la contención física exigiría siempre que fuera posible un consentimiento escrito por parte del paciente o en su caso de su representante. La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente contempla dos excepciones a lo que podríamos llamar el principio del permiso: riesgo para la salud pública y riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica del enfermo cuando no es posible conseguir su autorización. Esta última eximente es habitualmente aducida por los profesionales que atienden pacientes en situación de urgencia como salvaguarda de una actuación no por necesaria menos gravosa para el paciente. Y es que, prescindir del consentimiento informado de forma rutinaria amparándose en un estado de necesidad supone convertir una excepción en norma, conculcando la posibilidad de decisión del paciente y violentando el espíritu de la ley. Por tanto, asumiendo que la obtención del consentimiento para la contención otorga al acto la mayor calidad ética, es responsabilidad de los profesionales intentar conseguirlo, bien del propio paciente o de sus representantes, y si es posible con antelación a la contención. Si, por motivo de urgencia, la contención tuviera carácter previo, la obligación profesional radica en informar cuanto antes de la ejecución de la misma, explicando los motivos que la hacen necesaria y con el compromiso tácito de retirarla cuando dichos motivos hayan desaparecido.

En pacientes incapacitados de hecho o de derecho y en menores de edad rigen los mismos condicionantes éticos respecto del consentimiento informado y la información clínica, si bien serán sus representantes los encargados de otorgar el consentimiento.

Las decisiones de contener o no contener deben tomarse después de una detenida evaluación del enfermo por un equipo multidisciplinar.

La situación de incapacidad temporal o permanente no exime a los profesionales del deber de informar al incapaz, en la medida de lo posible, de los actos que se van a realizar en su persona.

Fuera de estas situaciones de urgencia y sobre todo fuera del ámbito sanitario, el uso de medidas de restricción pierde la legitimidad del acto médico en tanto que benéfico y puede entrar en conflicto con las disposiciones legales.

- b) Como señalábamos al comienzo del documento, la Constitución Española reconoce entre los derechos fundamentales de todos los ciudadanos el de la libertad física, es decir, la libertad y capacidad de deambular (art. 17.1 CE) y el de no ser sometido a tratos inhumanos o degradantes (art. 15 CE); además, el artículo 1 proclama la libertad como uno de los valores superiores del ordenamiento jurídico, y el artículo 10 reconoce que la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad son fundamento del orden político y de la paz social. Así pues, la Constitución Española exige respetar tanto la libertad volitiva como la libertad física de todos los ciudadanos, y es claro que ambas se ven comprometidas cuando se contiene a un paciente. Naturalmente, existen circunstancias que pueden limitar el ejercicio de estos derechos, y son aquellas en las que se ponen en peligro otros derechos o bienes constitucionalmente protegidos, en este caso la vida, la salud o la integridad física de los enfermos. Desde un punto de vista jurídico, la solución de este conflicto radica en la *proporcionalidad* de las medidas adoptadas para proteger los bienes en riesgo frente a los derechos objeto de limitación; para ello es necesario constatar que se cumplen 3 requisitos:

- i. Que las medidas son susceptibles de producir el efecto propuesto. Juicio de idoneidad.
- ii. Que no existen otras medidas menos gravosas para conseguir el fin perseguido. Juicio de necesidad.
- iii. Que de ellas se derivan más beneficios que perjuicios. Juicio de proporcionalidad en sentido estricto.

Aplicar medidas de restricción del movimiento de los pacientes sin atender estos criterios, es decir, violar el principio de proporcionalidad, constituye un abuso y puede constituir un delito. Pero, además, por estar en juego derechos fundamentales que protegen la dignidad de la persona, infringen a los pacientes un daño moral intolerable tanto desde la ética como desde el derecho.

Así pues, podemos concluir que la contención de los pacientes exige una cuidadosa valoración de riesgos y beneficios, precisa de información veraz y si es posible del consentimiento previo del paciente o de sus representantes, y debe ajustarse al principio de proporcionalidad en cuanto la medida adoptada sea necesaria, idónea y previsiblemente ofrezca más beneficios que perjuicios. La laxitud en la indicación expone al paciente a riesgos innecesarios que pueden acarrear daños físicos y psíquicos graves; prescindir del consentimiento hurta al paciente la potestad de decidir negando su condición de sujeto autónomo, y la aplicación de medidas desproporcionadas añade al procedimiento un *daño moral* muchas veces irreparable.

Otras cuestiones éticas

Hasta aquí la reflexión ética iniciada nos remite a los principios de no maleficencia (proporcionalidad de las medidas), beneficencia (balance riesgo/beneficio favorable) y autonomía (consentimiento informado), pero existen otros principios no menos importantes en riesgo cuando se decide la contención física o farmacológica de un paciente. Nos referimos a las cuestiones ligadas a la vulnerabilidad y a la intimidad de los pacientes.

La vulnerabilidad se hace especialmente patente en los pacientes ingresados en cuidados intensivos. El uso habitual de fármacos sedantes y analgésicos que afectan a sus funciones cognitivas, la aparición de alteraciones mentales relacionadas con su enfermedad de base o con los tratamientos aplicados, el desarrollo de problemas conductuales ligados a la propia estancia en UCI, y la ausencia de familiares que velen por sus derechos, dejan al enfermo literalmente a merced de sus cuidadores. En estos casos, sobre todo si entran en juego motivaciones diferentes a las ligadas al bienestar

Las UCI deben desarrollar e implementar protocolos de uso de contenciones para ayudar a las enfermeras y a otros en el proceso de toma de decisiones.

del paciente, no es difícil caer en comportamientos innecesarios y peligrosos que exponen a los enfermos a lesiones o accidentes fácilmente evitables. Cuando esto sucede, puede decirse que el trato recibido por los pacientes es malo o que existe

“maltrato”. Son muchas las máscaras bajo las que se ocultan situaciones de maltrato: infantilización, despersonalización, deshumanización, victimización, amenazas, intimidación, agresiones verbales, agresiones físicas, castigos corporales, etc. y las sujeciones físicas muchas veces forman parte de este escenario. Para evitarlas, los

profesionales encargados de su cuidado deben exhibir una atención diligente y un trato humano y compasivo, evitando las contenciones o recurriendo a ellas solo si son imprescindibles y extremando las medidas de vigilancia a los pacientes contenidos.

Como hemos señalado más arriba, la contención de los pacientes, aun asumiendo la correcta indicación de la medida, supone un menoscabo a su condición de sujeto moral al privarle de la capacidad de elegir. Si en estas circunstancias el paciente permanece expuesto a la vista de terceros, acrecentamos de modo innecesario el daño moral infligido, sea o no el paciente consciente de ello. Por eso, asegurar la intimidad del enfermo es una condición básica para minimizar en lo posible este daño añadido.

Otra de las cuestiones que pueden empañar la aplicación de medidas de restricción a los pacientes tiene que ver con el malestar moral que estas generan en los propios profesionales. Aunque la prescripción de las contenciones es una prerrogativa del médico, es muy habitual que la iniciativa parta del profesional de enfermería que, por su cercanía al paciente, muchas veces percibe con antelación la necesidad de contención como parte de sus tareas de cuidado. El médico debería con posterioridad sancionar la medida adoptada. En este escenario no es infrecuente que surjan discrepancias en la indicación, la pertinencia del mantenimiento, el modo específico de contención, etc., así como en la vivencia personal de la aplicación de las medidas de restricción. Junto a sentimientos de seguridad por el buen trabajo realizado, aparecen otros de ira, pena, frustración, rabia, congoja, etc., que pueden distorsionar significativamente la atención debida a los pacientes y favorecen el burnout de los profesionales.

Conclusiones

A pesar de las recomendaciones favorables a una disminución en la utilización de técnicas de restricción física y de la escasa evidencia a su favor, el uso de contención mecánica continúa siendo habitual en muchas unidades de cuidados intensivos. El uso habitual de medidas de contención se fundamenta en problemas de seguridad ligados sobre todo a la prevención de la retirada de dispositivos invasivos de soporte vital, especialmente el tubo endotraqueal y, aunque no se considera una buena práctica, se acepta como “mal menor” frente a los posibles efectos catastróficos de una extubación no planeada. Sin embargo, el uso habitual supone “de facto” una sanción positiva de la medida que pasa a ser considerada clínicamente aceptable y éticamente correcta.

Para romper este círculo vicioso se han de incorporar a la ecuación algunos elementos que han quedado marginados en el análisis previo. En primer lugar, la vulnerabilidad de los pacientes ingresados en cuidados intensivos, que por su situación exigen máximo respeto y dedicación. Segundo, la contención de los pacientes no solo expone a estos a daños físicos, sino que lleva aparejado un considerable *daño moral*, tanto por el hecho de hacerse normalmente sin su consentimiento como por afectar a derechos fundamentales. Por esta razón, minimizar este daño moral es una obligación ineludible del buen profesional, dado que el buen hacer del profesional no solo tiene que ver con la calidad técnica de las decisiones, sino también con la corrección moral de las mismas. Y, por último, el malestar moral que puede generar en los profesionales de la salud la rutinización de esta práctica y la diversa percepción de la misma.

Minimizar el uso de contenciones se presenta como un objetivo deseable y plausible si enfocamos el problema desde una perspectiva multidisciplinar que incorpore los elementos cuantitativos y cualitativos ya expuestos y además tenga en cuenta otros factores de carácter moral que exigen atención. Por una parte, los profesionales deben adoptar una actitud reflexiva sobre sus actos que redimensione su componente moral como elemento nuclear de la actividad médica y de cuidado. Por otra, los equipos deben desarrollar procedimientos claros y compartidos en lo relativo al uso de medidas de contención en las UCIs. Estos procedimientos deben incorporar las recomendaciones ad hoc de las sociedades científicas y las medidas alternativas que puedan hacerlas innecesarias. Además, las instituciones deben fomentar una cultura de seguridad libre en lo posible de sujeciones y proveer de los medios materiales y humanos que puedan hacerlo viable. El uso de medidas de contención debería ser catalogado como excepcional.

La formación de los profesionales en relación con la contención física, química y psicológica de pacientes debe incluir programas de entrenamiento y adquisición de competencias en cuidados intensivos.

Solo de esta forma se podrá trocar ese círculo vicioso en un círculo virtuoso que recupere para los profesionales y para los pacientes esa parte de "humanidad" que siempre ha estado presente en la práctica de la medicina y que nunca debe quedar postergada.

Bibliografía

Acevedo-Nuevo, M., et al. (2016). Manejo de la inmovilización terapéutica en unidades de cuidados críticos: una aproximación fenomenológica a la realidad enfermera. *Enfermería Intensiva*, (2016), 27 (2), 62-74.

Beltrán Aguirre J.L. (2011). El uso de sujeciones físicas y farmacológicas en la atención residencial de ancianos. Derechos fundamentales afectados y garantías. *Revista Aranzadi Doctrinal*, Nº. 8, 91-104. Sujeciones físicas y farmacológicas en la atención residencial de ancianos y derechos fundamentales afectados. Criterios de conciliación.

Benbenbishty, J. et al. (2010). Physical restraint use in intensive care units across Europe: The PRICE study. *Intensive and Critical Care Nursing*, (2010) 26, 241-245.

Bray, K. et al. (2004). British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nursing in Critical Care* (2004), Vol 9, nº 5, 199-212.

Chang, Li Yin et al. (2008). Influence of physical restraint on unplanned extubation of adult intensive care patients: a case-control study. *Am. J. Crit. Care* (2008), 17, 408-415.

Código de Deontología Médica. (2011). Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. 2011.

Código deontológico de la Enfermería Española. (2003). Organización Colegial de Enfermería. 2003.

Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. (2016). Comité de Bioética de España. www.comitedebioetica.es.

De Jonghe, B. et al. (2013). Physical restraint in mechanically ventilated ICU patients: a survey of French practice. *Intensive Care Medicine* (2013) 39, 31-37. <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-012-2716-8>.

Evans, D., Fitzgerald, M. (2002). Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 39 (2002), 735-743.

Goethals, S. et al. (2013). Nurses' decision-making processing cases of physical restraint in acute elderly care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (2013), 603-612.

Hine, K. (2007). The use of physical restraint in critical care. British Association of Critical Care Nurses. *Nurs. In Crit. Care*, (2007) 12, nº 1, 6-11.

Indicadores de calidad en el enfermo crítico. (2011). SEMICYUC. 2011

Johnson, K, et al. (2016). A non-pharmacologic approach to decrease restraint use. *Intensive and Critical Care Nursing*, (2016) 34, 20-27.

Krüger, C., et al. (2013). Use of Physical restraints in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study. *Int. J. Nurs. Stud.* (2013). <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstud.2013.05.005>

Langley G., et al. (2011). Restraints in intensive care units: A mixed method study. *Intensive and Critical Care Nursing*, (2011) 27, 67-75. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2010.12.001>.

Lucas da Silva, P.S., Machado Fonseca, M.C., (2012). Unplanned endotracheal extubations in the intensive care units: systematic review, critical appraisal, and evidence-based recommendations. *International Anesthesia Research Society* (2012), 114, 5, 1003-1014.

Luk, E., et al. (2014). Predictors of physical restraint use in Canadian intensive care units. *Critical Care* (2014), 18, R46. <http://ccforum.com/content/18/2/R46>

Maccioli, G. et al. (2003). 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. *Critical Care Medicine* (2003), Vol 31, nº 11, 2665-2676.

Martín Iglesias, V. et al. (2012). Contención mecánica: su uso en cuidados intensivos. *Enfermería intensiva* (2012) 23(4), 164-170. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.08.002>

Martin, B., Mathisen, L. (2005). Use of Physical restraints in adult critical care: A bicultural study. *Am. J. Crit. Care*, (2005) 14, 133-142.

Pérez de Ciriza Amartrian, A.I., et al. (2012). Restricciones físicas en UCI: su utilización y percepción de pacientes y familiares. *Enfermería intensiva* (2012), 23 (2), 77-86.

Rose, L. et al. (2016). A mixed-methods systematic review protocol to examine the use of physical restraint with critically ill adults and strategies for minimizing their use. *Systematic Reviews*, 5: 194. DOI 10.1186/s13643-016-0372-8.

Rose, L., et al. (2016) Prevalence, risk factors, and outcomes associated with physical restraint use in mechanically ventilated adults. *Journal of Critical Care* (2016), 31, 31-35.

Said, Abdu A., Kautz Donald D. (2013). Reducing restraint use for older adults in acute care. *Nursing*, 43(12), 59-61. <http://nursing2013.com>.

Stinson, Kristi J. (2016). Nurses' attitudes, clinical experience, and practice issues with use of physical restraints in critical care units. *Am J Critl Care* (2016), 25, 21-26.

Xinquian Li and Tonks N. Fawcett. (2014). Clinical decision making on the use of physical restraint in intensive care units. *International Journal of Nursing Sciences* (2014), 446-450.