



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Restricciones físicas de los pacientes internados en las Unidades de Terapia Intensiva: estudio exploratorio-descriptivo

Tamyres Araújo Andrade Donato¹, Laís Rocha Pires¹,
Larissa Chaves Pedreira Silva¹, Luna Vitória Cajé Moura¹,
Alice de Andrade Santos¹, Lázaro Farias Souza²

¹Universidade Federal de Bahia
²Unigrad-Vitória de Conquista

RESUMEN

Objetivo: analizar los criterios para uso y seguimiento de las restricciones físicas en los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). **Método:** la investigación tuvo carácter exploratorio, descriptivo y cualitativo y fue realizado en dos UTIs de Bahía, con 85 profesionales de enfermería. Los datos se organizaron con base en el análisis temático. Resultado: el equipo de enfermería justifica la utilización de la restricción física para la seguridad del paciente. Como criterio para su uso, se verifican el nivel de consciencia, el grado de agitación y/o la desorientación. Para su seguimiento, se observan la integridad cutánea y las alteraciones del nivel de consciencia. Por eso, la evaluación neurológica fue la técnica más empleada por los profesionales para verificar la necesidad de restricción. El conocimiento del equipo en relación a los instrumentos legales que rigen este procedimiento se mostró superficial. **Conclusión:** se identificaron fragilidades en los criterios de seguimiento y suspensión de la restricción física, porque el conocimiento todavía es incipiente y no hay protocolos definidos.

Descriptor: Restricción Física; Pacientes; Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos.

INTRODUCCIÓN

Paciente crítico o grave es aquel que se encuentra en riesgo eminente de perder la vida o la función de algún órgano/sistema del cuerpo humano, o sea, aquel que se encuentra en frágil condición clínica, que requiere cuidado inmediato⁽¹⁾. Cuando está internado en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI), él es monitoreado multiparamétricamente y continuamente, además de que él utiliza diversos artefactos terapéuticos para la gestión eficaz de su cuadro. Esos pacientes pueden, de forma intencional o no, remover dispositivos como tubos endotraqueales, accesos vasculares, sondas. También, existe el riesgo de que ellos se caigan cuando están confusos, desorientados o agitados. Por esto, muchas veces, se hace necesario utilizar alguna forma de protección para garantizar su seguridad.

Uno de los métodos más comunes para garantizar la seguridad del paciente crítico es la utilización de restricciones físicas⁽²⁾, identificadas también como contenciones mecánicas o contenciones físicas, que constituyen un método restrictivo de la libertad de movimiento de la persona, de la movilidad física o del acceso normal su cuerpo⁽³⁾.

Las restricciones más utilizadas son las instaladas en los miembros superiores, excepto en terapia intensiva, donde las restricciones de pulso son las más utilizadas por medio de curativos y fajas de gaza⁽²⁾.

Referente a su utilización, este método debe emplearse en casos de que haya la necesidad de proteger al paciente contra lesiones, traumas, caídas, desplazamientos de dispositivos y otros. Además, sirve para prevenir la interrupción del tratamiento que el paciente está siendo sometido⁽⁴⁾. Su utilización, sin embargo, también ha sido frecuente en situaciones de agitación, aunque se recomiende que primero se identifique la causa, para poder valorar las alternativas

de tratamiento antes de la restricción⁽⁵⁾.

El empleo de las restricciones físicas es una práctica común en Brasil, aunque existe una controversia, debido al uso desenfrenado de esa técnica, sin haber una valoración, con carácter coercitivo/punitivo, así como de sus consecuencias. Tal método, en diversos países como Italia, India, Finlandia, Alemania, Suiza y Estados Unidos, presenta una tasa de prevalencia que varía entre 0,25% y 59%, y envuelve pacientes psiquiátricos en el sector de emergencia. Se constata que en Italia la prevalencia de su utilización es menor con 0,25%, y en Estados Unidos es mayor con 59%⁽⁶⁾. En países como Reino Unido y Holanda, su uso está prohibido⁽⁵⁾.

En Brasil, La resolución 427/2012 del Consejo Federal de Enfermería (COFEn) prohíbe su ejecución, si el propósito es de disciplina, punición y coerción o conveniencia de la institución o del equipo de salud⁽⁷⁾. Se destaca, que las instituciones, preferencialmente, deben establecer protocolos asistenciales con el objetivo de regularizar la utilización de la restricción física y el seguimiento del paciente retenido, siendo entonces la utilización de ese dispositivo de seguridad ligado al objetivo único de prevenir daño inmediato o eminente del paciente o de los demás⁽⁷⁾.

Durante la práctica asistencial de terapia intensiva, se observó gran cantidad de restricciones físicas aplicadas sin discutir los criterios para su uso, su retirada o su seguimiento, en detrimento de las complicaciones que esa técnica pueda causar. En Brasil, discusiones sobre la seguridad del paciente están ocurriendo, resultando en el Programa Nacional de Seguridad del Paciente, del 1º de abril de 2013⁽⁸⁾, en el que se implantó la gestión de riesgo y de Núcleos de Seguridad del Paciente en los establecimientos de salud; lo que trajo a la luz, la inquietud sobre los criterios del uso y el seguimiento de esas restricciones en la UTI, donde el paciente

ya está fragilizado por su enfermedad y por el ambiente que lo rodea.

A partir de las búsquedas referentes a las producciones de los últimos cinco años en los bancos de datos científicos nacionales e internacionales, se observa que la producción en el ámbito de la enfermería, de un modo general, suele dar mayor enfoque a las técnicas de restricción y sus cuidados, pero las cuestiones relativas a los criterios para su utilización y seguimiento han sido brevemente discutidas, enfocándose mayoritariamente el área de psiquiatría.

Tratándose del paciente crítico, poco ha sido abordado, a pesar de que ese procedimiento es de uso frecuente en las UTIs. Delante de ese contexto, se cuestiona: ¿Cuáles son los criterios del equipo de enfermería para usar las restricciones físicas en el paciente crítico? ¿Cómo se realiza su seguimiento?

El objetivo del estudio fue analizar los criterios para la utilización y el seguimiento de las restricciones físicas en los pacientes internados en la UTI.

Se pretende, con este análisis, dar visibilidad al tema, mostrando como él está siendo tratado por los profesionales de enfermería en la terapia intensiva, para proporcionar discusiones que puedan dar más seguridad a la hora de usar las restricciones físicas, evitando restricciones prolongadas, innecesarias y eventos adversos relacionados a ellas.

MÉTODO

Investigación exploratoria-descriptiva, con abordaje cualitativo, realizado en dos UTIs del estado de Bahía: una situada en Salvador y otra en Vitória da Conquista, denominadas, a partir de ese momento, como UTI A y UTI B, respectivamente. El criterio para escoger esas unidades, se planteó a partir del perfil de los

pacientes atendidos, en su mayoría críticos de alta complejidad.

La UTI A se ubica en un hospital privado de medio porte en el municipio de Salvador, posee 30 lechos: seis destinados a pacientes críticos de baja complejidad y 24 para pacientes de alta complejidad terapéutica. El perfil de la unidad es de pacientes adultos/ancianos, clínicos, que se encuentran en proceso posoperatorio de cirugías de pequeña, media y alta complejidad, incluyendo las cirugías cardíacas.

La UTI B se ubica en un hospital general, también privado, de pequeño porte, en el municipio de Vitória de la Conquista, y atiende a toda la microrregión donde está inserida. Ella dispone de siete lechos destinados al cuidado de pacientes de alta complejidad terapéutica, siendo su demanda pacientes adultos/ancianos, desde posoperatorios de cirugías electivas y/o de urgencia y emergencia, de baja, media y alta complejidad, hasta pacientes víctimas de traumas, posoperatorio de cirugías ortopédicas, cardíacas, neurológicas, pacientes portadores de enfermedades autoinmunes que necesitan de una terapéutica invasiva y compleja, de tratamiento de urgencias dialíticas, entre otros.

Los participantes de la investigación fueron los profesionales del equipo de enfermería que atendieron a los criterios: ser profesional del cuidado directo de los pacientes de las referidas unidades y estar escalados en el período de la recolección de los datos. No se aplicaron criterios de exclusión.

Para atender a los aspectos éticos, se respetó la Resolución nº 466/2012 del Consejo Nacional de Salud⁽⁹⁾, y la investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Bahía, con el parecer 684.286, el 04 de junio de 2014 y CAAE: 2613. 2113.2.0000.5531. Todos los que aceptaron participar firmaron el Término de Consentimiento Libre y Aclarado.

La recopilación de los datos ocurrió en los meses de julio y agosto de 2014, por medio de una entrevista semiestructurada, con duración media de 30 minutos, grabada y validada posteriormente junto a los participantes, cuyo instrumento contenía dos partes: 1) datos de caracterización de los participantes; 2) cinco cuestiones semiestructuradas relativas al objeto de estudio. Para preservar la identidad de los profesionales, las declaraciones fueron numeradas, los enfermeros, identificados por la letra E, los técnicos de enfermería, por la letra T, obedeciendo al orden numérico de la realización de las entrevistas.

Las entrevistas fueron realizadas por las investigadoras, de forma individual, en una sala reservada en la unidad, tras la autorización previa de la institución, del Comité de Ética en Pesquisas y de la concordancia de los colaboradores en participar. Todas las entrevistas acontecieron después del turno de trabajo de esos profesionales.

La cantidad de participantes no fue determinante en la hora de escoger las declaraciones y/o el volumen significativo de respuestas a ser utilizadas. Esta decisión de escoger los datos se relacionó con el significado de las respuestas y con su importancia en las posibilidades de atender a los objetivos del estudio. Para esta definición, las entrevistas fueron encerradas tras la identificación de la saturación del contenido temático significativo y emergente en las declaraciones. Los datos obtenidos después de la transcripción integral realizada por las autoras fueron tratados a partir de la Técnica de Análisis de Contenido Categorical⁽¹⁰⁾, contemplando las etapas de lectura fluctuante a partir del corpus de las declaraciones; de la selección de las unidades de significado orientada por la cuestión de la investigación; y finalmente, del proceso de categorización y codificación de las unidades de análisis. La discusión se realizó a partir de evidencias científicas sobre o tema.

RESULTADOS

Participaron en la investigación 85 profesionales, siendo 26 enfermeros y 59 técnicos de enfermería. Provenientes de la UTI A, participaron 21 enfermeros de un total de 27 y 39 técnicos de enfermería de un total de 46. Dos enfermeros se negaron a participar, justificando indisponibilidad de tiempo para la entrevista después de la guardia, y cuatro estaban apartados de la institución en el período de la recopilación de los datos. Entre los técnicos de enfermería, un profesional se negó a participar de la investigación y seis estaban apartados de la institución en el período de la recolección de los datos. En la UTI B, todos los profesionales escalados en el período del muestreo participaron en la investigación, siendo cinco enfermeros y 20 técnicos de enfermería.

De la lectura y del tratamiento de los relatos, emergieron tres categorías de análisis: Valoración inicial del paciente con necesidad de restricción, Conocimiento de los profesionales sobre la reglamentación de la restricción física y Seguimiento del paciente que está usando una restricción física.

Valoración inicial del paciente con necesidad de restricción

La evaluación neurológica fue la técnica más utilizada por los profesionales para verificar la necesidad de restricción física. Un total de 79 de los entrevistados dijeron verificar el nivel de consciencia, el grado de agitación o el estado de desorientación de sus pacientes durante la evaluación.

Yo observo su nivel de consciencia, estado de desorientación y agresividad para saber se va a necesitar que lo restrinjan. (T39)

* (

Donato TAA, Pires LR, Silva LCP, Moura LVC, Santos AA, Souza LF. Physical restraint in patients in Intensive Care Units: exploratory - a descriptive study. Online braz j nurs [internet] 2017 Mar [cited year month day]; 16 (1):83-93. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5562>

Evalúo el patrón neurológico y la posibilidad de pérdida de dispositivos. (E16)

Se evidenció, también, una preocupación con la seguridad del paciente y con la continuidad de la terapéutica sin recaídas. En este sentido, 30 profesionales mencionaron evaluar si el paciente tenía riesgo de exteriorización de dispositivos y 11 valoraban el riesgo de caer.

Yo evalúo la agitación, orientación, si logra entender la importancia de los dispositivos. Si está sedado, lo contemos para su protección. (E15).

Dependiendo de la lucidez y del estado emocional, él puede retirar tubos, el drenaje, etc, perjudicando a sí mismo. (T08).

Se tiene que observar si el paciente tiene riesgo de caer, exteriorización de dispositivos o si está en agitación psicomotora. (E14).

Las preocupaciones relativas a la seguridad del paciente, en lo que se refiere a las caídas, la exteriorización de dispositivos y a la agresividad, surgen no solo en relación a la seguridad del sujeto sino también a la seguridad del equipo y de otros pacientes. Entre los entrevistados, 13 profesionales mencionan la agresividad y la agitación como justificativas para contener al paciente en la UTI.

Observamos si el paciente está agresivo, agitado, si él puede intentar huir de la cama o retirar los accesos. (T09).

Se está agresivo, se tiene que observar si existe el riesgo de él causar algún daño a sí propio o al equipo. (E19).

Cuando cuestionados sobre las alternativas utilizadas antes de optar por la restricción física, 59 profesionales afirmaron dialogar con el paciente para aclararle sobre la necesidad de mantenerlo tranquilo y colaborativo con su tratamiento. El uso de medicamentos/sedativos para controlar la agitación psicomotora y para la evolución del cuadro neurológico fue mencionado por 12 entrevistados, siendo que seis mencionaron la necesidad de que el equipo multiprofesional se intercomunique para valorar el establecimiento de criterios para el uso del procedimiento en cuestión.

Observar el motivo por el cual él está agitado, conversar, intentar calmarlo, solicitarle al médico que lo valore, pedirle orientación a la enfermera para no utilizar la contención como primera opción. (T22).

Converso con él, si él no obedece, hablo con el médico para medicarlo si no obedece, hay que contenerlo, no se puede dejar que él se caiga de la cama. (T30).

Le solicito a la enfermera que evalúe al paciente. (T23).

Entre los entrevistados, cinco afirmaron que optan inmediatamente por la restricción física, sin utilizar ningún método alternativo anteriormente.

Cuando es así, yo prefiero restringir pronto para evitar problemas después para nosotros.(T17).

Tales relatos señalan que los criterios para usar la restricción física deben pasar no solo por la evaluación inicial de cada paciente, sino también por el conocimiento sobre el tema y sus instrumentos legales.

Conocimiento del profesional sobre la reglamentación de la restricción física

Referente al respaldo legal de la categoría de enfermería, de las 85 profesionales entrevistadas, 71 desconocían la resolución del COFEn 427/2012⁽⁷⁾ y a pesar de que dos señalaron saber acerca de la existencia de leyes sobre la restricción física, no tenían conocimiento sobre su contenido. De los profesionales que afirmaron conocer la resolución, diez eran técnicos de enfermería y cuatro, enfermeros.

Yo ya he oído hablar alguna cosa sobre una ley ahí, pero nunca la he leído. (T7).

Yo sé que hay una resolución que habla sobre contención mecánica, que es prescripción médica, pero no sé exactamente de lo que habla. (E13).

Nunca he oído hablar. ¿Habla sobre qué? (T2).

Se observó también, durante el estudio, la ausencia de protocolo institucional para el uso de esta terapéutica en ambas unidades.

No tenemos un protocolo para uso de las contenciones, las hacemos de acuerdo con la rutina de la unidad. (E3).

Los relatos presentados evidencian la superficialidad o la ausencia de conocimiento del equipo de enfermería, con relación a los instrumentos legales y a los protocolos concernientes a la restricción física.

Seguimiento del paciente durante la utilización de la restricción física

El seguimiento del paciente durante la utilización de la restricción física, de acuerdo

con los discursos, es realizada por el equipo de enfermería de diversas formas, sea observando las alteraciones físicas y hemodinámicas durante su uso, sea en el monitoreo neurológico, para observar si ocurren cambios en esa. Esos aspectos fueron observados en las declaraciones de los profesionales, cuando 29 participantes afirmaron realizar el seguimiento por medio de la observación continuada. Cuando son cuestionados sobre cómo sería realizada esta vigilancia, un profesional comentó:

La presencia constante en la cabecera del paciente a cada 30 a 45 minutos, preguntándole como él está en ese momento. (TE 14).

La evaluación de la integridad cutánea fue la segunda forma de seguimiento más citada por los entrevistados, y de ellos 26, mencionaron esta preocupación. El apareamiento de lesiones de piel fue abordado por los enfermeros como un punto inquietante debido al conocimiento previo de posibles atritos ejercidos en los miembros durante el empleo de la restricción y al cizallamiento causado, principalmente, en pacientes agitados.

Cuidado al retirar cuando la contención está garroteando el miembro del paciente. Para certificarme coloco mis dedos dentro de la contención, si cabe mi mano entre la contención y el miembro es porque está buena. (E5).

El monitoreo neurológico para investigar si la agitación empeoró, después del uso de la restricción física fue otra forma de seguimiento citada por 18 profesionales.

La preocupación con alteraciones hemodinámicas derivadas de la utilización de la restricción física fue evidenciada en la declaración de

siete entrevistados, que resaltaron la necesidad de garantizar la comodidad del paciente que la está usando, citando como criterio evaluativo, el grado de ansiedad del sujeto y la situación circulatoria en el miembro.

Observo su estado de comportamiento, si él está mejorando, si la contención está apretada, veo la circulación, si tiene edema, etc. (T39).

Además, de los 85 profesionales entrevistados, cuatro técnicos de enfermería no supieron informar como realizan el seguimiento del paciente que está utilizando la restricción física.

En algunos casos, es difícil monitorear. (T38).

No sé informar. (T4).

Observo por el monitor. (T10 e T15).

Por lo tanto se observa, que el seguimiento se realiza de manera individual, a partir de la experiencia y del conocimiento de cada profesional, y que menos de la mitad de los participantes siguen los criterios de seguimiento establecidos por el COFEn.

DISCUSIÓN

Algunos de los resultados encontrados y reforzados por otros estudios señalan que generalmente, los motivos para usar la restricción física están ligados a las acciones para proteger al paciente y al equipo, así como también para garantizar la continuidad del tratamiento, evitándose, principalmente, la pérdida de dispositivos^(11, 12, 13).

Un estudio realizado en Hong Kong mostró que el principal criterio para usar la restricción

física en pacientes hospitalizados fue la garantía de su seguridad, colocada como factor principal para implementar la restricción. En este sentido, una de las justificativas mencionadas fue la escasez de enfermeras para garantizar un ambiente seguro, haciendo con que los profesionales utilicen la restricción física como primera alternativa terapéutica⁽¹⁴⁾.

La seguridad del paciente es de la responsabilidad de todo el equipo, pero más para la enfermería, por estar mucho tiempo en contacto con el sujeto, y por eso acaba siendo responsabilizado por daños sufridos durante el tiempo de hospitalización. Razón por la cual, los profesionales opten, de inmediato, por restringir al paciente, considerando la restricción física como la primera medida de protección, lo que la coloca como una solución y no como un problema.

Algunas terapéuticas, muchas veces usadas para garantizarle la "seguridad" al paciente y para no exponerlo a riesgos de pérdida de dispositivos y de caídas, son controversias, ya que no hay evidencias en la literatura que señalen la restricción física como protección contra caídas o como beneficiosa para el paciente.

Un estudio internacional abarcador, de revisión sistemática sobre el tema, reveló que su utilización en pacientes hospitalizados puede estar asociado al aumento del tiempo de hospitalización; a la ocurrencia de infecciones, principalmente en restricciones prolongadas por más de cuatro días; a alteraciones derivadas de la inmovilidad, caídas, muerte⁽¹⁵⁾, disminución cognitiva, desorientación, doble incontinencia, aumento de la incidencia de úlceras por presión, de la agitación y de la dependencia para cuidar de las necesidades personales diarias⁽¹⁴⁾, además de ser causa frecuente de estrés post-traumático asociado a la internación en la UTI, sobre todo en pacientes agitados, estresados, ansiosos, temerosos y con dificultades de expresarse⁽¹⁶⁾. En situaciones de riesgo de caída, aunque la

utilización de la restricción física parezca ser una buena estrategia preventiva, ella debe ser utilizada como estrategia de prevención solamente como último recurso. Otras acciones importantes incluyen movilización precoz y esfuerzos para preservar la fuerza muscular del paciente⁽¹³⁾ y su adaptación al ambiente, estimulando la autonomía y previniendo la confusión mental y agitación.

Además, el uso de la restricción puede acarrear confusión mental como el delirium, especialmente en pacientes con edad avanzada o con disfunciones mentales, pudiendo también ser aplicada en esas situaciones, principalmente cuando está hiperactivo. Un estudio mostró que esta disfunción está fuertemente asociada al uso de la restricción física y a su duración⁽¹⁷⁾. Otra investigación que objetivó analizar el conocimiento de enfermeros de UTI sobre el delirium presenta, por medio del Discurso del Sujeto Colectivo, declaraciones relacionadas al uso de las restricciones físicas en esos pacientes como medida de seguridad, pero sin criterios de evaluación y/o monitoreo y sin el conocimiento adecuado de los profesionales de enfermería sobre las consecuencias⁽¹⁸⁾. Por lo tanto, la detección rápida del delirium y su prevención serían factores importantes para evitar la restricción.

En el ambiente de terapia intensiva, la agresividad y la agitación pueden ocurrir en muchos pacientes, por ellos estar confundidos, desorientados, en situación de hipoxia, con afecciones neurológicas, entre otros factores. En esos casos se necesita valorar la causa de ese comportamiento antes de realizar la contención, sea ella química, sea ella mecánica. Esa situación podría ser mejor conducida por medio de protocolos institucionales y de entrenamientos de equipo.

La evaluación y la manipulación de un paciente potencialmente agresivo o violento son tareas complejas que exigen de los profesionales habilidades diversas. La práctica de restricción

física en esos pacientes genera controversia, debido a su frecuente y desenfadada utilización en carácter coercitivo/punitivo⁽⁵⁾. Sobre eso, un estudio realizado en Egipto⁽²⁾ demostró que había dificultad de comunicación entre equipo, pacientes y familiares sobre el criterio motivacional para su utilización, destacando que, cuando existe el desconocimiento de los motivos que justifican tal terapéutica, ocurre el aumento de la ansiedad y del comportamiento agresivo.

Se observa entonces, la importancia de la comunicación entre paciente, profesional y familia, para poder esclarecer toda la situación que el paciente está evidenciando y los motivos que envuelven la utilización de la restricción física. Caso el paciente no colabore, los familiares, podrán ser informados de la necesidad del procedimiento y solicitados para contribuir en la minimización de la ansiedad y de la agresividad que pueda ocurrir por el uso de la restricción.

La restricción física debe ser el último recurso utilizado, o sea, solamente en caso, donde las alternativas menos restrictivas usadas anteriormente no hayan tenido éxitos. Además, su uso debe ser justificado por criterios fundamentados y estructurados⁽¹⁹⁾. Entonces así siendo necesaria la restricción física, ella debe ser realizada por el equipo entrenado para el seguimiento efectivo.

Tras su aplicación, el seguimiento constante es una acción imprescindible debido a la gran ocurrencia de eventos adversos. Delante de esto, se justifica la preocupación de los entrevistados con la vigilancia relacionada a la integridad cutánea de estos pacientes, ya que las restricciones físicas son responsables por la ocurrencia de diversas lesiones de piel, como rubor, escoriaciones y edema local. Para disminuir ese riesgo, muchas unidades, incluso las unidades locus, han utilizados restricciones hechas con tejidos que agredan menos a la piel, substituyendo las ataduras. Esta es una preocupación importante, porque muchos de esos pacientes restringidos

son ancianos, que están debilitados, y por eso, tienen mayor propensión a tener daños relacionados a la piel.

La Resolución del COFEn⁽⁷⁾ señala la necesidad de evaluar la contención de hora en hora, observando se todavía existe motivo para mantenerla y vigilar al paciente en relación al estado de orientación, hemodinámica, condiciones de la piel, perfusión periférica, alteraciones de movilidad, higiene entre otras posibles alteraciones. Este seguimiento debe ser mayor en pacientes sedados o soñolientos, ancianos, niños, adolescentes o pacientes con problemas clínicos.

Por otro lado, el estudio en cuestión señala la falta de conocimiento de los profesionales acerca de las bases legales para ese procedimiento. Entonces, aunque ellas justifiquen el uso de las restricciones en decisiones paralelas, la falta de conocimiento puede exponer al equipo a riesgo de impericia, impudencia y negligencia, incluso puede causar lesiones en el paciente y posibles penalidades para los profesionales de enfermería envueltos, que van desde la advertencia verbal hasta casación^(7,11).

Además de eso, la misma Resolución señala que si se decide implantar la terapéutica restrictiva, excepto en situaciones de urgencia/emergencia, debe realizarse bajo la supervisión directa del enfermero. A restricción debe ser prescrita por el médico y guiada por los protocolos establecidos por las instituciones y esto no fue observado en las unidades locus⁽²⁰⁾. Se orienta que la contención solo se aplique con la evaluación rigurosa y global del paciente, basada en el juzgamiento clínico, y que jamás ocurra como punición o intimidación⁽²⁰⁾. Por lo tanto, la evaluación y el seguimiento de los casos tienden a disminuir la necesidad de contención y el tiempo que se utiliza, reduciendo, consecuentemente, las iatrogenias de aquellos que están restringidos.

Esa información refuerza la necesidad de que el equipo de enfermería esté entrenado y

esclarecido, para poder modificar la cultura de restricción mecánica para una de no restricción, con el objetivo de rever indicaciones y de mejorar el ambiente y el cuidado en la terapia intensiva, de forma que el tratamiento sea más acogedor, para así ofrecerle más tranquilidad al paciente. Estudios muestran que la educación permanente del equipo puede reducir el uso de las restricciones^(14,17). Sobre eso, una investigación de intervención con un programa de reducción de las restricciones físicas, por medio de la educación de los profesionales y de la creación de un comité para reducir la restricción, mostró la importancia de esas herramientas en el control de este procedimiento⁽¹⁴⁾.

Además, es importante que se creen protocolos institucionales y se perfeccionen los equipos multidisciplinarios para mejorar la atención de los pacientes en terapia intensiva, y para conocer mejor y aclarar las bases legales que envuelven a esa temática.

El estudio naturalmente, presenta limitaciones: indisponibilidad de algunos profesionales de las unidades para participar, lo que redujo la muestra evaluada, contenido de las conclusiones y de las presuposiciones pautadas en los discursos humanos susceptibles a reformulaciones previas antes de exponerlas al interlocutor, y sin la posibilidad de evaluar el nivel de consonancia con la práctica de los mismos, debido a que no se realizó la observación en campo. Sin embargo, dichas limitaciones no influenciaron en la calidad de los datos obtenidos, en la coherencia de los hallazgos con las producciones publicadas sobre el asunto ni en la percepción de la forma como los profesionales de enfermería utilizan las restricciones en los pacientes críticos.

Además, el estudio señala que las restricciones físicas están siendo negligenciadas dentro de las UTIs y también señala el importante papel que el enfermero intensivista tiene en el acompañamiento de esos pacientes y en la decisión

sobre la necesidad o no del procedimiento, pero careciendo de información y entrenamiento.

CONCLUSIÓN

El estudio reveló que las restricciones físicas en la UTI están siendo realizadas sin homogeneidad, en lo que se refiere a los criterios para instalarlas y seguirlas durante su utilización; esta realidad puede estar relacionada a la ausencia de protocolos institucionales, de entrenamientos de equipo y del conocimiento de los profesionales sobre los instrumentos legales relacionados a la temática.

Sobre los criterios para su utilización, el miedo de perder los dispositivos, acompañado del riesgo de caída, fueron los factores preponderantes en los discursos, después de fallar en otras intervenciones, seguido del factor “agitación psicomotora”.

Respecto al seguimiento de los pacientes restringidos, los profesionales refirieron que la “evaluación neurológica” es la técnica más utilizada para observar las alteraciones durante la utilización de la restricción y para observar la necesidad de mantener o suspenderla. Además de eso, declaran también observar el estado de la piel y la hemodinámica. No obstante, en ambas categorías profesionales, no había bases definidas para que cada profesional realizase la evaluación, siendo que ocurría con actitudes aisladas y basadas en concepciones personales e empíricas.

Se recomienda por lo tanto, que se creen modelos de protocolos institucionales y de entrenamientos del equipo multiprofesional para, así, proporcionar abordajes de esa técnica con seguridad y calidad. También se recomienda la vigilancia constante del ambiente y de los recursos humanos en la terapia intensiva, para volverlo acogedor y humanizado.

Finalmente, se cree que esta investigación pueda contribuir por parte de los equipos de salud, con reflexiones, sobre la necesidad del paciente estar restringido a la cama y sus consecuencias.

CITAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 2.338 de 3 de outubro de 2011, Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. [Internet]. 2011 [cited 2015 Apr 9]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html
2. Kandeel NA, Attia ALK. Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. *Nurs Heal Sci*. 2013 Mar;15(1):79–85.
3. Amatriain AIPC, Olmedo AN, Viguria RG, Martinez ER, Coscojuela MAM, Assian Erro MC. Restricciones físicas en UCI: su utilización y percepción de pacientes y familiares. *Enferm Intensiva*. 2012 Apr ;23(2):77–86.
4. Coutinho MHB, Santos SRG. Manual de procedimentos de enfermagem. 1st ed. Brasília: Secretaria de Saúde; 2012.
5. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Managing agitated or aggressive patients. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010 Out ;32(Supl II):96–103.
6. Mussel E, Ribeiro VF, Leite LF, org. *Contenção Física dos Pacientes em Quadro de Agitação Psicomotora*. Diretrizes Clínicas - Procedimento Operacional Padrão - Protocolo Clínico. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. 2012 Jan.
7. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Normatização dos procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Resolução no 427/2012 [Internet]. 2012 [cited 2015 Apr 14]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria no. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. *Diário Oficial da União* 1 abr 2013. [cited 2014 Apr 2]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

9. Ministério da Saúde (BR). Resolução número 466 de 12 de dezembro de 2012, trata de pesquisa e testes com seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União 12 de dezembro de 2012. [cited 2015 Apr 14]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Parecer técnico - Contenção mecânica no032/2009 [Internet]. 2009 [cited 2015 Apr 14]. Available from: <http://www.coren-df.gov.br/portal/index.php/pareceres/80-pareceres-cofen/688-parecer-de-relatora-no-0322009>
12. Filippi J, Flores A, Bettinelli LA, Pomatti DM. A equipe multiprofissional frente ao uso da contenção mecânica. Rev. Contexto & Saúde. 2011 Jan/Jun ;20(10):573–8.
13. Watcher R. Compreendendo a segurança do paciente. São Paulo: Artmed; 2013.
14. Lai CKY, Chow SKY, Suen LKP, Wong IWC. The Effect of a Restraint Reduction Program on Physical Restraint Rates in Rehabilitation Settings in Hong Kong. Rehabil Res Pr. 2011, ID 284604; 2011: 9.
15. Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. J Adv Nurs. 2003;41(3): 274–82.
16. Heather WH, Howland L. Posttraumatic Stress Syndrome Associated With Stays in the Intensive Care Unit: Importance of Nurses' Involvement. Crit Care Nurse. 2015 jun ;35(3): 44–54.
17. Andrews L, Silva SG, Kaplan S, Zimbardo K. Delirium monitoring and patient outcomes in a general intensive care unit. Am J Crit Care. 2015;24(1):48–56.
18. Ribeiro SCL, Nascimento ERP, Lazzari DD, Jung W, Boes AA, Bertinello KC. Knowledge of nurses about delirium in critical patients: collective subject discourse. Text Context Nurs. 2015;24(2):513–20.
19. Filippi J, Flores A, Bettinelli LA, Pomatti DM. A equipe multiprofissional frente ao uso da contenção mecânica. Rev Context e Saúde. 2011;10(20):573–8.
20. Braga IP, Souza de JC, Leite MB, Fonseca B, Silva EM, Volpe FM. Physical restraint in a Brazilian psychiatric hospital: cross-sectional study of practice and risk factors. J bras Psiquiatr. 2016;65(1):53–9.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 01/05/2016
Revisado: 22/02/2017
Aprobado: 22/02/2017