

EDITORIAL

Creando un ambiente de empoderamiento en las unidades de cuidados intensivos: de la contención a la movilización



Creating an environment of empowerment in the intensive care units: From containment to mobilisation

En los últimos años asistimos a diversos movimientos que abogan por mantener a los pacientes críticos despiertos, facilitando su cooperación y movilización precoz como estrategia para minimizar el síndrome post-unidad de cuidados intensivos (UCI)¹. En esta línea, muchas de las publicaciones, proyectos de investigación y temáticas de congresos actuales se centran en el debate sobre políticas acordes con la atención centrada en el paciente, la movilización precoz, la humanización de la UCI y la prevención y manejo del delirio. Aunque estos movimientos conceptuales se presentan de manera independiente, basta con echar un vistazo superficial sobre cada uno de ellos para ver que todos tienen un punto en común: la preocupación creciente por saber cuáles son las consecuencias del paso de nuestros pacientes por la UCI.

Desde del inicio de las UCI a mediados del siglo pasado hasta el momento actual, las tasas de supervivencia han aumentado espectacularmente (posiblemente gracias al avance tecnológico y al robusto cuerpo de conocimientos creado). Ahora, es el momento de preguntarnos cómo es la vida de nuestros pacientes después de su ingreso en nuestras UCI, cuál es la interpretación que ellos hacen de esta experiencia y cuáles son las consecuencias a medio y largo plazo de esta experiencia.

En relación a esto último, como estrategia para minimizar las secuelas post-UCI se aboga por asegurar pacientes cooperativos que participen en su proceso de cuidado y recuperación. Este movimiento atraviesa fronteras y adquiere un carácter universal, escuchándose voces en diferentes lenguas solicitando un cambio de paradigma. Desde el modelo eCASH de Vincent et al.² hasta el *bundle* ABCDEF³ propuesto por Barnes-Daly et al., todos hablan del paciente cooperativo y en calma capaz de interactuar con el entorno, de

moverse y de tomar decisiones haciéndose partícipe de sus cuidados.

Si encajamos esta visión en el contexto del horizonte hacia dónde se dirigen los modelos sanitarios de manera global, podemos hacer una identificación clara de esta tendencia hacia la atención de la práctica sanitaria centrada en la persona. Aunque desde hace tiempo atrás son muchos los profesionales que de manera individual o en pequeños grupos trabajan de este modo, es ahora cuando institucionalmente existe una apuesta formal que respalda esta forma de hacer en un claro compromiso con el empoderamiento del paciente y su familia. Esta apuesta por el empoderamiento del paciente viene siendo desarrollada con mucha fuerza en ámbitos como el de la cronicidad, es reconocida por la OMS como estrategia para mantener la eficiencia y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y se recoge como línea prioritaria de investigación en el programa Horizon 2020 de la Comisión Europea^{4,5}.

Aunque aún son pocos los autores que han trabajado el empoderamiento en el ámbito de los pacientes críticos, si profundizamos en este concepto, podemos inferir que el hecho de despertar a nuestros pacientes para facilitar su interacción y participación, constituye el primer paso para su empoderamiento⁶. Este salto conceptual entre un paciente «dormido» (pasivo e inmovilizado) y un paciente «despierto» (movilizado o moviéndose de manera precoz y activa), encaja con la transición que las sociedades actuales estamos viviendo: un cambio desde el paternalismo hacia la autodeterminación de las personas. Obviamente, esta transición se plantea como compleja, siéndolo aún más en nuestras unidades donde es a veces difícil entender al paciente como «capaz» debido a sus enfermedades de base o los efectos de los tratamientos que hasta ahora hemos venido implementando.

Recientemente, la Dirección General de Coordinación de Asistencia al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, ha publicado unas directrices aplicables al ámbito sanitario (aspecto innovador ya que hasta ahora este tipo de directrices se centraban en el ámbito socio-sanitario) en las que define la *Sujeción física* como «cualquier acción o procedimiento que evita la libertad de movimiento de una persona a la posición que elija y el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método aplicado sobre ella, o adyacente a ella, del que no pueda liberarse con facilidad» y *Sujeción química* como «aplicación de forma deliberada e intencional de un medicamento para controlar un problema de base no psiquiátrica, no médica, para lo que existe un mejor tratamiento y que acaba limitando o restringiendo los movimientos o actividad física y las actividades de la vida diaria del paciente, así como su funcionamiento mental»⁷. Es decir, sujeción física y química comparten un elemento clave en común, la restricción de los movimientos.

Encontramos conceptos muy similares al buscar entre los términos MeSH. Así *Restraint, Physical* es definido como el uso de un dispositivo con el objetivo de controlar el movimiento de una parte o de todo el cuerpo. Por su parte, *Immobilization* se define como la restricción del movimiento de una parte o de todo el cuerpo física (*restraint, physical*) o químicamente con analgesia o el uso de agentes tranquilizantes o neuromusculares no despolarizantes⁸. Nuevamente, la idea de falta de movimiento o inmovilización aparece como elemento central de las definiciones, cuestión contrapuesta a los conceptos de empoderamiento y movimiento ya citados.

Desde hace un tiempo, tímidos movimientos en nuestro país cuestionan el uso de las contenciones mecánicas (CM) en los pacientes críticos, planteando como alternativa la contención química (CQ). Esto es, disminuir el uso de contenciones físicas a favor del uso de fármacos que repriman o sujeten el movimiento o impulso de un cuerpo. Aunque CM y CQ pueden resultar aparentemente diferentes por la intensidad y manera de aplicar la contención, realmente comparten la misma base, «contener». En este sentido, no debemos entender que la alternativa a la CM es la CQ, ya que, en sí misma, es una manera de contención. Estableciendo la dicotomía CM vs. CQ corremos el riesgo de eliminar las CM a expensas de aumentar las CQ y, en consecuencia, perpetuar la inmovilización en contra de las tendencias actuales que promueven la movilización precoz, o dicho de otra manera, la dicotomía CM vs. CQ nos hace vulnerables a incurrir en la sobre-sedación.

Al trasladar estas reflexiones a la práctica clínica y observar nuestro entorno podemos apreciar que, en muchas ocasiones, el uso que hacemos del arsenal de fármacos disponibles para promover la comodidad (analgésicos, sedantes, antipsicóticos, hipnóticos, ...) tiene como intención la CQ. Si bien es cierto que establecer los límites de la intencionalidad en el uso de fármacos puede no resultar sencillo, en la práctica clínica los profesionales de la UCI se enfrentan a situaciones similares en las que el límite de la intencionalidad determina la buena praxis, como es el caso del uso racional de la antibioterapia.

Reconociendo la complejidad del fenómeno y el reto que la movilización plantea en la práctica clínica, surgen las siguientes cuestiones: ¿cómo podemos evitar el uso

de las CM sin incurrir en las CQ?, ¿cuál es el papel de la enfermera y enfermero en este proceso de movilización/interacción/participación de los pacientes? Asumiendo que las respuestas a estas preguntas no parecen sencillas, puede que el camino pase por la valoración individualizada y dinámica de las necesidades de cada paciente y de un trabajo multidisciplinar que permita el establecimiento conjunto de criterios de resultado. De este modo, los enfermeros apoyados en la valoración sistemática a través de herramientas validadas, podrían adaptar la dosificación de los fármacos analgo-sedantes aprovechando su posición privilegiada a pie de cama (protocolos de analgo-sedación guiados por enfermeros)⁹.

Para evitar la contención (mecánica o química) y así promover la movilización/participación del paciente crítico en pos de su recuperación se propone que los objetivos diarios de cada paciente vayan en las siguientes líneas¹⁰:

- Por una parte, los pacientes deben de estar libres de dolor. Es decir, en todo paciente (sometido a ventilación mecánica o no), el objetivo ha de ser conseguir valores de Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID) o Escala Verbal Numérica (EVN)/Escala Visual Analógica (EVA) menores de 4 puntos. Conviene introducir en este punto conceptos como el de analgesia preventiva ante procedimientos descritos como nociceptivos (pudiendo ser administrada de manera segura como demuestran Robleda et al.¹¹). Un paciente libre de dolor de manera mantenida constituye el punto de partida para empezar a trabajar con pacientes despiertos y participativos en los que no sea necesario plantearnos el uso de CQ ni CM.
- Por otra, los pacientes no deben ser sometidos a CQ, es decir, no deben de recibir sobre-sedación. En este sentido, el equipo médico deberá determinar, en función de la clínica y pronóstico del paciente, cuál debe de ser el objetivo de sedación (sedación consciente o superficial vs. sedación profunda). Trabajar con estos conceptos de sedación obliga a los enfermeros a manejar de manera exquisita las escalas de sedación. De modo que si tomamos como referente la escala Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), diremos que los pacientes con sedación consciente deberán tener valores de entre (0) y (-2), mostrando los pacientes con sedación profunda valores de (-4) a (-5). Estos últimos, además completarán su monitorización con sistemas objetivos como el Bispectral Index® (BIS®) buscando como objetivo alcanzar valores de BIS de entre 40 y 60 sin la presencia de Tasas de Supresión (TS) que, en todo caso, deberían interpretarse como signo de sobre-sedación. Así, entenderemos que, todo paciente cuyo objetivo de sedación sea la sedación superficial y cuyos valores de RASS medidos sean inferiores a (-2) será un paciente sobre-sedado o contenido farmacológicamente. De igual modo, todo paciente con indicación de sedación profunda con valores de BIS inferiores a 40 y/o TS será un paciente sobre-sedado o con CQ. Por otro lado, el uso de bloqueantes neuromusculares para el control del comportamiento del paciente (asociado o no a analgo-sedación) será considerado un paciente contenido farmacológicamente.
- Y, finalmente, no se deben aplicar CM a los pacientes, quedando su utilización relegada a los casos graves y con inminente riesgo para la integridad del paciente o la de

terceros. La reevaluación de la necesidad de su uso será periódica y cuidadosamente valorada de manera multidisciplinar (sopesándose las ventajas y desventajas reales tanto del uso como no uso de la CM). El uso de CM siempre vendrá regulado por la Ley de Autonomía del Paciente, siendo necesaria la limitación temporal de su aplicación y usando el método menos restrictivo que logre el objetivo propuesto^{7,12}.

Si miramos detenidamente a los pacientes de nuestras unidades puede que nos encontremos a muchos pacientes bajo los efectos de la CM, CQ o ambas, yendo en contra de planteamientos teóricos como el eCASH o el ABCDEF *bundle* y haciendo casi imposible la participación activa del paciente crítico. El paciente «no contenido» constituye el elemento de partida para poder empezar a trabajar cuestiones más precisas como las fases avanzadas de la movilización precoz (uso del cicloergómetro, sedestación en cama o silla, etc.) que en los últimos años se van perfilando como intervenciones eficaces para prevenir las secuelas a corto y largo plazo de una estancia en la UCI. La literatura habla incluso del planteamiento experimental de modelos de sedación guiada por el paciente (en analogía con la analgesia guiada por el paciente) en los que es el propio paciente, en función de sus necesidades, el que ajusta el ritmo de infusión de sedantes y/o se auto-administra *bolus* de sedantes. Aunque en fases muy precoces de investigación, esta propuesta empieza a perfilarse como una práctica segura y factible para grupos seleccionados de pacientes¹³.

En cualquier caso, todas estas intervenciones descritas tienen en común a un paciente despierto, cooperativo e involucrado en la toma de decisiones para con su proceso de recuperación, cuestión que podría aproximarse al paciente crítico empoderado. Parece entonces que el futuro se empieza a dibujar desde una conceptualización de paciente muy diferente al que vimos en las UCI del siglo XX: queremos pacientes despiertos, en los que los fármacos se usen solo en el límite preciso para el control de los síntomas, consiguiendo así que sean capaces de participar indicándonos cuál es el modo de ventilación en el que se encuentra más confortable, usando el cicloergómetro o guiando sus necesidades de sedación (entre otras tomas de decisiones).

Abramos los ojos hacia un cambio de paradigma en el cuidado del paciente crítico, en el que todos los desarrollos tecnológicos de los últimos años hagan posible un paciente que actúe como el actor principal en su recuperación. Creamos en un paciente empoderado para el que la familia y los profesionales se conformen como facilitadores que, «escuchando su voz», sean capaces de proveerle de los más apropiados recursos para hacer un uso conjunto y consensuado de los mismos.

Si este cambio de paradigma pasa por despertar y movilizar a los pacientes, el reto en nuestras UCI está servido.

Bibliografía

1. Delgado-Hito P, Romero-García M, Heras la Calle G. El síndrome post-UCI. En: Heras la Calle G, editor. *Humanizando los cuidados intensivos. Presente y futuro centrado en las personas*. Colombia: Distribuna; 2017. p. 217–48.
2. Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, Pandharipande PP, Ball JA, Spronk P, et al. *Comfort and patient-centred care without excessive sedation: The eCASH concept*. *Intensive Care Med*. 2016;42:962–71.
3. Barnes-Daly MA, Phillips G, Ely EW. *Improving hospital survival and reducing brain dysfunction at seven California community hospitals: Implementing PAD guidelines via the ABCDEF bundle in 6,064 patients*. *Crit Care Med*. 2017;45:171–8.
4. March Cerdá JC. *Pacientes empoderados para una mayor confianza en el sistema sanitario*. *Rev Calid Asist*. 2015;30:1–3.
5. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing [Internet]. European Union: European Commission [consultado 25 Jul 2017]. Disponible en: https://ec.europa.eu/eip/ageing/funding/horizon-2020/pcp-ehealth-innovation-empowering-patient-sc1-pm-12-2016_en.
6. Wåhlin I. *Empowerment in critical care. A concept analysis*. *Scand J Caring Sci*. 2017;31:164–74.
7. Resolución del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud. Resolución 106/17. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2017.
8. PubMed.gov [Internet]. Rockville Pike: US National Library of Medicine National Institutes of Health [consultado 25 Jul 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.
9. Frade-Mera MJ, Regueiro-Díaz N, Díaz-Castellano L, Torres-Valverde L, Alonso-Pérez L, Landívar-Redondo MM, et al. *Un primer paso hacia una analgosedación más segura: evaluación sistemática de objetivos y grado de analgesia y sedación en el paciente crítico con ventilación mecánica*. *Enferm Intensiva*. 2016;27:155–67.
10. Hernández-Tejedor A, Peñuelas O, Sirgo Rodríguez G, Llompart-Pou JA, Palencia Herrejón E, Estella A, et al. *Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)*. *Med Intensiva*. 2017;41:285–305.
11. Robleda G, Roche-Campo F, Sendra MÀ, Navarro M, Castillo A, Rodríguez-Arias A, et al. *Fentanyl as pre-emptive treatment of pain associated with turning mechanically ventilated patients: A randomized controlled feasibility study*. *Intensive Care Med*. 2016;42:183–91.
12. López López MT, de Montalvo Jääskeläinen F, Alonso Bedate C, Bellver Capella V, Cadena Serrano F, de los Reyes López M, et al. *Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario* [Internet]. Madrid: Comité de Bioética de España; 2016 [consultado 25 Jul 2017]. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>.
13. Chlan LL. *Engaging critically ill patients in symptom management: Thinking outside the box!* *Am J Crit Care*. 2016;25:293–300.

M. Acevedo-Nuevo (MsC, PhD, candidate)^{a,b,*} y M.T. González-Gil (MsC, PhD)^{b,c}

RNRN

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

^b Sección departamental de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^c Miembro del Grupo de Trabajo de delirio y contenciones mecánicas-GTDC-SEEIUC

* Autor para correspondencia.

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