



ORIGINAL

Restricciones físicas en UCI: su utilización y percepción de pacientes y familiares[☆]

A.I. Pérez de Ciriza Amatriain^{a,*}, A. Nicolás Olmedo^a, R. Goñi Viguria^a,
E. Regaira Martínez^a, M.A. Margall Coscojuela^b y M.C. Asiain Erro^a

^a Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

^b Máster en Ciencias de Enfermería por la Universidad de Montreal, Unidad de Cuidados Intensivos, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

Recibido el 29 de julio de 2011; aceptado el 16 de diciembre de 2011

Disponible en Internet el 16 de marzo de 2012

PALABRAS CLAVE

Restricciones físicas;
Percepción de los
pacientes;
Percepción de los
familiares;
Unidad de Cuidados
Intensivos

Resumen

Introducción: La utilización de restricciones físicas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es habitual, aunque se conoce poco sobre la percepción que tienen los pacientes y familiares.

Objetivos: 1) Analizar la prevalencia y el uso de las restricciones físicas en una UCI polivalente. 2) Conocer la percepción de los pacientes que han estado con un sistema de restricción física y 3) Conocer la percepción de los familiares de los pacientes que han estado con restricción física.

Método: Investigación descriptiva, que ha utilizado métodos cuantitativo y cualitativo, realizada en una UCI polivalente. Para responder al primer objetivo se analizaron todos los pacientes, 101, que durante el periodo de estudio estuvieron con restricción física. Para el segundo y tercer objetivos, se entrevistaron 30 pacientes y 30 familiares utilizando la guía de Strumpf&Evans, modificada por Hardin (1993). Las entrevistas fueron grabadas y transcritas íntegramente, realizándose un análisis de contenido del lenguaje utilizando el método de Hsieh&Shannon.

Resultados: La única restricción utilizada fue la muñequera, prevalencia 43,47%. El 72% de los pacientes la llevó ≤ 12 h y el 28% > 12 h. Del análisis de las entrevistas de los pacientes emergen cuatro temas: aceptación de la restricción física condicionada por las creencias y la información recibida; sentimientos y sensaciones generadas por la restricción física; alternativas propuestas; repercusión en el futuro. Y de las de los familiares, tres: impresiones producidas por las restricciones; motivos de aceptación o rechazo; alternativas a las restricciones.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes estuvieron con restricción física durante un breve periodo de tiempo, utilizándose un único sistema. Los pacientes con restricción física y sus familiares manifestaron diversidad de sentimientos y sensaciones, sin repercusión negativa en el futuro. En general expresaron su acuerdo, si bien una información más precisa mejoraría su aceptación.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

[☆] Segundo Premio CAREFUSION IBERIA-SEEIUC a la mejor comunicación presentada al XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. Bilbao 12-15 de junio de 2011.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anabelp@unav.es (A.I. Pérez de Ciriza Amatriain).

KEYWORDS

Physical restraints;
Patient perceptions;
Perceptions of
patients' relatives;
Intensive Care Units

Physical restraint use in critical care units. Perceptions of patients and their families**Abstract**

Introduction: The use of physical restraints in Intensive Care Units (ICU) is common although little is known about patients' and relatives' perceptions of this use.

Objectives: 1) To analyze the prevalence and use of physical restraints in a general adult ICU; 2) to know the perceptions of patients who experienced use of physical restraints and; 3) to know the perceptions of relatives of patients who used physical restraints.

Methods: This descriptive study, which used both quantitative and qualitative methods, was carried out in an adult ICU. For the first objective, all the patients (101) who had used any kind of physical restraint were analysed. For the second and third objectives, 30 patients and 30 relatives were interviewed using the guidelines of Strumpf & Evans as modified by Hardin (1993). All interviews were recorded, fully transcribed and then submitted to a language content analysis using the method of Hsieh & Shannon.

Results: The only physical restraint used was the wrist restraint with a prevalence of 43.47%. Seventy-two percent of patients wore the restraint ≤ 12 h and 28% > 12 h. Analysis of the patient interviews revealed 4 main themes: acceptance of the restraint conditioned by beliefs and information provided; feelings and sensations caused by the use of the restraint; alternatives proposed and future repercussions. Three themes emerged from the interviews with relatives: impressions caused by the use of the restrictions; reasons for accepting or rejecting them; alternatives to the use of restraints.

Conclusions: Most patients used physical restraints for a short period of time and only the wrist restraint was used. Patients using physical restraints and their relatives expressed a wide range of feelings and sensations, with no negative future repercussions. In general, they agreed with the use of restraints although more precise information would lead to greater acceptance.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SEEIUC. All rights reserved.

Introducción

La inmovilización de los pacientes mediante sistemas de restricción física es un tema controvertido, algunos autores apuntan que su utilización no tiene una base científica y que sus beneficios no están probados^{1,2}. Además, diversos estudios describen daños en el paciente, tanto psicológicos como físicos, llegando incluso a causar la muerte³⁻⁶. Del mismo modo, la utilización de estos sistemas tiene implicaciones éticas y legales, ya que se puede llegar a atentar contra la libertad, dignidad y autonomía del paciente^{5,7,8}. Según la definición aportada por la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), se considera que se está aplicando una restricción física, cuando se emplea «cualquier método que restringe la libertad de movimiento de la persona, actividad física o el acceso normal a su cuerpo» (citado por Martin, 2002)². Los sistemas mecánicos de restricción física descritos en la bibliografía son diversos: chaleco, barandillas de la cama, sujeción de muñeca y tobillo, ropa de cama y restricciones de cintura^{9,10}. En las últimas décadas, por los motivos anteriormente mencionados se están instaurando diferentes programas para reducir su utilización, sobre todo, en ámbitos geriátricos y psiquiátricos. Estos programas se basan fundamentalmente en la formación de los profesionales para que, además de que estos conozcan otras posibles alternativas, sepan las implicaciones que puede tener esta práctica, valoren en cada paciente los riesgos y beneficios de su utilización, realicen una valoración periódica de la adecuada colocación de las sujeciones, y evalúen cada hora si sigue vigente la indicación de mantener las restricciones¹¹⁻¹⁵.

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) también es habitual la utilización de restricciones físicas. Generalmente, su indicación es para reducir el riesgo de lo que se denomina «interferencia con el tratamiento», como es el caso del paciente intubado, con el fin de evitar que se produzca una extubación accidental, y para proteger a los pacientes agitados de una autolesión o de lesión a terceros^{10,16,17}. Por otra parte, se observa que el uso de restricciones físicas en UCI varía ampliamente de unos países a otros e incluso dentro de un mismo país de unas unidades a otras^{1,7,9,17}. En EE. UU. se ha encontrado un rango de utilización de restricciones físicas entre el 13 y el 50%¹⁸. En un reciente estudio europeo *The project Physical Restraint in Intensive Care in Europe* (PRICE) para conocer la prevalencia puntual del uso de las restricciones, se realizó una encuesta en 34 UCI polivalentes de 9 países, excluyéndose las UCI neuroquirúrgicas y pediátricas, y también se obtuvo una gran variación entre los diferentes países: en Italia la utilización fue del 100%, en España, Suiza y Francia alrededor del 45%, en Finlandia, Grecia e Israel menos del 30% y del 0% en Portugal y el Reino Unido¹⁹. En países en los que culturalmente el uso de las restricciones físicas está menos aceptado, como en el caso del Reino Unido y Noruega, sin embargo, está descrito que se emplean dosis elevadas de sedación^{7,18}, lo que constituye una restricción química, ya que así es considerada una medicación cuando se usa con el objetivo específico de restringir los movimientos del paciente y no es un tratamiento estándar de su proceso médico o psiquiátrico².

Por otra parte es muy importante conocer la percepción de los pacientes que han estado con restricciones físicas

así como la de sus familiares. Con este objetivo se han llevado a cabo diferentes estudios en el ámbito geriátrico²⁰⁻²⁷. Sin embargo, en la bibliografía revisada de UCI, solo se ha encontrado una investigación que tenía como objetivo describir la experiencia de los pacientes que habían estado con una restricción física, en una muestra compuesta por pacientes mayores de 59 años. Entre los resultados más destacados, están los datos aportados por 6 pacientes, quienes muestran que no sintieron disconfort por las sujeciones y que lo aceptaron como una necesidad al comprender que no había otras alternativas²⁸. Asimismo, otras investigaciones cuyo objetivo era conocer la experiencia de los pacientes que habían estado con ventilación mecánica, aportan algunos recuerdos que tenían los pacientes sobre las restricciones, en los que se refleja que para algunos habían sido molestas y que otros pensaban que se las habían colocado porque eran mayores²⁹⁻³².

En nuestra unidad también se utilizan las restricciones físicas, generalmente como una inmovilización parcial en pacientes intubados, sin embargo, no tenemos datos acerca de la prevalencia de su uso, ni de la percepción que tienen los pacientes o sus familiares de los sistemas de sujeción. Por este motivo se ha planteado el presente estudio con los siguientes objetivos: 1) Analizar la prevalencia y prácticas de utilización de las restricciones físicas en una UCI polivalente. 2) Conocer la percepción de los pacientes que han estado con un sistema de restricción física. 3) Conocer la percepción de los familiares de los pacientes que han estado con restricción física.

Método

Diseño y muestra

En esta investigación descriptiva se ha utilizado un método mixto cuantitativo y cualitativo (análisis de contenido), y ha sido realizada en una UCI polivalente de 12 camas de un hospital universitario. Durante el periodo de investigación, dos meses y medio, y para responder al primer objetivo se analizaron todos los pacientes, 101, que estuvieron con restricción física. En este tiempo se obtuvo la muestra suficiente de pacientes y familiares que, mediante una metodología cualitativa, permitió responder al segundo y tercer objetivo. Los criterios de selección de los pacientes fueron: que recordaran haber estado con restricciones físicas, así como que comprendieran y hablaran correctamente español; y como criterios de exclusión, que tuvieran una alteración del nivel de conciencia, del habla o una alteración psiquiátrica. Por otra parte, los criterios de inclusión que se siguieron para los familiares fueron: haber visto a su ser querido con restricciones y comprender y hablar correctamente español. En la selección de la muestra se cumplió el criterio, que se recomienda en todo análisis cualitativo, que los pacientes y familiares fueran capaces de testimoniar su experiencia aportando datos válidos y completos para el interés de los investigadores (Sandelowski, 2000)³³. En este estudio, después de entrevistar a 30 pacientes y a 30 familiares ya no se obtenía nueva información, por lo que se consideró que se había alcanzado en ambos casos, «la saturación de datos».

Datos registrados

En los 101 pacientes que estuvieron con restricciones se recogieron: edad, sexo, diagnóstico, indicación de colocación de la restricción, tipo de restricción utilizada (las barandillas de la cama no se consideraron como restricción física, al ser un cuidado establecido en el protocolo de caídas del hospital), duración de la restricción y turno en el que el paciente las llevaba puestas, escala de Ramsay para conocer la profundidad de sedación de los pacientes o la de Glasgow en los pacientes con alteración del nivel de conciencia, si se había producido una autorretirada de vías invasivas y motivo de la retirada de la restricción. Los datos registrados de los 101 familiares fueron el sexo y su relación familiar.

La recogida de los datos cualitativos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas. Para los pacientes se utilizó la guía de entrevista de Strumpf y Evans²⁰ *Subjective Experience of Being Restrained*, 1988 (SEBR), modificada por Hardin²³, y para los familiares, unas preguntas paralelas al SEBR elaboradas por Hardin²³, en 1993. La entrevista de los pacientes incluye 11 preguntas abiertas y la de los familiares 7. (Ver Anexo 1). La guía para la entrevista fue traducida del inglés al español siguiendo el método de la retraducción o traducción inversa.

Procedimiento de recogida de datos

Diariamente, un miembro del equipo investigador recogía de la historia clínica informatizada los datos de todos los pacientes que durante ese día habían estado con restricciones. A los que reunían los criterios de inclusión, cuando ya no tenían la restricción física y estaban perfectamente conscientes y colaboradores, se les invitaba a participar en el estudio, se les explicaba el objetivo del mismo y se les informaba que la recogida de datos sería a través de una entrevista grabada. Si aceptaban participar, y con el fin de que no olvidaran esta experiencia o la confundieran con otras experiencias vividas en la unidad o con las posteriores de planta, se realizaba a continuación la entrevista en su habitación de la UCI que es individual y cerrada.

Del mismo modo, a los familiares que reunían los criterios de inclusión, se les invitaba a participar en el estudio y a los que aceptaban, se les realizaba la entrevista en la sala de información de la Unidad.

Los miembros del equipo investigador que ya tenían experiencia previa de realizar entrevistas fueron los que las llevaron a cabo. Las entrevistas se transcribieron íntegramente a medida que se iban realizando. Las notas de campo que se recogían inmediatamente después de las entrevistas se incluyeron en las transcripciones.

A todos los entrevistados se les garantizó el anonimato, la completa confidencialidad de los datos, así como la destrucción de las grabaciones al finalizar la investigación.

Se obtuvo la aprobación del comité de ética del hospital para la realización de la investigación y la autorización para acceder a la historia clínica informatizada de los pacientes y utilizar esos datos exclusivamente para este estudio.

Análisis de datos

Estadística descriptiva para datos cuantitativos.

Las entrevistas se examinaron mediante un análisis de contenido del lenguaje utilizando uno de los tres métodos de codificación propuestos por Hsieh y Shannon³⁴ (2005) denominado «convencional», que se caracteriza porque la codificación no se realiza con códigos preestablecidos, sino con los que emergen de los datos. Los pasos esenciales realizados en el análisis cualitativo fueron:

1. Lectura de cada una de las entrevistas para obtener el sentido global del texto.
2. Cuando se ha obtenido el sentido global, se vuelve al principio y se lee el texto otra vez, con el objetivo de discriminar las «**unidades de significado**» (*meaning units*; segmentos de los datos recogidos que revelan de forma potencial algún aspecto del fenómeno que se está investigando).
3. Una vez identificadas estas unidades y codificadas se agrupan por significados comunes y se transforman al lenguaje de la disciplina dando lugar a los «**enunciados de significado**» (*statement of meaning*) para incluirlos dentro de cada tema.

En todo el proceso de análisis se estableció el consenso entre los diferentes miembros del equipo investigador.

Resultados

Utilización de las restricciones y prevalencia

La edad media de los 101 pacientes que estuvieron con restricciones físicas fue de 62,7 (mín. 29-máx. 90; DS = 13,29). El 63,4% (64p) fueron hombres y el 36,6% (37p) mujeres. La causa de ingreso fue quirúrgica en el 75,2% (76p) y médica en el 24,8% (25p). La indicación de la colocación de las restricciones fue en el 94,1% (95p) de las ocasiones por riesgo de interferencia con el tratamiento en pacientes intubados y en el 5,9% (6p) por agitación y riesgo de autolesión y lesión a terceros. La prevalencia de restricciones físicas durante los dos meses y medio de estudio fue del 43,9% (Total pacientes con restricciones 101/Total pacientes ingresados 230 × 100). El 59,4% (60p) estuvo con las restricciones entre 1 y 6 horas, el 12,9% (13p) entre 7 y 12 horas, el 11,9% (12p) entre 13 y 24 horas y el 15,8% (16p) más de 24 horas, un paciente estuvo un máximo de 380 horas (15,8 días). No hubo diferencias en la utilización de las restricciones entre el turno de mañana, tarde o noche. En todos los pacientes la sujeción utilizada fue únicamente la muñequera. El motivo de su retirada, en el 86,1% (87p) fue la extubación, y por tanto la desaparición del riesgo de interferencia con el tratamiento, en el 5,9% (6p) el cese de la agitación (paciente colaborador) y en el 7,9% (8p) por éxitus. Con relación a la profundidad de sedación de los pacientes durante el periodo que estuvieron con restricciones, 83 pacientes mantuvieron una puntuación en la escala de Ramsay menor o igual a 3, es decir, tenían una sedación ligera. Mientras que 10 pacientes estaban sedados profundamente con Ramsay de 4 a 6. Otros siete pacientes tuvieron una puntuación en la escala de Glasgow entre 3 y 9, y en un paciente que estaba agitado no se registró esta puntuación. Los incidentes registrados mientras los pacientes estuvieron con las restricciones fueron dos autoextubaciones y dos retiradas de sonda nasogástrica.

Pacientes entrevistados

La edad media de los 30 pacientes entrevistados fue de 63,4 (mín. 29-máx. 89; DS = 14,01), 73,3% (22p) fueron hombres y 26,7% (8p) mujeres. La causa de ingreso fue quirúrgica en el 76,7% (23p) y médica en el 22,3% (7p). La indicación de la colocación de las restricciones en todos los casos fue por riesgo de interferencia con el tratamiento en pacientes intubados. El 46,7% (14p) estuvo con las restricciones entre 1 y 6 horas, el 20% (6p) entre 7 y 12 horas, el 20% (6p) entre 13 y 24 horas y el 13,3% (4p) más de 24 horas, un paciente estuvo un máximo de 138 horas (5,75 días). El motivo de retirada de las sujeciones en todos los casos fue el cese del riesgo de interferencia con el tratamiento. Con relación a la profundidad de sedación de los pacientes durante el periodo que estuvieron con restricciones, 29 tenían una sedación ligera con una puntuación en la escala de Ramsay menor o igual a 3 y solo 1 tenía una puntuación de 5.

Los temas que emergen del análisis de las entrevistas de los pacientes son: aceptación de la restricción física condicionada por las creencias y la información recibida; sentimientos y sensaciones generados por la restricción física; alternativas propuestas y repercusión en el futuro. Cada uno de estos cuatro temas se presenta a continuación, apoyados por expresiones textuales de los participantes.

Aceptación de la restricción física condicionada por las creencias y la información recibida

Aunque varios pacientes habían estado previamente hospitalizados, para todos los entrevistados esta fue su primera experiencia de estar con restricciones físicas. «*No, nunca las había tenido, ni en esta misma sala en junio, ni hace cinco años en este mismo hospital*» (P21). Algunos de los pacientes refirieron haberlas visto colocadas en alguna ocasión, en otras personas, sin embargo ninguno de ellos manifestó que esta experiencia les hubiera creado predisposiciones negativas. «*Sí, yo lo veo en diálisis, hay pacientes mayores que doblan el brazo donde llevan la fístula y les suelen atar a la cama con una cinta, para evitar que suban el brazo y se puedan arrancar las agujas*» (P16).

La mayoría de los pacientes aceptaron que se hubieran utilizado con ellos las restricciones físicas por los siguientes motivos: por una parte, la información que les dio la enfermera del porqué las llevaban colocadas, que les ayudó a comprenderlo; y por otra parte, los que refirieron no recordar esta información, lo entendieron como una medida de seguridad, ya que se dieron cuenta de que instintivamente se podían quitar el tubo endotraqueal que les molestaba. Incluso algunos expresaron que voluntariamente se lo hubieran quitado, porque no tenían capacidad de autocontrol. «*Si no las tengo, por instinto me lo hubiera intentado quitar, aún entendiendo que esto era un bien para que yo mantuviera ese tubo ahí, ¡¡¡jime lo arranco vamos!!!*» (P2). Del mismo modo, en algunos de los participantes, contribuyó a la aceptación, la completa confianza que pusieron en las actuaciones de los profesionales. Solo un paciente expresó que el estar con restricciones lo consideraba como una manifestación de falta de confianza y además creía que la utilización de estos sistemas era algo retrógrado. A pesar de ello lo aceptó, porque solicitó información y comprendió que era

Tabla 1 Enunciados de significado del tema: Aceptación de la restricción física condicionada por las creencias y la información recibida

Primera experiencia con restricciones físicas
El haber visto las restricciones en otros pacientes, no creó predisposiciones negativas
Aceptación por entender la restricción como seguridad, por la comprensión de la información y por la confianza en los profesionales
La creencia que las restricciones se usan en pacientes psiquiátricos no condicionó la aceptación
No aceptación de la restricción por falta o mala comprensión de la información, creencias y sentimientos negativos

por su seguridad. «*Lo que no me gusta es lo que da a la vista, ver a una persona con unas correas, da la impresión como que no tuvieran la confianza suficiente para manejarla sin ellas... no estamos en el siglo adecuado. Yo pregunté si era para no tocarme los cables, si es porque yo no toque las agujas y es por el bien del médico y mío, si estoy de acuerdo*» (P3). Por otro parte, la creencia común que varios de los entrevistados tenían de que las restricciones físicas se utilizan en pacientes violentos, agitados o psiquiátricos, tampoco condicionó su aceptación.

Sin embargo, tres pacientes no estuvieron de acuerdo en que se les hubiera colocado las restricciones. Entre los motivos que provocaron este desacuerdo, destaca la falta de información o la mala comprensión de la misma. Dos de ellos no recordaban haber sido informados y además referían que el estar con las restricciones les creó una situación de angustia. Mientras que el tercero, no tenía clara la información por lo que no comprendió el motivo de llevarlas colocadas, y además, creía que no se deben utilizar en pacientes conscientes. «*Cuando desperté dije: ¿Qué pasa con esto que me tienen aquí atado? No sé lo que me dijeron, que me habían atado para que no me moviera, o yo que sé. Una vez que estás ya despierto no sé porque tienen que estar ahí las muñequeras*» (P9). En la [tabla 1](#) se presentan los enunciados de significado incluidos en este tema.

Sentimientos y sensaciones generados por la restricción física

La mayoría de los pacientes entrevistados no tuvieron percepción del tiempo que estuvieron con las restricciones. A unos se les hizo muy breve mientras que a otros les pareció un tiempo muy largo, y solo un pequeño grupo tuvo una percepción real del tiempo que estuvo con ellas. «*Toda la noche, durante toda la noche, miraba el reloj toda la noche*» (P30) «*Pues no se que decirle, desde que me he despertado hasta media hora o así, pero no tengo ni idea*» (P12). Pocos participantes recordaban el momento concreto en el que les fueron colocadas las muñequeras y la mayoría se dieron cuenta que las tenían puestas, al notarlas, al percibir una limitación en el movimiento o cuando les informó la enfermera. «*Al hacer así, noté una sensación y dije, ¡¡¡ay va!!! Si estoy atado, le dije a la enfermera. Y me dice, pues sí, y ya me contó*» (P28).

Tabla 2 Enunciados de significado del tema: Sentimientos y sensaciones generados por la restricción física

Percepción diferente del tiempo con las restricciones físicas
No percepción de limitación al no sentir ninguna necesidad
Sensación de falta de libertad de movimiento y de no poder comunicarse
Diversos sentimientos negativos provocados por las restricciones

Para algunos de los entrevistados la restricción física no supuso ninguna limitación, ya que como expresaban ellos, en esos momentos no tenían nada que hacer. Mientras que al resto, les provocó la sensación de falta de libertad de movimiento o la de no poder comunicarse o llamar a la enfermera, e incluso algún paciente comentó que no se podía rascar. «*Estaba bastante incómodo con el tubo y estaba intentando llamar a las enfermeras y no podía con las manos sujetas*» (P12).

Los sentimientos que les provocaron el estar con las restricciones fueron muy diversos. Algunos, en un primer momento, mostraron extrañeza al sentirse sujetos, mientras que otros expresaron haber sentido fastidio e incluso rabia y dos pacientes refirieron resignación. «*Sí, a lo primero me extrañó un poco sentirme atado, pero luego lo comprendí rápidamente, para que no me arrancara los goteros*» (P19). Y otro decía, «*Hombre, en ese momento sentí rabia, no podía arrancarme lo que me esta molestando*» (P16). Además, otros pacientes manifestaron que se sintieron privados de libertad, presos o atrapados, y a varios el estar con las restricciones físicas les provocó agobio. Uno de los sentimientos más negativos, expresado por una paciente, fue el de humillación y por otra el de angustia. «*Yo recuerdo como muy angustioso porque no podía ni tocarme los ojos... porque intentaba hacer algo y no podía, es que estaba atada y no podía ni hablar ni moverme*» (P30). En la [tabla 2](#) se muestran los enunciados de significado incluidos en este tema.

Alternativas propuestas

Cuando a los participantes se les preguntó sobre otras alternativas posibles a las restricciones físicas, la mayoría manifestaron no conocer otros sistemas, además muchos de ellos expresaban no tener la preparación necesaria para proponer otras opciones, e incluso algunos consideraban que no puede existir otra alternativa «*Todos los sistemas de sujeción son así, si lo que se trata es de sujetar, atar es lo que se ha hecho toda la vida*» (P23). Solo cinco pacientes propusieron alguna alternativa. Dos se refirieron a recibir más calmantes o a estar más sedados, otros dos apuntaban que estuvieran las enfermeras agarrándoles las manos aunque uno de ellos comprendía que no era una función del personal sanitario, y otra participante describió otro tipo de restricción física, unos manguitos que había visto utilizar con su nieto. «*Dentro de mis limitaciones, pues un calmante supongo que podría ser suficiente y es más, a la vista de los demás no parece lo mismo que una correa*» (P3). Los enunciados de significado comprendidos en este tema se presentan en la [tabla 3](#).

Tabla 3 Enunciados de significado del tema: Alternativas propuestas

No conocimientos para dar alternativas
Creencia que la restricción física es el único sistema para inmovilizar
La sedación o la sujeción por el personal sanitario como alternativa a la restricción física

Repercusión en el futuro

Para la mayoría de los pacientes entrevistados, el hecho de haber estado con restricciones físicas no tendrá en el futuro ninguna repercusión negativa, puesto que muchos ni siquiera habían pensado en ello. Dos pacientes lo trivializaron al dar mayor importancia al hecho de estar con un tubo endotraqueal, mientras que otro participante ni lo consideró, dado el proceso que estaba sufriendo «*No, no le he dado vueltas, había muchas cosas en las que pensar*» (P25).

Solo en dos pacientes el hecho de haber estado con las restricciones físicas va a tener cierta repercusión, uno de ellos porque continúa preguntándose el porqué le habían atado, si bien no manifestó estar en desacuerdo. Mientras que la otra participante expresó que le daría vueltas y además no estuvo de acuerdo en que se hubiera utilizado con ella las restricciones. «*Es que todavía me acuerdo... dentro de una hora o mañana o dentro de un año, no se me habrá borrado completamente. Le daré vueltas. No sabes explicarte por qué*» (P13). En la [tabla 4](#) se muestran los enunciados de significado incluidos en este tema.

Familiares entrevistados

El 33,3% (10f) de los familiares entrevistados eran hombres y el 66,7% (20f) mujeres. En cuanto a la relación de parentesco que tenían con el paciente, el 46,7% (14f) fue el cónyuge, el 33,3% (10f) hijo/a, 13,3% (4f) hermano/a y el 6,7% (2f) padre/madre. Esta distribución es similar a la del total de los familiares que tuvieron a su ser querido con restricciones.

Los temas que emergen del análisis de las entrevistas de los familiares son: impresiones producidas por las restricciones, motivos de aceptación o rechazo y alternativas a las restricciones. Cada uno de estos tres temas se presenta a continuación, apoyados por expresiones textuales de los participantes.

Impresiones producidas por las restricciones

La mayoría de los familiares entrevistados se dieron cuenta de que el paciente tenía colocadas unas restricciones al verlas. Solo siete refirieron haber recibido información de que

Tabla 4 Enunciados de significado del tema: Repercusión en el futuro

Ninguna repercusión en el tiempo por no recordarlo o por dar más importancia a otros aspectos
Cierta repercusión al no comprender el sentido de la restricción o al reconsiderarlo en el tiempo

Tabla 5 Enunciados de significado del tema: Impresiones producidas por las restricciones en los familiares

Percepción de las restricciones al verlas y por la información de la enfermera
Capacidad de describir las restricciones y cómo estaban colocadas
No impresión al interpretarlo como medida de seguridad, porque les impacta más otros aspectos, por el tipo de sujeción y la forma en la que estaban colocadas
Las restricciones provocaron ciertos sentimientos negativos en algunos familiares

iban a ver a su familiar con unas muñequeras, mientras que dos familiares comentaron que fueron ellos quienes preguntaron por qué las tenían, y otro, relató que fue el propio paciente quien le mostró, alzando los brazos, que estaba sujeto. «*Creo que me adelanté yo, porque cuando entramos creo que no había nadie. Al verla miras el aspecto general y ves que en efecto esta intubada y sujeta. Cuando se acercó alguien amablemente le pregunté*» (F11). Llama la atención la capacidad que tuvieron algunos de ellos de fijarse en las restricciones y de describirlas. Aunque las muñequeras que utilizamos son de una marca comercial, almohadilladas, con velcro y de un material suave, los familiares las percibieron como unas simples vendas, gasas. Además comentaron que la forma en que estaban colocadas les permitía una cierta libertad de movimiento, un familiar también refirió que cuando estaban con el paciente, le retiraban las restricciones. Todo esto contribuyó a que no les impresionara, un entrevistado decía: «*Estaba sujeto pero tenía la gasa un poco mas larga, tenía su holgura, entonces dije puede hacer un movimiento... me pareció detalle que el nudo no estuviera directamente en su muñeca. La sujeción estaba sujeta a la cama por la parte de abajo pero, no tenía la muñeca pegada a la cama*» (F7).

Casi todos los familiares reflejaron que el ver a su ser querido con las restricciones no les provocó ninguna reacción o sentimiento negativo. Expresaron verlo como algo normal, porque lo interpretaron como una medida de seguridad para el paciente. Además, hay que señalar que la esposa de uno de ellos fue la que tomó la iniciativa y pidió a las enfermeras que sujetaran a su marido. «*Yo fui la primera que dijo que habría que atarlo, lo ataron enseguida estando yo... me fui muy tranquila a casa, porque sino, hubiera estado pensando que se iba a quitar el tubo*» (F1). Además, la mayoría expresaron que les había impactado más otras cosas que las restricciones, como los múltiples tubos que llevaba el paciente o la frialdad que tenía cuando vino de quirófano.

Únicamente seis familiares comentaron haber tenido algún sentimiento negativo cuando vieron a su ser querido con las restricciones y solo dos estaban más afectados. Uno de ellos lo expresó de este modo: «*Cuando entré y lo vi con el tubo me impresionó, pero me avisaron, j está con el tubo!, dije vale, pero al ver las manos sujetas me dolió, me dio pena, me dio lástima verlo atado*» (F8). Los enunciados de significado incluidos en este tema se presentan en la [tabla 5](#).

Motivos de aceptación o rechazo

Ninguno de los familiares entrevistados mostró desacuerdo en que se hubieran colocado las restricciones a su ser querido. Contribuyeron a su aceptación múltiples motivos. El más expresado, fue el razonamiento que hicieron de que las sujeciones se utilizaban para evitar una lesión en el paciente, lo que les llevó a percibirlo como una medida de seguridad. «*Mi padre, en una ocasión, se cayó, se escapó de la cama... Si en ese caso le hubieran puesto antes unas sujeciones, él no se hubiera caído jamás*» (F13). Además, muchos familiares mostraron tener plena confianza en las actuaciones de los profesionales y algunos refirieron que les ayudó la información recibida al respecto, así como el ver el tipo de sujeción como algo inocuo. Otro de los motivos que contribuyó a la aceptación, en una tercera parte de los familiares, fue que no dieron ninguna importancia a que su familiar estuviera con restricciones, dada la situación de gravedad en la que se encontraba. «*Pues la gravedad que él tenía, no te preocupas por la muñequera, te preocupas por su estado en general, si tiene que estar atado como si tiene que estar boca abajo*» (F2). Tampoco condicionó su aceptación, las creencias de algunos de los entrevistados de que las restricciones no se deben utilizar de forma general, ni de forma abusiva, o que difícilmente lo aceptarían en algunas culturas. «*En este caso sí, porque lo viví yo el otro día, y si no era incontrolable...*» (F29). Del mismo modo, las experiencias negativas previas que tenían algunos de los familiares, no condicionaron su aceptación. «*Una amiga de mi madre cuando estaba en la siesta la tenían que atar porque se levantaba y se iba, se desnudaba... Y en una siesta se lió con esas sujeciones y se asfixió. Lo pasaron muy mal. Esto es la única cosa así, pero yo no veo nada mal, ya que se hace por su bien*» (F21).

Ciertamente, los dos familiares que tuvieron unas impresiones más fuertes al ver a su ser querido con las restricciones, les costó más el aceptarlo. No solo por la propia impresión y por las creencias que tenían de que a una persona querida no se le debe sujetar, sino sobre todo por la falta de información. Ambos familiares refirieron que si se les hubiera informado, hubieran comprendido que esto era algo establecido dentro del proceso de cuidados. «*Cuando ves una persona intubada preferirías que no lo estuviese, pero el anestesta ya te ha explicado que es imprescindible... Tú viendo toda la organización de la UCI ves que están superpendientes del paciente, entonces te preguntas ¿por qué le han atado?, esta es la sensación que te llevas si nadie te lo explica...*» (F10). En la [tabla 6](#) se muestran los enunciados de significado incluidos en este tema.

Alternativas a las restricciones propuestas por los familiares

La mayoría de los familiares entrevistados, no supieron dar ninguna sugerencia e incluso algunos de ellos apuntaban que no se consideraban con conocimientos para opinar. Uno comentó que nuestro sistema le parecía rudimentario, mientras que otros dos consideraban que las sujeciones que utilizábamos eran buenas. Paradójicamente, de los cuatro familiares que hicieron propuestas, tres se refirieron

Tabla 6 Enunciados de significado del tema: Motivos de aceptación o rechazo

Aceptación por interpretar las restricciones como seguridad y por verlas como algo inocuo
Aceptación por la confianza en los profesionales y la información
Aceptación por relativizar las restricciones frente a otros procesos del paciente
Las creencias y experiencias previas no condicionaron la aceptación
La falta de información sobre la indicación de la restricción limitó la aceptación

de nuevo a unas sujeciones de muñeca «*He oído decir que cuando se ha tenido que atar a alguien en casa les ponen unos pañuelos y si se mueven les roza, entonces dicen que hay como unas muñequeras y van de maravilla*» (F27). Y el cuarto familiar describió unos manguitos que aplicados en el codo, lo inmovilizan y limitan el acceso a las vías invasivas, sin impedir mover los brazos. En la [tabla 7](#), se muestran los enunciados de significado incluidos en este tema.

Discusión

Del análisis de los resultados se desprende que algo menos de la mitad de los pacientes (43,9%) que estuvieron ingresados durante el periodo de estudio, llevaron una restricción física. Este hallazgo es similar al del estudio PRICE¹⁹, quienes obtienen una prevalencia puntual de alrededor del 45% en países como Francia, Suiza y España, si bien en el estudio PRICE¹⁹, la indicación de las restricciones fue, en la mayoría de los casos, por riesgo de autolesión en pacientes desorientados y agitados; mientras que en esta investigación la indicación principal fue por riesgo de interferencia con el tratamiento en pacientes intubados. Langley et al.³⁵ en 2011, en un estudio que realizaron durante un periodo de 2 meses en tres UCIs de Sudáfrica, publican una prevalencia del 48,4%, cifra algo superior a la obtenida en el presente estudio. Asimismo, encontramos otras diferencias con respecto al tiempo de utilización de las restricciones y al tipo de sujeción, ya que en el estudio de Langley et al.³⁵ un paciente estuvo durante 53 días con las sujeciones y en esta investigación el tiempo máximo que un paciente tuvo las restricciones fue de 16 días. Además en todos los casos utilizamos únicamente muñequeras, mientras que en su estudio en 6 pacientes se utilizaron otro tipo de sujeciones como las manoplas o férulas. Del mismo modo, Minnick et al.²⁸, en la investigación que realizaron en las UCI de 4 hospitales de EE. UU., encontraron que se habían utilizado diversos tipos de sistemas de contención entre los que se encontraba el chaleco.

Tabla 7 Enunciados de significado del tema: Alternativas a las restricciones propuestas por los familiares

No conocimiento para dar alternativas
Las alternativas propuestas, paradójicamente se referían también a restricciones físicas

También hay que señalar que los resultados muestran que el tiempo de utilización de las restricciones, en nuestra unidad, no ha sido abusivo, ya que en el 84% de los pacientes la duración de la colocación de la restricción no excedió las 24 horas, además como lo expresó algún familiar durante la entrevista, cuando ellos estaban presentes, se retiraba la sujeción al paciente. Asimismo, la restricción en todos los casos fue una muñequera almohadada (protocolo de inmovilización parcial) y en ningún paciente se utilizaron correas de cierre magnético, que son sistemas que están incluidos en el «Protocolo de contención mecánica» para los pacientes que presentan una importante agitación psicomotriz. Cuando se aplica este último protocolo, es obligatorio que el paciente o la familia firme un consentimiento. Se debe añadir que siempre que un paciente tiene cualquier tipo de sujeción, se crea en el plan de atención de enfermería informatizado una valoración que se realiza dos veces por turno y que incluye: la indicación, el tipo y localización de la sujeción, la adecuada colocación de la misma y la tolerancia del paciente, si la ventilación y temperatura ambiental son adecuadas, y si se mantiene la indicación de la sujeción o por el contrario ha cambiado la situación. De esta manera, se tiene una vigilancia y seguimiento del paciente inmovilizado, que contribuye a minimizar o a evitar el riesgo que esta práctica conlleva de producir un posible daño al paciente y que ayuda a que las restricciones físicas estén colocadas el tiempo estrictamente necesario.

Hay que mencionar, por otro lado, que la mayoría de los pacientes, durante el tiempo que duró la restricción, tuvieron una sedación ligera. Tal vez esto contribuyó a que se registrara algún incidente, como autorretirada del tubo endotraqueal o sonda nasogástrica, durante el periodo que los pacientes tuvieron las restricciones. Este hallazgo es similar al de estudios previos en los que también están descritas autoextubaciones o retiradas de vías invasivas en pacientes con sujeciones^{1,32,36,37}, lo que sugiere que el empleo de estas medidas no previene completamente el que se produzcan este tipo de incidentes.

Antes de analizar los resultados de las entrevistas realizadas a pacientes y familiares, cabe señalar que, del total de pacientes que estuvieron con restricciones durante el periodo de estudio, 42 de ellos (41,6%) no recordaban haber estado con restricciones y 50 familiares (49,5%) no se fijaron que su ser querido las tuviera. Este hallazgo viene a corroborar el hecho de que los pacientes de cuidados intensivos, como muestran diferentes estudios, en ocasiones, no recuerdan todas las vivencias ocurridas durante su estancia^{16,28,30,38} y las familias, observan más fácilmente el aspecto general del paciente, que otros aspectos puntuales.

Es de destacar que la mayoría de los pacientes entrevistados aceptaron el haber estado con las restricciones, y asimismo, todos los familiares estuvieron de acuerdo en que su ser querido las llevara, al comprender en ambos casos que se trataba de una medida de seguridad. Sin embargo, hemos observado, que los tres pacientes que no lo aceptaron, no habían comprendido bien la información o no se les había informado. De esto se desprende la gran importancia que tiene, como afirman Wunderlich et al.²⁹, el repetir con frecuencia la información que se les da para evitar que los pacientes se formen falsas ideas del por qué llevan puestas las sujeciones. Del mismo modo, pocos familiares

expresaron haber recibido información a este respecto y los dos que más se habían impresionado al ver a su ser querido con las restricciones, tampoco recordaban haber sido informados. Kanski et al.²⁷ estudian las creencias que tienen los familiares sobre las restricciones físicas, y entre sus conclusiones se encuentra que la información que reciben las familias, en muchas ocasiones, es insuficiente. Por otra parte, en la investigación realizada por Wong y Chien³⁹, cuyo objetivo era explorar las experiencias de pacientes jóvenes ingresados en una planta médica de un hospital de Hong Kong respecto a las restricciones físicas, obtienen que todos los pacientes valoraron positivamente las explicaciones recibidas de las enfermeras, así como su cuidado humanístico mientras estaban con las restricciones.

Con relación a algunos de los sentimientos que expresaron varios pacientes como rabia, privación de libertad o agobio, y a los que tuvieron diversos familiares de dolor, pena o lástima, cabe señalar que estos hallazgos son similares a los de previas investigaciones llevadas a cabo en el ámbito geriátrico^{3,20-24,26}. Sin embargo, en el estudio de Strumpf y Evans²⁰, la mitad de los pacientes entrevistados a las 6 semanas del alta, recuerdan frecuentemente la experiencia negativa de haber estado con restricciones, dato contrario al encontrado en nuestro estudio en el que la mayoría de los participantes no creen que vaya a tener una repercusión en el futuro.

En cuanto a las implicaciones que este estudio aporta para la práctica clínica, es de destacar, que el conocer como se sienten los pacientes y sus familiares con respecto a las restricciones ayudará a los profesionales, por una parte, a tener una actitud de mayor empatía en esa situación y, por otra, a saber que debemos reforzar la información que se da a los pacientes para que comprendan mejor el motivo de su colocación. Y del mismo modo, que se debe informar a los familiares, antes de que pasen a visitar al paciente, para que conozcan la razón por la que llevan puestas las restricciones.

Una de las aportaciones más importantes del estudio ha sido conocer la percepción que tienen los pacientes de cuidados intensivos y sus familiares sobre las restricciones físicas, ya que hasta ahora apenas hemos encontrado trabajos que documentaran esta experiencia en la población de Cuidados Intensivos y además ambas experiencias tanto de pacientes como de familiares se presentan en una única investigación.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes que estuvieron con restricción física fue durante un breve periodo de tiempo, utilizándose como único sistema de sujeción las muñequeras.

Los pacientes con restricción física y sus familiares manifestaron diversidad de sentimientos y sensaciones, sin repercusión negativa en el futuro. En general expresaron su acuerdo, si bien una información más precisa mejoraría su aceptación.

El conocer la prevalencia y la utilización de las restricciones físicas en Cuidados Intensivos es esencial para poder establecer intervenciones que reduzcan su utilización, sin menoscabo de proporcionar un cuidado seguro a los pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1. GUÍA DE LA ENTREVISTA: EXPERIENCIA SUBJETIVA DE ESTAR CON RESTRICCIONES

(SUBJECTIVE EXPERIENCE OF BEING RESTRAINED, SEBR Strumpf y Evans, 1988²⁰, modificada por Hardin 1993²³)

A.1. ENTREVISTA A PACIENTES

1. ¿Recuerda cuándo le pusieron «la sujeción»? (señalar o especificar el tipo de sujeción)
2. ¿Le dijo alguien por qué estaba puesta «la sujeción»?
3. ¿Está de acuerdo?
4. ¿Qué cree usted que funcionaría tan bien o mejor?
5. ¿Qué sintió cuando «la sujeción» estaba puesta?
6. Después de que «la sujeción» llevara puesta un rato, ¿cómo se sintió?
7. ¿Le impidió «la sujeción» hacer algo?
8. ¿Cuánto tiempo tuvo «la sujeción» puesta?
9. Cuando no «la» llevaba, ¿pensó en ello después? ¿y qué pensó?
10. ¿Ha visto alguna vez a alguien llevando «una sujeción»?
11. ¿Hay algo que no le guste acerca de que se le ponga «una sujeción»?

A.2. ENTREVISTA A FAMILIARES

1. ¿Alguna enfermera le contó por qué se le había colocado la sujeción a (nombre del paciente)?
2. ¿Está de acuerdo en que se hubiese colocado una sujeción a (nombre del paciente)?
3. ¿Cómo se sintió cuando vio a (nombre del paciente) llevando una sujeción?
4. ¿Hubo algo que no le gustó cuando «la» llevaba puesta?
5. ¿Cree que otras cosas hubieran funcionado tan bien o mejor? Si es así, ¿qué cosas?
6. En general, ¿cree que a los pacientes se les debe aplicar unas sujeciones?
7. ¿Tiene algún otro tipo de sentimiento o comentario sobre las sujeciones que le gustaría hacer?

Bibliografía

1. Hine K. The use of physical restraint in critical care. *Nurs Crit Care*. 2007;12:6–11.
2. Martin B. Restraint use in acute and critical care settings: changing practice. *AACN Clin Issues*. 2002;13:294–306.
3. Joanna Briggs Institute. Physical restraint - Part 1: Use in acute and residential care facilities. *Best Pract*. 2002;6:1–6.
4. Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2003;41:274–82.
5. Saufl NM. Restraints use and falls prevention. *J Perianesth Nurs*. 2004;19:433–6.
6. Fariña-López E, Camacho Cáceres AJ, Estevez-Guerra GJ, Bros i Serra M. Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:262–5.
7. Bray K, Hill K, Robson W, Leaver G, Walker N, O'Leary M, et al.; British Association of Critical Care Nurses. British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nurs Crit Care*. 2004;9:199–212.
8. Mohr WK. Restraints and the code of ethics: An uneasy fit. *Arch Psychiatr Nurs*. 2010;24:3–14.
9. Minnick AF, Mion LC, Johnson ME, Catrambone C, Leipzig R. Prevalence and Variation of Physical Restraint Use in Acute Care Settings in the US. *J Nurs Scholarsh*. 2007;39:30–7.
10. Demir A. Nurses' use of physical restraints in four Turkish hospitals. *J Nurs Scholarsh*. 2007;39:38–45.
11. Bower FL, McCullough CS, Timmons ME. A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings: 2003 update. *Online J Knowl Synth Nurs*. 2003;10:1. Review.
12. Evans D, Wood J, Lambert L. A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *J Adv Nurs*. 2002;40:616–25.
13. Joanna Briggs Institute. Physical restraint - Part 2: Minimization in acute and residential care facilities. *Best Pract*. 2002;6:1–6.
14. Hurlock-Chorostecki C, Kielb C. Knot-So-Fast: A learning plan to minimize patient restraint in critical care. *Dynamics*. 2006;17:12–8.
15. Park M, Tang JH. Changing the practice of physical restraint use in acute care. *J Gerontol Nurs*. 2007;33:9–16.
16. Hofso K, Coyer FM. Part 2. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: a patient perspective. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23:316–22.
17. Maccioli GA, Dorman T, Brown BR, Mazuski JE, McLean BA, Kuszaj JM, et al. American College of Critical Care Medicine Society of Critical Care Medicine. 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. *Crit Care Med*. 2003;31:2665–76.
18. Martin B, Mathisen L. Use of physical restraints in adult critical care: a bicultural study. *Am J Crit Care*. 2005;14:133–42.
19. Benbenishty J, Adam S, Endacott R. Physical restraint use in intensive care units across Europe: the PRICE study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010;26:241–5.
20. Strumpf NE, Evans LK. Physical restraint of the hospitalized elderly: perceptions of patients and nurses. *Nurs Res*. 1988;37:132–7.
21. Gallinagh R, Nevin R, McAleese L, Campbell L. Perceptions of older people who have experienced physical restraint. *Br J Nurs*. 2001;10:852–9.
22. Gallinagh R, Nevin R, Campbell L, Mitchell F, Ludwick R. Relatives' perceptions of side rail use on the older person in hospital. *Br J Nurs*. 2001;10:391–2, 394, 396–9.
23. Hardin SB, Magee R, Vinson MH, Owen M, Hyatt E, Stratmann D. Patient and family perceptions of restraints. *J Holist Nurs*. 1993;11:383–97.
24. Saarnio R, Isola A. Use of physical restraint in institutional elderly care in Finland: perspectives of patients and their family members. *Res Gerontol Nurs*. 2009;2:276–86.
25. Evans D, Fitzgerald M. The experience of physical restraint: a systematic review of qualitative research. *Contemp Nurse*. 2002;13:126–35.
26. Newbern VB, Lindsey IH. Attitudes of wives toward having their elderly husbands restrained. *Geriatr Nurs*. 1994;15:135–8.
27. Kanski GW, Janelli LM, Jones HM, Kennedy MC. Family reactions to restraints in an acute care setting. *J Gerontol Nurs*. 1996;22:17–22.

28. Minnick A, Leipzig RM, Johnson ME. Elderly patients' reports of physical restraint experiences in intensive care units. *Am J Crit Care*. 2001;10:168-71.
29. Wunderlich RJ, Perry A, Lavin MA, Katz B. Patients' perceptions of uncertainty and stress during weaning from mechanical ventilation. *Dimens Crit Care Nurs*. 1999;18:8-12.
30. Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, Mendelsohn A, Schulz R, Belle S, et al. Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Crit Care Med*. 2002;30:746-52.
31. Thomas LA. Clinical management of stressors perceived by patients on mechanical ventilation. *AACN Clinical Issues*. 2003;14:73-81.
32. Jablonski RS. The experience of being mechanically ventilated. *Qual Health Res*. 1994;4:186-207.
33. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*. 2000;23:334-40.
34. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15:1277-88.
35. Langley G, Schmollgruber S, Egan A. Restraints in intensive care units-A mixed method study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011;27:67-75.
36. Birkett KM, Southerland KA, Leslie GD. Reporting unplanned extubation. *Intensive Crit Care Nurs*. 2005;21:65-75.
37. Curry K, Cobb S, Kutash M, Diggs C. Characteristics associated with unplanned extubations in a surgical intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2008;17:45-51.
38. Capuzzo M, Pinamonti A, Cingolani E, Grassi L, Bianconi M, Contu P, et al. Analgesia, sedation, and memory of intensive care. *J Crit Care*. 2001;16:83-9.
39. Wong IS, Chien WT. Young medical patients' experience of physical restraint: an exploratory study. *J Clin Nurs*. 2005;14:120-1.