

## ORIGINAL

# Manejo de la inmovilización terapéutica en Unidades de Cuidados Críticos: aproximación fenomenológica a la realidad enfermera



M. Acevedo-Nuevo, RN, MSc<sup>a,b,\*</sup>, M.T. González-Gil, RN, PhD<sup>c</sup>,  
M. Solís-Muñoz, RN, PhD<sup>d</sup>, N. Láiz-Díez, RN<sup>a</sup>, M.J. Toraño-Olivera, RN, MSc<sup>e</sup>,  
L.F. Carrasco-Rodríguez-Rey, RN, MSc<sup>f</sup>, S. García-González, RN<sup>g</sup>,  
T.R. Velasco-Sanz, RN, PhD<sup>h</sup>, A. Martínez-Álvarez, RN<sup>g</sup> y B.E. Martín-Rivera, RN<sup>i</sup>

<sup>a</sup> UCI Médica, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda (Madrid), España

<sup>b</sup> Máster en Cuidados Críticos, Universidad Camilo José Cela, Madrid, España

<sup>c</sup> Sección Departamental de Enfermería, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

<sup>d</sup> Departamento de Investigación, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda (Madrid), España

<sup>e</sup> Unidad de Cuidados Cardíacos Postoperatorios, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>f</sup> UCI Cardiológica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>g</sup> UCI, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles (Madrid), España

<sup>h</sup> UCI, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>i</sup> Unidad de Críticos Quirúrgicos, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Recibido el 27 de agosto de 2015; aceptado el 26 de noviembre de 2015

Disponible en Internet el 21 de enero de 2016

### PALABRAS CLAVE

Inmovilización  
terapéutica;  
Restricción física;  
Enfermería de  
Cuidados Críticos;  
Investigación  
cualitativa;  
Hermenéutica;  
Grupos de discusión

### Resumen

**Objetivos:** Comprender la experiencia vivida por los enfermeros respecto a la gestión de la inmovilización terapéutica en Unidades de Cuidados Críticos. Explorar similitudes y diferencias en la experiencia enfermera respecto al manejo de la inmovilización terapéutica según el medio en el que están insertos.

**Método:** Estudio fenomenológico multicéntrico en 14 Unidades de Cuidados Críticos de la Comunidad de Madrid estratificadas según el uso de inmovilización terapéutica: frecuente/sistemático, escaso/individualizado y mixto. Recogida de datos: 5 grupos de discusión (23 participantes). Muestreo intencional por propósito. Tamaño muestral: hasta saturación de datos. Análisis crítico temático del contenido guiado por el método de Colaizzi.

**Resultados:** Emergen 6 grandes temas: 1) significado de inmovilización terapéutica en Unidades de Cuidados Críticos, 2) seguridad (autorretirada de dispositivos de soporte vital), 3) factores favorecedores, 4) sentimientos, 5) alternativas y 6) problemas pendientes. Aunque se significan los mismos temas en los 3 tipos de unidades, se observan diferencias en el discurso (indicación, sentimientos, herramientas validadas para la medición de dolor, sedación...).

\* Autor para correspondencia.

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

**Conclusiones:** Para conseguir una reducción real de la inmovilización terapéutica en Unidades de Cuidados Críticos, resulta clave la comprensión profunda de su uso en el medio específico. Al identificarse como eje central la autorretirada de dispositivos de soporte vital, algunas medidas propuestas en otros ámbitos podrían no resultar pertinentes, precisándose alternativas encaminadas a pacientes críticos. Las variaciones del discurso planteadas en los distintos tipos de unidades podrían arrojar luz sobre los puntos clave que determinan las diferencias de uso y actitudes hacia la inmovilización terapéutica.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Therapeutic immobilization;  
Restraint physical;  
Critical care;  
Qualitative research;  
Hermeneutics;  
Focus group;  
Critical care nursing

## Therapeutic restraint management in Intensive Care Units: Phenomenological approach to nursing reality

### Abstract

**Aims:** To identify nursing experience on physical restraint management in Critical Care Units. To analyse similarities and differences in nursing experience on physical restraint management according to the clinical context that they are involved in.

**Method:** A multicentre phenomenological study was carried out including 14 Critical Care Units in Madrid, classified according to physical restraint use: Common/systematic use, lacking/personalised use, and mixed use. Five focus groups (23 participants were selected following purposeful sampling) were convened, concluding in data saturation. Data analysis was focused on thematic content analysis following Colaizzi's method.

**Findings:** Six main themes: Physical restraint meaning in Critical Care Units, safety (self-retreat vital devices), contribution factors, feelings, alternatives, and pending issues. Although some themes are common to the 3 Critical Care Unit types, discourse differences are found as regards to indication, feelings, systematic use of pain and sedation measurement tools.

**Conclusions:** In order to achieve real physical restraint reduction in Critical Care Units, it is necessary to have a deep understanding of restraints use in the specific clinical context. As self-retreat vital devices emerge as central concept, some interventions proposed in other settings could not be effective, requiring alternatives for critical care patients. Discourse variations laid out in the different Critical Care Unit types could highlight key items that determine the use and different attitudes towards physical restraint.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. and SEEIUC. All rights reserved.

## ¿Qué se conoce/qué aporta?

Existe una preocupación creciente por el uso de la inmovilización terapéutica (IT) en las Unidades de Cuidados Críticos (UCC). Son múltiples los organismos que abogan por la minimización drástica de su uso; sin embargo, su prevalencia continúa siendo elevada en nuestro medio.

Fuera de ámbito de las UCC, existen modelos que explican cómo los conocimientos, actitudes y experiencia clínica condicionan la práctica y la toma de decisiones respecto al uso de la IT.

El presente estudio muestra la experiencia vivida por los profesionales enfermeros respecto a la gestión y toma de decisiones sobre la colocación, mantenimiento y retirada de IT, y los factores que podrían influir en dichas decisiones. Se muestran las diferencias y similitudes halladas en el discurso de enfermeros procedentes de UCC con distintas políticas respecto al

uso de la IT, cuestiones que podrían explicar la limitada aplicación de las recomendaciones de minimización del uso de la IT en las UCC.

## Implicaciones del estudio

Se señala la autorretirada de dispositivos de soporte vital como la principal indicación para el uso de IT en las UCC; esta indicación difiere de las señaladas en otros ámbitos clínicos. Este hallazgo, unido a otros factores moduladores del uso de la IT en UCC (mal uso de la restricción farmacológica, limitación de los horarios de visita...), podrían estar condicionando la falta de seguimiento de las recomendaciones.

Las diferencias en la conceptualización enfermera halladas entre los profesionales de los distintos tipos de unidades podrían interpretarse como posibles áreas de mejora en aquellas UCC donde el uso de IT continúa siendo especialmente frecuente.

## Introducción

Atendiendo a la máxima hipocrática «ante todo, no hacer daño», parece indiscutible la necesidad de implantar políticas que promuevan la seguridad en el ámbito de los cuidados, cuestión considerada prioritaria desde múltiples organismos<sup>1,2</sup>. La minimización del uso de la IT y, en caso de ser necesaria, la disminución de los riesgos asociados a su uso aparecen contempladas prioritariamente por organizaciones relacionadas con la seguridad del paciente, la calidad asistencial y diversas comunidades autónomas<sup>3-5</sup>. Sin embargo, el uso de la IT en las UCC, teniendo en cuenta sus peculiaridades, no ha recibido especial atención<sup>6</sup>. Simultáneamente se han producido posicionamientos y recomendaciones internacionales que promueven la disminución del uso de la IT también en los pacientes críticos<sup>4,6-17</sup>, aunque su uso continúa siendo habitual y es uno de los medios donde más frecuentemente se usa<sup>6,7,10,15,17-22</sup>. Profundizar en el conocimiento del manejo de la IT en las UCC por parte de los profesionales implicados en el cuidado resulta necesario para conocer qué limitaciones conceptuales y de manejo clínico están condicionando esta realidad.

Para el presente estudio definiremos IT como «[...] la intervención terapéutica extrema mediante la aplicación de dispositivos inmovilizadores para limitar la libertad de movimientos de un paciente y el acceso a su propio cuerpo en aras de su mayor seguridad o la de otros, personal sanitario incluido [...]»<sup>5</sup>.

Continúa siendo complejo estimar la prevalencia real de uso de IT en las UCC: desde el 100% de los pacientes de las UCC de Italia con alguna forma de IT, hasta Portugal y el Reino Unido donde se sitúa en el 0%<sup>12,16,23,24</sup>. En nuestro país son escasos los estudios que analizan este aspecto, describiéndose prevalencias del 15 y 45%<sup>6,16</sup>. Esta marcada variabilidad podría deberse a múltiples factores como distintas políticas institucionales. En los países con un bajo o nulo uso de IT se aprecia un aumento del uso de restricción farmacológica<sup>9,12,13,16,22</sup>, mejor aceptada por los profesionales<sup>8,9</sup>. Algunos autores apuntan a la falta de registro del uso de las IT en las historias clínicas, factor que determinaría la variabilidad descrita y que podría explicarse porque no son consideradas una parte importante del tratamiento<sup>8,25</sup>.

Los eventos adversos derivados de las IT aparecen ampliamente descritos en la literatura. Así, podemos hablar de consecuencias físicas (pérdida de fuerza muscular, lesiones por presión, lesiones nerviosas por compresión, contracturas, hematomas, laceraciones, aumento de infecciones nosocomiales y del tiempo de hospitalización, etc.<sup>8,11-15,18,20,21,25</sup>) y psicológicas (sentimientos de vergüenza, indefensión, impotencia, pérdida de rol y dignidad, humillación, ansiedad, depresión, aumento de la agresividad o desorientación, deterioro cognitivo, agitación psicomotriz y delirio<sup>8,11-15,18,20,21,25</sup>). No obstante, muchos de estos efectos son descritos en pacientes no ingresados en UCC, por tanto, la extrapolación a pacientes críticos debe hacerse con precaución<sup>22</sup>.

En la bibliografía se reporta que la iniciativa de colocar las IT parte, en gran medida, de las enfermeras<sup>8,13,18-20</sup>, reconociéndose un importante abanico de situaciones que llevan a su colocación<sup>6-8,10,12,13,18-20</sup>. En las UCC, la

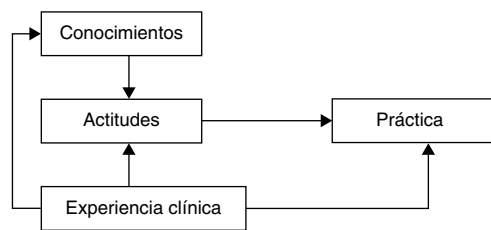
aplicación de la IT estaría principalmente relacionada con la seguridad del paciente y la interferencia con el tratamiento (retirada de dispositivos de «vital» importancia como el tubo endotraqueal, las vías arteriales o venosas...) <sup>7,8,12,14,16,18,22</sup>. No obstante, múltiples autores reportan que el uso de IT no disminuye significativamente la retirada de dispositivos<sup>8,9,12-14,16,22</sup>.

La bibliografía apunta a la existencia de otros factores que podrían actuar como facilitadores del uso de la IT: aspectos relacionados con la organización (bajos ratios enfermero-paciente, inadecuada distribución física de la unidad, uso protocolizado de IT sin valoración individualizada, actitudes positivas del equipo hacia las IT, falta de formación específica, UCC de puertas cerradas, etc.<sup>8-10,12,14,15,18-22</sup>), aspectos relacionados con los profesionales (experiencia, capacidad individual para asumir riesgos, autoestima y confianza, destreza para plantear alternativas a las IT, interpretación del comportamiento del paciente, habilidades de comunicación, empatía, sentimientos generados por el uso de IT, conocimientos, género, etc.<sup>8,10,14,15,18,21</sup>) y aspectos legislativos<sup>26</sup>.

Al considerar los aspectos éticos relacionados con el uso de la IT, se plantea una fuerte confrontación entre los principios de no maleficiencia y beneficiencia, y autonomía: el mantenimiento de un entorno seguro sostiene los principios de no maleficiencia y beneficiencia aunque atenta contra la autonomía y libertad personales<sup>7,8,16,18,20-22</sup>, incurriendo en el paternalismo<sup>10</sup>. Esta confrontación se acentúa al contemplar al paciente desde una perspectiva holística, ampliando el concepto de seguridad a la esfera psicoemocional y sociocultural<sup>18,22</sup>. Esto, sumado a la toma de consciencia de los efectos adversos, hace aún más controvertida la justificación del uso de la IT<sup>10,21</sup>. Igualmente, la dignidad del paciente se ve amenazada con el uso de la IT<sup>20</sup>. Estas marcadas confrontaciones atentan contra la seguridad del paciente, la práctica basada en la evidencia<sup>10,11</sup>, los cuidados individualizados y los estándares de excelencia en la calidad asistencial<sup>9,20</sup>.

Existe una preocupación creciente sobre el uso de IT y sus aspectos asociados<sup>22</sup>: se espera que a partir de la finalización del estudio PRICE<sup>12</sup> se trabaje sobre el desarrollo de un consenso europeo sobre el uso de IT en UCC<sup>22</sup>. Considerando la relevancia y actualidad del problema propuesto, el déficit de conocimientos y el aumento de prácticas en las UCC como la sedación consciente y la sedación dinámica<sup>4,27</sup> podrían aumentar el uso de IT<sup>9</sup>. Parece lógico pensar que, para salvaguardar la seguridad y el bienestar holístico del paciente, se debería resolver a la mayor brevedad posible la cuestión propuesta.

Aceptando que tanto los conocimientos como los factores grupales u organizativos, los factores individuales y los sociales-legislativos son piezas clave para la comprensión del uso de las IT; reconociendo que la decisión sobre su uso está cargada de subjetividad<sup>11</sup>; y atendiendo al modelo causal propuesto por Suen et al. (fig. 1) para explicar cómo se relacionan los distintos factores (conocimientos, experiencia clínica y actitudes) hasta influir en la práctica clínica<sup>21</sup> planteamos que profundizar en los conocimientos que los enfermeros tienen con relación a la IT, en la experiencia vivida por ellos respecto a la gestión de la IT y analizar cómo sus actitudes se modulan en función de las



**Figura 1** Modelo causal para la práctica con inmovilización terapéutica (adaptado del modelo planteado por Suen et al.<sup>21</sup>).

características del medio (prevalencia de uso de IT, uso protocolizado de IT sin valoración individualizada de la necesidad de su uso<sup>15,21</sup>...) podrían contribuir a identificar los factores clave que hacen que se mantenga su uso<sup>6-16,18</sup> a pesar de las recomendaciones<sup>9,12,14,16,22</sup>.

Son prácticamente inexistentes los estudios que abordan de una manera integral el uso de las IT en UCC, pero en alguno de ellos queda patente la falta de evidencia cualitativa respecto a la *experiencia vivida por los enfermeros*, las actitudes de los profesionales, el proceso de toma de decisiones y los conocimientos sobre el marco legislativo vigente<sup>18,20</sup>. Además, en la literatura se refleja que la toma de decisiones respecto al uso de IT es un proceso complejo y que genera sentimientos de confusión en los profesionales<sup>18,19</sup>.

Por todo lo comentado, parece que un punto débil en la atención a los pacientes críticos es la importante prevalencia de uso de IT<sup>9,13,20</sup>. En este sentido el uso de diseños cualitativos parece pertinente para realizar un abordaje integral de un problema multifactorial y pluridimensional que permita acceder a un conocimiento más profundo en aras de diseñar acciones que permitan mejorar las limitaciones actuales respecto al uso de IT en UCC<sup>28,29</sup>.

## Objetivos

### Objetivo principal

- Comprender la experiencia vivida por los enfermeros con relación a la gestión de la inmovilización terapéutica en UCC.

### Objetivos específicos

- Identificar los conocimientos de los enfermeros acerca del uso de IT en pacientes críticos.
- Describir la vivencia de los enfermeros con respecto a la toma de decisiones en la colocación, mantenimiento y retirada de la IT.
- Identificar los factores (individuales, grupales, legislativos) que los enfermeros de UCC creen que influyen en la toma de decisiones sobre el uso de IT.
- Explorar las diferencias vivenciales sobre del uso de IT entre enfermeros que trabajaban en UCC con uso frecuente/sistemático, escaso/individualizado y mixto de IT.
- Explorar cómo condiciona dicha experiencia el proceso de toma de decisiones sobre el uso de IT.

## Método

### Diseño del estudio

Estudio cualitativo fenomenológico interpretativo de Heidegger<sup>30</sup> que ha permitido conocer en profundidad la interpretación que los enfermeros de UCC realizan respecto al manejo, vivencia y toma de decisiones de la colocación, mantenimiento y retirada de la IT en pacientes críticos<sup>31,32</sup>.

### Ámbito de estudio

La recogida de datos se realizó entre diciembre de 2013 y enero de 2015, e incluyó a profesionales de 8 hospitales públicos de 2.º y 3.º nivel de la Comunidad de Madrid. Al haber en varios de los hospitales más de una UCC, se reclutaron enfermeros de un total de 14 UCC. Los ratios enfermero-paciente de las UCC implicadas variaron entre 1:2 y 1:3 según los turnos de trabajo.

### Participantes y muestreo

Muestreo intencional por propósito<sup>33</sup> con los siguientes criterios de inclusión: enfermeros que en la actualidad estuvieran o hubieran estado (en un periodo no mayor de 2 años) en UCC, con un mínimo de experiencia clínica en UCC de 3 años y que voluntariamente quisieran participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

Sumado a los criterios antes enunciados y con el objetivo de obtener datos que permitieran la comparación, se identificaron perfiles que pudieran ser congruentes con diferentes formas de comprender el uso de IT en función del entorno clínico, prestando especial atención a la salvaguarda de un equilibrio entre variación y tipicidad<sup>34</sup>. Las diferentes UCC fueron clasificadas por el investigador principal (IP) y los investigadores asistenciales como «de uso sistemático o frecuente» (UF) o de «uso individualizado o escaso» (UE) o «uso mixto» (UM) en función de la frecuencia y criterios de aplicación de IT basándonos en un formulario autoelaborado (dada la falta de recursos validados en la literatura) (ver [tabla 1](#)). El acceso a los informantes se realizó a través

**Tabla 1** Cuestionario autoelaborado para la estratificación de las Unidades de Cuidados Críticos en función del uso de inmovilización terapéutica

CUESTIONARIO AUTOELABORADO PARA LA ESTRATIFICACIÓN DE LAS UCC EN FUNCIÓN DEL USO DE IT
¿En qué situaciones se suele usar la IT en tu unidad?
¿Existe alguna norma para el uso de IT? En caso afirmativo, ¿cuál es esa norma?, ¿con qué situaciones se relaciona?
En tu unidad, ¿existe algún tipo de paciente al que de manera sistemática se le aplique IT?
¿Se dispone en tu unidad de alguna herramienta para guiar la pertinencia del uso de IT?
¿Cómo consideras el uso de IT en tu unidad, escaso o frecuente?

IT: inmovilización terapéutica; UCC: Unidades de Cuidados Críticos.

**Tabla 2** Guión usado para la moderación de los grupos de discusión

CONCEPTUALIZACIÓN DE IT				
Concepto	Indicaciones		Efectos adversos	Efectos adversos no uso
<b>SEGURIDAD</b>				
Física	Psíquica		Social	Seguridad versus riesgo
<b>FACTORES GRUPALES ORGANIZATIVOS</b>				
Decisión colocación, mantenimiento y retirada Equipo médico	Valoración individualizada Pauta escrita		Ratio enfermera:paciente	Formación específica Grado complejidad UCC
Tipo de pacientes	Tamaño UCC		Distribución física unidad	Cámaras videovigilancia
Restricción familiar Actitud equipo	Restricción farmacológica Apoyo emocional		Dolor, sedación y delirio Trabajo en equipo	
<b>FACTORES INDIVIDUALES</b>				
Experiencia	Género	Autoestima	Comportamiento del paciente	Empatía
Habilidades de comunicación	Sentimientos		Manejo de la presión	Manejo del riesgo
<b>ASPECTOS LEGISLATIVOS - SOCIEDADES CIENTÍFICAS</b>				
Marco legal	Sociedades		Conocimiento	Influencia
<b>ÉTICA</b>				
Dignidad	Autonomía		No-maleficiencia	Beneficiencia
<b>ALTERNATIVAS</b>				
<b>ASPECTOS A EXPLORAR INTRODUCIDOS EN FASES AVANZADAS DE GRUPOS DE DISCUSIÓN</b>				
Priorización y organización temporal de las alternativas al uso de IT				
Influencia de los sentimientos en el proceso de toma de decisiones				
Abreviaturas: IT (Inmovilización Terapéutica); UCC (Unidades de Cuidados Críticos).				

de los investigadores asistenciales<sup>34,35</sup>. Se recogieron datos hasta obtener la saturación de los temas emergentes<sup>34,35</sup>.

### Recogida de datos

Se realizaron 5 grupos de discusión (GD)<sup>35</sup> para, partiendo de la experiencia individual en el entendimiento y proceso subjetivo de toma de decisiones, descubrir una estructura de sentido compartido y la exploración de los factores grupales e individuales. Se procuraron criterios de heterogeneidad intragrupo atendiendo a variables como sexo, edad, experiencia profesional, centro de trabajo, etc. que se consideraron relevantes en la revisión bibliográfica.

El reclutamiento de informantes resultó dificultoso por el desplazamiento al lugar de realización de los GD y los horarios de trabajo. Esta dificultad resultó en la reconversión de algunos de los GD en mini-GD formado por 3-7 enfermeros. Esta situación interpretada, *a priori*, como una limitación se convirtió, *a posteriori*, en una ventaja en tanto que el uso de mini-GD en la aproximación fenomenológica resulta teóricamente más congruente al mismo tiempo que pragmáticamente más enriquecedor. Por una parte, el tamaño discreto del grupo permite la externalización de la experiencia individual de forma más profunda (en tanto que las interacciones discursivas se prevén menores que con mayor número de participantes), por otro lado, la sinergia grupal y la contrastación de experiencias durante el desarrollo de la dinámica permiten la matización y descripción más profunda de aspectos previamente considerados insignificantes

en la experiencia individual, así como la reflexión personal y grupal sobre aspectos contradictorios o complejos<sup>36</sup>.

Los GD fueron audiograbados y transcritos para su posterior análisis. Se desarrollaron en un ambiente tranquilo y ajeno a los informantes y a los investigadores, para evitar diferencias en el bienestar percibido.

Todos los GD fueron moderados por el IP acompañado por algún miembro del equipo experto en investigación cualitativa. Inicialmente se planteó el mismo guión para todos los GD (ver [tabla 2](#)) con una estrategia de moderación no directiva con preguntas abiertas y generales, aunque, posteriormente, se introdujeron nuevas preguntas más directivas para aumentar la productividad discursiva.

### Análisis de datos

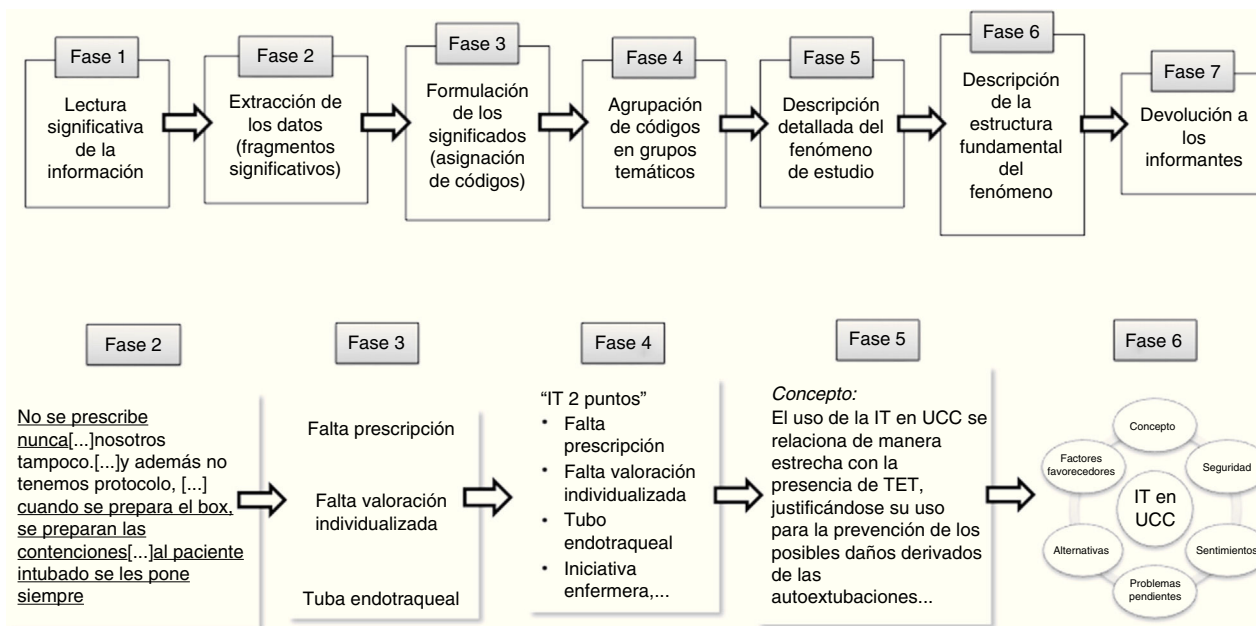
Se realizó un análisis temático del contenido latente<sup>37</sup> guiado por el método de los 7 pasos de Colaizzi para el análisis de datos<sup>38</sup>. Con el objetivo de estimular la sensibilidad teórica<sup>39,40</sup> se utilizaron estrategias tales como la formulación de un glosario de códigos, la escritura de memorandos y el uso de técnicas de diagramación<sup>41,42</sup>. Ver proceso de análisis en [figura 2](#).

El análisis de datos se realizó apoyado por el software Atlas.ti (versión 7.0).

### Criterios de rigor

Se vigiló la adecuación epistemológica al objeto de estudio en cuanto a relevancia, validez y reflexividad<sup>43,44</sup>. Con





**Figura 2** Proceso de análisis y aplicación al fenómeno de estudio (uso de la inmovilización terapéutica en Unidades de Cuidados Críticos).

IT: Inmovilización Terapéutica; UCC: Unidades de Cuidados Críticos; TET: tubo endotraqueal.

relación a la validez, se hizo uso de estrategias tales como la triangulación entre investigadores durante el proceso de análisis, con sesiones para la puesta en común y consenso de las inferencias realizadas por cada uno de los analistas, sesiones de devolución con expertos clínicos y con algunos de los informantes (*member checking*)<sup>38</sup>, y comprobación de criterios de calidad para el reporte de investigaciones cualitativas mediante la propuesta COREQ<sup>45</sup>. Atendiendo a la reflexividad, la cercanía del IP al fenómeno de estudio podría haber supuesto un sesgo interpretativo, sin embargo, su amplio conocimiento y experiencia sobre el tema (*being-in-the-world*)<sup>31</sup> han sido utilizados de forma crítica y juiciosa, de modo que han podido favorecer el planteamiento de la pregunta de investigación y el análisis. Además, el IP llevó, durante el desarrollo del estudio, un diario reflexivo y memorandos observacionales, inferenciales, teóricos que le ayudaron a identificar y hacer explícitas sus ideas preconcebidas<sup>30</sup> y a orientar el proceso en las distintas fases de recogida y análisis de los datos.

### Aspectos éticos

El proyecto recibió dictamen favorable de los Comités Éticos de Investigación Clínica de los hospitales participantes y la autorización de los supervisores de cada UCC implicada. Se vigiló la confidencialidad mediante anonimización de las UCC y de los participantes. Cada informante recibió información de los objetivos y metodología del estudio y firmó el documento de consentimiento informado.

### Resultados

De cara a la presentación de resultados conviene aclarar que, aunque inicialmente se planteó la estratificación de

las UCC en 3 subtipos (UF, UE y UM), al realizar el análisis de los datos, no se observaron diferencias reseñables en el discurso de los enfermeros de UCC de UF y UM, reagrupándose ambos estratos en UF de IT y UE de IT. En la **figura 3** pueden observarse las características de la muestra y de los GD en función de los criterios poblacionales y procedimientos muestrales usados.

Del análisis de los distintos GD emergen 6 grandes temas comunes a todos los subtipos de UCC: 1) significado de IT en UCC, 2) seguridad (autorretirada de dispositivos de soporte vital), 3) factores favorecedores, 4) sentimientos, 5) alternativas y 6) problemas pendientes. Por otra parte, se apreciaron algunas diferencias intratemáticas en los subtipos de UCC.

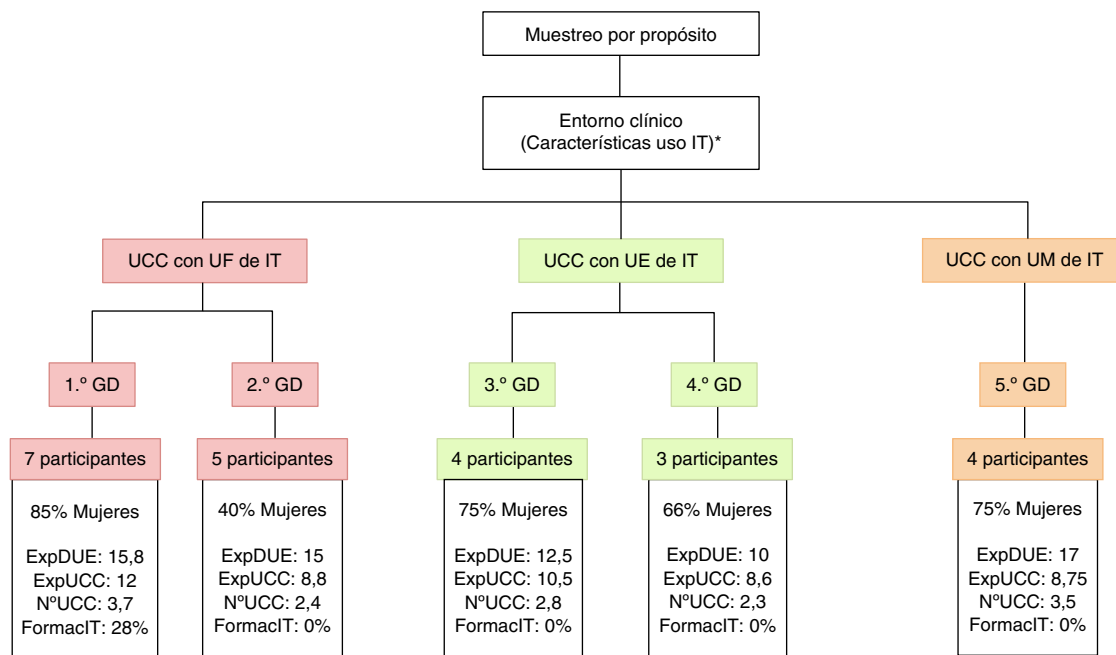
### Temas comunes a todos los subtipos de Unidades de Cuidados Críticos

#### Significado de inmovilización terapéutica en Unidades de Cuidados Críticos

Dentro de este tema se agruparon una serie de significados relevantes y específicos del uso de IT: interpretaciones de la IT, «IT de 2 puntos» versus «IT de 3 puntos», peculiaridades de las UCC, efectos adversos de IT, deficiencias detectadas respecto al uso de IT e iniciativa de uso de la IT.

Los enfermeros realizan diferentes interpretaciones con relación a la IT haciendo referencia a ella como algo que va más allá del tratamiento: protección de la enfermera («... tener la sensación de tener la espalda cubierta, es una cosa que nos da miedo...» [GD2]), o amenaza al paciente para que esté tranquilo («... como no te estés quieto te voy a tener que atar...» [GD1]).

Se distinguen 2 formas características de IT en UCC que los enfermeros conceptualizan como «IT de 2 puntos»



**Figura 3** Características de los grupos de discusión en función de los criterios poblacionales y procedimientos muestrales.

\* Hipótesis conceptual: el entorno clínico condiciona las conceptualizaciones del uso de IT.

IT: Inmovilización Terapéutica; UCC: Unidades de Cuidados Críticos; UF: uso frecuente/sistemático; UE: uso escaso/individualizado; UM: uso mixto; GD: Grupo de Discusión; ExpDUE: años de experiencia laboral como enfermero; ExpUCC: años de experiencia laboral como enfermero en Unidades de Cuidados Críticos; NºUCC: número de Unidades de Cuidados Críticos diferentes en las que se ha desarrollado actividad asistencial; FormaclT: porcentaje de participantes con formación específica en Inmovilización Terapéutica, no obligatoriamente en el ámbito de Cuidados Críticos.

versus «IT de 3 puntos». Las características atribuidas por los informantes a cada una de ellas pueden verse en la [tabla 3](#), destacándose la utilización de la «IT de 2 puntos» que responde a la utilización de IT sin una valoración individualizada de las necesidades del paciente.

La situación del paciente crítico y el medio estresante y tecnológico de las UCC condiciona la visión de la IT, sin que pueda compararse su uso con el realizado en otros medios (Geriatría, Salud Mental, etc., «...en la UVI es diferente...»

[GD1]). Se reconoce una pérdida parcial del rol cuidador enfermero en las UCC («...hay veces que cuidamos poco...» [GD2]) y la falta de atención basada en el paciente («...en un ámbito tan tecnológico lo que menos importa parece ser que es el paciente...» [GD2]) y de visión holística («...seguridad desde el punto de vista físico [...], psicológico creo que no se valora...» [GD3]).

Con relación a los efectos adversos de la IT se reconocen estos como escasos y poco frecuentes. Solamente se señalan

**Tabla 3** «Inmovilización terapéutica de 2 puntos» versus «inmovilización terapéutica de 3 puntos»

	IT de 2 puntos	IT de 3 puntos
Denominación	Sujeción mecánica	Contención psiquiátrica
Tipo de paciente/contexto de uso	Paciente con TET (intento de autorretirada de dispositivos)	Paciente delirante, desorientado, agitado
Justificación de uso	Seguridad: por precaución, por rutina	Seguridad
Localización	MMSS	Abdomen + MMSS
Material utilizado	Sin sistema homologado	Homologado
Valoración del uso	No individualizada	Individualizada
Protocolo para el manejo	No	No
Iniciativa de uso	Enfermera	Enfermera
Prescripción médica	No	Ocasional
Registro en HC	No	Ocasional
Prevalencia de uso	Muy frecuente	Moderada

HC: historia clínica; IT: inmovilización terapéutica; MMSS: miembros superiores; TET: tubo endotraqueal.

las lesiones por presión o edemas y el aumento de los episodios de agitación («...se ponen mucho más tensos...» [GD5]) considerando que los efectos adversos aparecen generalmente fuera del medio de las UCC («...ni te voy a contar en una planta, que le dejás ahí sujeto y te vas...» [GD3]).

Los informantes identifican sus propias limitaciones con respecto al uso de IT como el déficit de formación, la falta de prescripción («...no es una costumbre el que se prescriban sujeciones...» [GD2]), el escaso registro en la historia clínica («...no lo registramos...» [GD4]), la variabilidad en la práctica clínica («...al libre albedrío... Dependiendo del turno en que estés así se aplican también...» [GD1]), la normalización del uso de IT o la falta de uso juicioso en el manejo de la IT («...pero un enfermo que te entiende y que está tranquilo, ¿tú lo atas? [...] yo sí...» [GD5]).

Finalmente los participantes se muestran de acuerdo en que la iniciativa de uso de la IT es enfermera («...siempre parte la iniciativa del personal de enfermería...» [GD4]), haciendo alusión a que los profesionales médicos no lo consideran una parte relevante del tratamiento y que lo dejan en manos de los profesionales enfermeros («... nunca lo preguntamos a los médicos, ellos nunca nos dicen absolutamente nada...» [GD2]).

### Seguridad

La justificación central para el uso de IT en el medio de las UCC es la seguridad, concepto que los profesionales abordan desde 2 perspectivas: *seguridad del paciente* («...prima sobre todo la seguridad...» [GD1], «el 100% de los casos lo ponemos por la seguridad del paciente» [GD4]) y *seguridad de los profesionales* («...tienes la sensación de que la sujeción te da seguridad...» [GD1], «...y aparte seguridad por mí; a evitar que yo tengo algún problema en caso de que se extube o que tal...» [GD1]).

### Factores favorecedores/moduladores del uso de inmovilización terapéutica

Dentro de los factores que favorecen o modulan el uso de la IT en el medio de los pacientes críticos se señalan 3: 1) factores individuales, 2) factores grupales y 3) factores relacionados con la organización.

Con respecto a los primeros destaca el temor a la reacción de los médicos ante las autoextubaciones («...como se quite el tubo, a mí me van a matar...» [GD1]), la rigidez de los profesionales ante el cambio («...porque siempre se ha hecho así» [GD2]) o la interpretación que se hace del comportamiento del paciente («...los intentos autolíticos [...] vienen atados desde el principio, es una persona que se ha intentado suicidar [...] no está en su sano juicio [...] nadie se lo plantea [...] van de cabeza [...] es uno de los casos en los que..., vamos, de libro...» [GD1]).

Entre los factores grupales destaca la culpabilización a las enfermeras de las extubaciones de los pacientes («¿...quién es la culpable? La enfermera [...] Se te ha extubado... [...] No al de al lado ni a la auxiliar ni al médico, sino a ti...» [GD1], «rápidamente van como a por ti [...] ha sido un fallo tuyo...» [GD2]), los problemas de comunicación entre médicos y enfermeros («...depende de la relación enfermera-médico...» [GD1], «...no te avisan de que te han bajado una sedación...» [GD5]), la presión del resto de los

membros del grupo («...también tienes que pelear con tu compañera que es como... “¿Y no le atas?”...» [GD5]) o el mal manejo en la unidad de las causas de agitación y de las herramientas de valoración («...nos interesamos realmente poco por saber por qué se está produciendo esa agitación...» [GD2]), «...mala sedación del paciente [...] tendría que estar mejor sedado...» [GD5]), cuestiones que podrían estar favoreciendo el uso de IT.

Por último, en cuanto a los factores organizacionales, cabe señalar la restricción de los horarios de visita familiar («...la familia solo pasa 20 min por la mañana...» [GD1]), los ratios paciente-enfermero, distribución arquitectónica de las UCC («...que sea una sala diáfana, porque cualquiera pasa y lo ve...» [GD3]) o los repartos de las cargas de trabajo («...no los seguimos, porque no tenemos una atención continuada con ellos...» [GD1], «...el reparto de los enfermos pues llevas uno aquí y otro de aquí [...] a la hora de repartir las cargas de trabajo una de las cosas que se deberían tener en cuenta es la seguridad del paciente» [GD4]).

### Sentimientos

En ambos subtipos de UCC emerge el subtema *economía de sentimientos*, verbalizando los profesionales la ausencia de sentimientos respecto al manejo de pacientes con IT («...no tengo ningún sentimiento, ni bueno ni malo...» [GD1], «...es parte de tu trabajo, que te puede gustar más o menos [...] yo no me voy mal para mi casa...» [GD4]).

La *indefensión enfermera* aparece como un sentimiento que empuja a los enfermeros a la aplicación de la IT cuando perciben que se han quedado sin el resto de herramientas para el manejo del paciente. Del mismo modo que se plantea desde la teoría de la indefensión aprendida (Seligman y Maier, 1967) la enfermera, viendo que sus intentos por evitar el uso de IT fracasan de forma sistemática, se deja llevar por la dinámica de la unidad («...atar tampoco es la solución, si eso lo entendemos todos, lo que pasa es que...» [GD3], «...es desagradable, a mí tampoco me gusta sujetarles [...], pero...» [GD5]).

### Alternativas

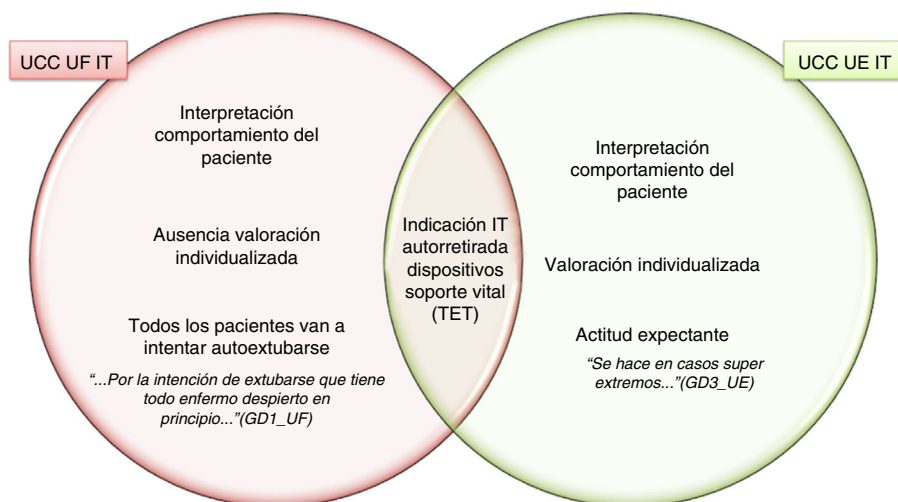
Los profesionales reconocen que la restricción farmacológica, tecnológica, psicológica, verbal y familiar, acompañadas del manejo del ambiente estresante de las UCC podrían considerarse herramientas útiles para prevenir el uso de IT. Además, la información preoperatoria adecuada en los pacientes de cirugía programadas y la musicoterapia podrían resultar medidas eficaces para disminuir el uso de IT en las UCC.

Todas estas medidas resultarían especialmente fructíferas si se hace un uso conjunto de todas ellas («...te pones a sumar un montón de cosas, vas bajando el riesgo cada vez más...» [GD2]).

### Problemas pendientes

Los profesionales señalan la necesidad de impulsar la reflexividad al respecto del uso de IT («...hay gente que a lo mejor si se lo plantea un poco más y que tiende a soltar...» [GD2], «...hay que tomar conciencia para poder cambiar...» [GD2]), considerarla como una medida excepcional («...la sujeción sería como una práctica algo muy puntual en la unidad...» [GD1]), identificando como elementos de mejora





**Figura 4** Diagrama de Venn: influencia de la interpretación del comportamiento del paciente en la indicación de uso de la inmovilización terapéutica en Unidades de Cuidados Críticos con uso frecuente versus uso escaso de inmovilización terapéutica. IT: inmovilización terapéutica; TET: tubo endotraqueal; UCC: Unidades de Cuidados Críticos; UE: uso escaso/individualizado; UF: uso frecuente/sistemático.

la potenciación del trabajo en equipo entre enfermería y medicina, la necesidad de profundizar en las alternativas a la IT, la necesidad de protocolos que guíen el manejo del paciente crítico con IT, la mejora del ambiente estresante de las UCC, prescripción médica de la IT, etc.

Resulta significativo el consenso de los enfermeros en cuanto a que el manejo de la IT debería ser una prescripción enfermera, dada la posición excepcional de las enfermeras a pie de cama («...De enfermería [...] quien pasa realmente...[.] las 8 o las 10 h, eres tú...» [GD1], «que sea prescripción enfermera y responsabilidad de las enfermeras y de todo un poco» [GD5]), aunque la aceptación de esa responsabilidad debería ir asociada a un aumento de la formación en IT y a la existencia de protocolos de manejo («...con un protocolo [...] necesitamos formación» [GD3]).

### Divergencias intratemáticas según el subtipo de Unidades de Cuidados Críticos

Dado que en las unidades de UF de IT esta se justifica por la presencia de vía aérea artificial o el inicio de los procesos de destete de la ventilación mecánica, no se puede hablar del proceso de toma de decisiones para el manejo de la IT: este juicio clínico no parece existir. Sin embargo, en las UCC con UE de IT los profesionales reconocen que este proceso de toma de decisiones existe, aunque muestran dificultades para la verbalización consciente de este («...a criterio de cada enfermero [...]. ¿En qué os basáis para tomar la decisión? [...] si yo veo, pues, que durante esas mañanas el paciente está tranquilo, que yo aprovecho y cuando vamos a hacer el aseo le suelto [...] viéndolo un poco cómo reacciona [...]. Lo voy viendo. [...]. ¿No utilizáis nada para basar vuestra decisión, un valor en la escala de RASS, una escala de delirio, algún elemento que os permita? [...] si está claramente agitado le sujetamos, ahí no hay vuelta atrás [...], en un paciente tranquilo que te contesta asintiendo con la cabeza y que... , yo qué sé, lo vas viendo» [GD5\_UF]).

Por otra parte, resultan llamativas las diferencias halladas en cuanto a la influencia de la interpretación del comportamiento del paciente en la indicación de uso de la IT, el uso de las herramientas de valoración y manejo de las causas de agitación y la explicación a la economía de sentimientos.

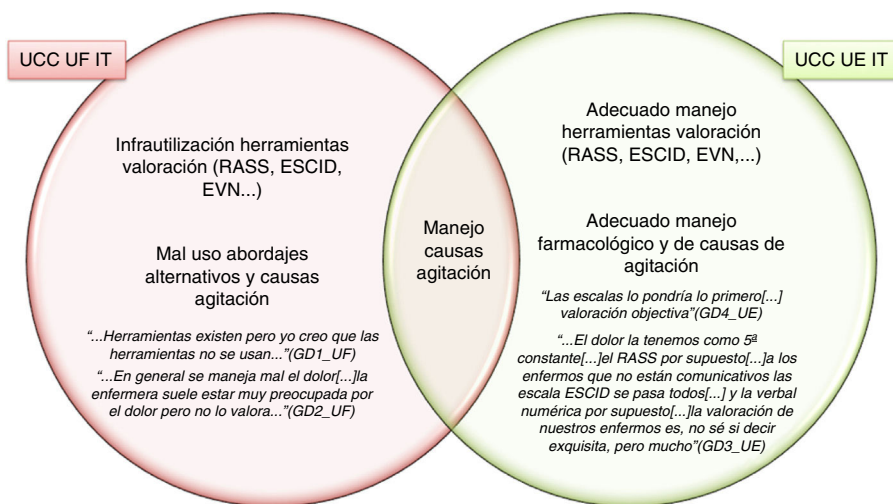
Como se puede observar en la figura 4, aunque en ambos subtipos de UCC la indicación de IT es la prevención de la autorretirada de los dispositivos de soporte vital, existen diferencias en la interpretación que los enfermeros hacen del comportamiento del paciente: en las UCC con UF de IT se asume que todos los pacientes van a intentar autoextubarse, en las UCC con UE de IT se plantea una actitud expectante, tomándose la decisión de colocación de IT o no en función de la valoración de cada paciente.

En las UCC con UE de IT se señala la importancia del uso sistemático de las herramientas de valoración validadas para el dolor, la agitación/sedación y delirio; el uso de dichas herramientas condicionaría un uso óptimo de las herramientas farmacológicas para el control de la agitación. Sin embargo, en las UCC con UF de IT se reconoce la infrutilización de dichas herramientas y el mal manejo de algunas causas de agitación como el dolor (ver fig. 5).

Aunque en ambos subtipos de UCC se contempla la *economía de sentimientos*, se aprecian diferencias significativas en la causa de este aplanamiento emocional ante una medida extrema como la IT: en las UCC con UF la normalización del uso podría explicar la supresión/minimización de los sentimientos, en las UCC con UE de IT este aplanamiento de sentimientos podría relacionarse con el hecho de que la IT solo se usa cuando todos los abordajes alternativos han fracasado (fig. 6).

### Discusión

Aunque la minimización del uso de la IT y su manejo eficiente han sido considerados prioritarios en medios como la Salud Mental o la Geriátrica, hasta ahora su uso en UCC



**Figura 5** Diagrama de Venn: infrautilización vs. adecuado uso de herramientas de valoración y manejo de las causas de agitación en unidades con uso frecuente/sistemático de inmovilización terapéutica versus unidades con uso escaso/individualizado de inmovilización terapéutica.

ESCID: Escala de conductas indicadoras de dolor; EVN: Escala verbal numérica; IT: inmovilización terapéutica; RASS: Richmond Agitation Sedation Scale; UCC: Unidades de Cuidados Críticos; UE: uso escaso/individualizado; UF: uso frecuente/sistemático.



**Figura 6** Diagrama de Venn: economía de sentimientos ante el uso de inmovilización terapéutica en Unidades de Cuidados Críticos con uso frecuente versus uso escaso de inmovilización terapéutica.

IT: inmovilización terapéutica; UCC: Unidades de Cuidados Críticos; UF: uso frecuente/sistemático; UE: uso escaso/individualizado.

ha pasado casi inadvertido<sup>6</sup>. El abordaje cualitativo ha permitido identificar aspectos que hasta ahora habían podido pasar desapercibidos: peculiaridades del medio de las UCC respecto a la IT, factores moduladores de su uso, influencia del manejo farmacológico y del uso de las herramientas de valoración. . .

A partir de los resultados obtenidos, el manejo de la IT en UCC se centra, principalmente, en el riesgo de autorretirada de los dispositivos de riesgo vital, concretamente el tubo endotraqueal (TET). Al emerger como tema central la presencia de TET, los paquetes de medidas propuestos en otros ámbitos (Salud Mental, Geriátría, etc.) para la minimización del uso de la IT podrían no resultar apropiados, ya que en estos medios el uso de la IT se justifica, principalmente, por la prevención del daño a terceros<sup>25</sup>.

Los profesionales alegan motivos de seguridad del paciente para justificar el uso de la IT, pero se detecta una falta de visión holística al hablar de seguridad, se infravaloran los aspectos psicosociales y el foco se centra exclusivamente en los aspectos biológicos de la persona<sup>18,22</sup>.

Resulta llamativa tanto la falta de prescripción médica (necesaria en nuestro medio con el marco normativo vigente) como que la iniciativa central para el uso de IT parta de las enfermeras. Este último hecho parece acorde con las distintas referencias bibliográficas que colocan a los profesionales enfermeros en un papel protagonista en el manejo de la IT<sup>8,13,18-20</sup>. El hecho de que el uso de la IT no quede registrado en la historia clínica del paciente hace sospechar de la invisibilidad<sup>8,25</sup> del problema, y avala la necesidad urgente de implementar medidas específicas al respecto,

especialmente si se tiene en cuenta que nos hallamos en el principio de la era de la sedación consciente<sup>4,17,27</sup>.

El uso sistemático de IT en todos los pacientes intubados o en proceso de destete se contraponen a las recomendaciones dadas desde distintos grupos de trabajo<sup>8,27</sup> que abogan por la minimización o valoración individualizada de las necesidades de uso de la IT, ya que esta se relaciona con aumento del delirio, del estrés postraumático, etc.<sup>22,46-49</sup>.

En ambos subtipos de UCC se han hallado dificultades en el proceso de toma de decisiones respecto al manejo de la IT, o bien ese proceso no existe por la normalización del uso de IT (UCC con UF) o bien no puede ser justificado correctamente (UCC con UE). Un completo proceso de toma de decisiones al respecto de la IT conllevaría: conciencia y definición del problema, determinación del objetivo, valoración de las distintas alternativas, implementación de la actuación seleccionada y evaluación de los resultados<sup>50</sup>. Este proceso es complejo<sup>18,19</sup>, aún más en situaciones críticas y relacionadas con el riesgo vital como el uso de la IT en las UCC. Sin embargo, al amparo de los resultados obtenidos, los enfermeros parecen no completar de manera consciente todo el complejo proceso de toma de decisiones. La falta de reconocimiento de los efectos adversos de la IT<sup>25,51</sup> podría estar influyendo en la deficiente toma de decisiones encontrada.

La economía de sentimientos referida resulta llamativa inicialmente, aunque es congruente con datos de la bibliografía en otros ámbitos<sup>10,18-20</sup>, en los que los profesionales refieren ausencia de sentimientos al considerar el uso de la IT como parte del trabajo (normalización del uso de IT)<sup>11</sup>. Asimismo, los sentimientos de indefensión podrían justificar el uso de IT como respuesta enfermera ante múltiples problemas que quedan fuera del alcance de los profesionales<sup>11,52,53</sup>.

Acorde con estudios realizados en otros medios ajenos al paciente crítico<sup>8-10,12,14,15,18-22,26</sup>, los profesionales señalan la influencia de los factores individuales (temor a la reacción de los médicos ante las autoextubaciones, rigidez de los profesionales o la interpretación que los enfermeros hacen del comportamiento del paciente), los factores grupales (culpabilización a las enfermeras de las extubaciones de los pacientes, los problemas de comunicación entre médicos y enfermeros, la presión del resto de los miembros del grupo o el mal manejo en la unidad de las causas de agitación y de las herramientas de valoración) y los factores relacionados con la organización (restricción de los horarios de visita familiar, ratios paciente-enfermero, distribución arquitectónica de las UCC o repartos de las cargas de trabajo). Aunque los profesionales de ambos subtipos de unidades reconocen la influencia de los ratios enfermero-paciente, resulta llamativo que los ratios sean similares en los 2 subtipos de UCC (1:2-1:3), por tanto, aunque este factor sea considerado relevante por los profesionales de Enfermería, puede que no sea tan determinante en la práctica clínica<sup>15,54,55</sup>.

Resulta especialmente significativo en el momento actual la implementación de estrategias de valoración sistemática de dolor, profundidad de la agitación/sedación y delirio<sup>4,17,27</sup>, que finalmente condicionan el manejo óptimo del bienestar del paciente. Estas estrategias hasta ahora han sido recomendadas por múltiples grupos de trabajo con objetivos diferentes al manejo de la IT<sup>4,17,27</sup>, pero a la luz de los resultados obtenidos podrían ser una herramienta potente para minimizar el uso de la IT en UCC, ya que se

han detectado mayores deficiencias en este aspecto en las UCC con UF de IT. Un manejo poco adecuado del bienestar del paciente crítico podría favorecer el uso de la IT, entendiéndose esta como una medida para subsanar deficiencias que los enfermeros sienten fuera de su alcance.

La implementación conjunta de los abordajes alternativos a la IT podría resultar eficaz y debería ser tenida en cuenta a la hora de desarrollar estrategias para disminuir la prevalencia de IT. Dentro de estos planes se deberían incluir conceptos como el trabajo en equipo, la no culpabilización real por los problemas de seguridad, la comunicación efectiva o la conceptualización de la IT como medida extrema o excepcional. Por supuesto, estos planes de reducción de la prevalencia de IT deberían ser multidisciplinarios, ya que se han detectado factores favorecedores del uso de IT que incluyen a todos los miembros de los equipos de las UCC.

Por último, cabe reseñar el acuerdo de los enfermeros de incluir el manejo de la IT como prescripción enfermera en las UCC aprovechando su posición privilegiada a pie de cama, cuestión actual pero que precisaría de un aumento formativo y de estrategias de normalización de la práctica como el uso de protocolos y algoritmos de decisión.

El abordaje fenomenológico ha permitido profundizar sobre factores hasta ahora ocultos que condicionan el manejo de la IT en pacientes críticos. Cada uno de los factores localizados deberían ser tenidos en cuenta para desarrollar estrategias realistas, efectivas y éticas para el manejo de la IT teniendo en cuenta algunas limitaciones del estudio tales como: el hecho de que solo se haya incluido en la población de estudio a enfermeros que, aun siendo considerados los actores principales en el manejo de la IT<sup>8,13,18-20</sup>, comparten protagonismo con otros profesionales (médicos y auxiliares de enfermería) que pueden estar ejerciendo influencias y que deberían ser incluidos en nuevos estudios cualitativos para dirimir las peculiaridades de su conceptualización sobre el uso de las IT en UCC; y la ausencia de datos reales de prevalencia de uso de IT en las UCC<sup>6,12,16</sup> que debería ser subsanada y relacionada con los factores moduladores del uso de la IT. Una vez resueltas las cuestiones pendientes, se deberían localizar las concurrencias interpretativas de cada uno de los abordajes para generar recomendaciones y estrategias que permitan la minimización o uso seguro, ético y eficiente de la IT en las UCC.

## Conclusiones

- El abordaje cualitativo ha permitido comprender con mayor profundidad un fenómeno complejo, multifactorial e invisible como es el uso de la IT en las UCC.
- Se han detectado factores que influyen en el uso de la IT que hasta ahora no habían sido tenidos en cuenta, como el significado que los enfermeros atribuyen a su uso en las UCC, su relación con la seguridad del paciente, factores que modulan su uso y sentimientos generados en los profesionales a partir de su aplicación.
- Se han identificado diferencias significativas entre las UCC con UF versus UE de IT en aspectos como el uso sistemático de las herramientas de valoración de dolor, agitación/sedación y delirio, la interpretación del comportamiento del paciente y el proceso de toma de decisiones para el uso de la IT.

- Las estrategias encaminadas a la reducción de la prevalencia de la IT en los pacientes críticos deberían considerar elementos claves como la multidisciplinariedad, la mejora de la comunicación entre los miembros del equipo y el manejo adecuado del bienestar (dolor, sedación y delirio) del paciente.
- Los programas de reducción del uso de la IT en las UCC deberían ser considerados una línea prioritaria en el contexto de cambio de paradigma de manejo de los pacientes críticos: evolucionar desde pacientes profundamente dormidos hacia pacientes con sedación consciente y cuyo manejo esté basado en la analgesia-sedación. En ausencia de desarrollo de planes específicos para la disminución de la IT en las UCC, este cambio de paradigma hacia la sedación consciente podría incluso aumentar el uso de la IT, con la justificación de la prevención de las autoextubaciones, lo que empeoraría la situación actual.
- La propuesta unánime de considerar la IT en las UCC como prescripción enfermera debería tenerse en cuenta, ya que refleja la realidad diaria del manejo de los pacientes críticos y la posición privilegiada de los enfermeros a pie de cama.
- Si el reto para las UCC del siglo XXI es la humanización de la asistencia, la evolución hacia unos cuidados más éticos, holísticos, individualizados y en el que el eje central sea la asistencia basada en el paciente, las estrategias de minimización y adecuación del manejo de la IT deberían ocupar un lugar relevante tanto para los profesionales asistenciales como para aquellos dedicados a la gestión y docencia del paciente crítico.

## Financiación

El presente proyecto recibió el primer accésit por la Cátedra UAM-FUDEN en noviembre de 2012.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A M. Dolores Rodríguez Huerta.

A todos los profesionales asistenciales que de manera altruista han hecho posible el desarrollo del presente estudio.

## Bibliografía

1. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
2. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe de febrero de 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
3. Alerta N.º5. Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes. Alerta de seguridad en atención sanitaria. Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes. [consultado 20 Jun 2013]. [aprox. 2 pág]. Disponible en: <http://www.fadq.org/Portals/0/SeguridadAt/Alerta%205%20Inmovilizacion.v2.pdf>.
4. Celis-Rodríguez E, Birchenall C, de la Cal MA, Castorena Arellano G, Hernández A, Ceraso D, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Med Intensiva*. 2013;37:519-74.
5. Recomendaciones para la actualización de protocolos de inmovilización terapéutica. Actualización marzo 2013. Servicio Madrileño de Salud: Dirección General de Hospitales; 2013.
6. Martín Iglesias V, Pontón Soriano C, Quintián Guerra MT, Velasco Sanz TR, Merino Martínez MR, Simón García MJ, et al. Contención mecánica: su uso en cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2012;23:164-70.
7. Nirmalan M, Dark PM, Nigthingale P, Harris J. Physical and pharmacological restraint of critically ill patients: Clinical facts and ethical considerations. *Br J Anaesth*. 2004;92:789-92.
8. Hine K. The use of physical restraint in Critical Care. *Nurs Crit Care*. 2007;12:6-11.
9. Bray K, Hill K, Robson W, Leaver G, Walker N, O' Leary M, et al. British Association on Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nurs Crit Care*. 2004;9:199-212.
10. Cheung PP, Yam BM. Patient autonomy in physical restraint. *J Clin Nurs*. 2005;14 Suppl 1:34-40.
11. Perkins E, Prosser H, Riley D, Whittington R. Physical restraint in a therapeutic setting: A necessary evil? *Int J Law Psychiatry*. 2012;35:43-9.
12. 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.
13. JBI. Physical restraint, best practice. Vol 6 Iss 3, 4. Australia: Blackwell Publishing Asia; 2002.
14. Langley G, Schmollgruber S, Egan A. Restraints in intensive care units-a mixed method study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011;27:67-75.
15. Huizing AR, Hamers JP, de Jonge J, Candel M, Berger MP. Organisational determinants of the use of physical restraints: A multilevel approach. *Soc Sci Med*. 2007;65:924-33.
16. Pérez de Ciriza Amatriain AI, Nicolás Olmedo A, Goñi Viguria R, Regaira Martínez E, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC. Restricciones físicas en UCI: su utilización y percepción de pacientes y familiares. *Enferm Intensiva*. 2012;23:77-86.
17. Maccioli GA, Dorman T, Brown BR, Mazuski JE, McLean BA, Kuszaj JM, et al. 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;31:2667-76.
18. Goethals S, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. Nurses' decision-making in cases of physical restraint: A synthesis of qualitative evidence. *J Adv Nurs*. 2012;68:1198-210.
19. Lai CK. Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? - A study using focus group interviews. *BMC Nurs*. 2007;6:5.
20. Chuang YH, Huang HT. Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *J Clin Nurs*. 2007;16:486-94.
21. Suen LK, Lai CK, Wong TK, Chow SK, Kong SK, Ho JY, et al. Use of physical restraints in rehabilitation settings: Staff knowledge, attitudes and predictors. *J Adv Nurs*. 2006;55:20-8.
22. Hofso K, Coyer FM. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: Contributing factors. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23:249-55.
23. De Jonghe B, Constantin JM, Chanques G, Capdevila X, Lefrant JY, Outin H, et al. Physical restraint in mechanically ventilated ICU patients: A survey of French practice. *Intensive Care Med*. 2013;39:31-7.



24. 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.
25. Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: A systematic review. *J Adv Nurs.* 2003;41:274–82.
26. Saarnio R, Isola A. Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *J Clin Nurs.* 2010;19(21–22):3197–207.
27. Sandiumenge A, Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. Sedación, analgesia y bloqueo neuromuscular en el paciente crítico. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. *Med Intensiva.* 2008;32(Sup 1).
28. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 5.ª ed. México DF: McGraw-Hill; 2010.
29. Paley J, Lilford R. Qualitative methods: An alternative view. *BMJ.* 2011;342:956–8.
30. Norlyk A, Harder I. What makes a phenomenological study phenomenological? An analysis of peer-reviewed empirical nursing studies. *Qual Health Res.* 2010;20:420–31.
31. Parsons K. Exploring how Heideggerian philosophy underpins phenomenological research. *Nurse Res.* 2010;17:60–9.
32. Paley J. Heidegger, lived experience and method. *J Adv Nurse.* 2013;70:1520–31.
33. Coyne IT. Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *J Adv Nurs.* 1997;26:623–30.
34. Morse JM. Read me first for a user's guide to qualitative methods. London: Sage Publications; 2002.
35. Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis Sociológica; 2007.
36. Bradbury-Jones C, Sambrook S, Irvine F. The phenomenological focus group: An oxymoron? *J Adv Nurs.* 2009;65:663–71.
37. Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH, editores. Hermeneutic phenomenological research. A practical guide for nurse researchers. *Methods in nursing research.* Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
38. Sanders C. Application of Colaizzi's method: Interpretation of an auditable decision trail by a novice researcher. *Contemporary Nurse.* 2003;14:292–302.
39. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. 2.ª ed. Thousand Oaks: Sage; 1998.
40. Hoare KJ, Mills J, Francis K. Dancing with data: An example of acquiring theoretical sensitivity in a grounded theory study. *Int J Nurs Pract.* 2012;18:240–5.
41. González Gil T, Cano Arana A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación (II). *Nure Inv [Internet].* 2010. Mar-Abr [consultado 10 Abr 2012] [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/analisisdatoscodif45.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/analisisdatoscodif45.pdf).
42. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. Qualitative data analysis. A methods sourcebook. 3rd ed. Thousand Oaks: SAGE; 2014.
43. Calderón Gómez C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Publica.* 2002;76:473–82.
44. Calderón Gómez C. Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y escritura. *Forum Qualitative Social Research [Internet].* 2009;10. May [consultado 9 Sept 2013] Art. 17 [aprox. 19 p.]. Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1294/2766>
45. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19:349–57.
46. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA.* 1996;275:852–7.
47. Micek ST, Anand NJ, Laible BR, Shannon WD, Kollef MH. Delirium as detected by the CAM-ICU predicts restraint use among mechanically ventilated medical patients. *Crit Care Med.* 2005;33:1260–5.
48. Long AC, Kross EK, Davydow DS, Curtis JR. Posttraumatic stress disorder among survivors of critical illness: Creation of a conceptual model addressing identification, prevention, and management. *Intensive Care Med.* 2014;40:820–9.
49. Jones C, Bäckman C, Capuzzo M, Flaatten H, Rylander C, Griffiths RD. Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: A hypothesis generating study of diversity in care. *Intensive Care Med.* 2007;33:978–85.
50. Evans D. Problems in the decision making process: A review. *Intensive Care Nursing.* 1990;6:179–84.
51. Kandeel NA, Attia AK. Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. *Nurs Health Sci.* 2013;15:79–85.
52. Malcomson K. Learned helplessness: A phenomenon observed among the nursing staff of city hospital. *Perspect Psychiatr Care.* 1980;18:252–5.
53. McDermott MA. Learned helplessness as an interacting variable model with self-care agency: Testing a theoretical model. *Nurs Sci Q.* 1993;61:28–38.
54. Mion LC. Physical restraint in critical care settings: Will they go away? *Geriatr Nurs.* 2008;29:421–3.
55. Hamers JP, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly? *Z Gerontol Geriatr.* 2005;38:19–25.