

**LA SUJECIÓN MECÁNICA COMO MEDIDA TERAPÉUTICA EN EL
CUIDADO DE ENFERMERÍA DE PACIENTES ADULTOS CON AGITACIÓN
PSICOMOTORA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**

NADIA LUZ HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

**Monografía para optar al título de Especialista en Enfermería en Cuidado
al Adulto en Estado Crítico de Salud**

**Asesora
Indira Tejada Pérez**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MEDELLÍN
2018**

Nota de aceptación

Presidente

Jurado

Jurado

Medellín, Junio 2018

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. SUSTENTACIÓN DEL TEMA	9
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo general	15
3.2 Objetivos específicos	15
4. METODOLOGÍA	16
4.1 Ruta metodológica	16
4.1.1 Contextualización	16
4.1.2 Clasificación	17
4.1.3 Categorización	18
4.2 Análisis de la información	19
4.3 Criterios de rigor	20
4.3.1 Credibilidad	20
4.3.2 Auditabilidad o Confirmabilidad	20
4.3.3 Transferibilidad o aplicabilidad	21
4.3.4 Representatividad	21
4.3.5 Relevancia	22
4.3.6 Reflexividad	22
4.3.7 Difusión	23
4.4 Consideraciones Éticas	23
4.5 Cronograma	24
5. RESULTADOS	25
5.1 Generalidades	25
6. CAPÍTULO I. LA SUJECCIÓN COMO ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO	29
6.1 Controversias de la sujeción mecánica en el paciente en estado crítico de salud	32

7. CAPÍTULO II. SOBRE LOS ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA SUJECIÓN MECÁNICA	38
7.1 La sujeción mecánica V.S el principio de respeto	41
7.2 La sujeción mecánica V.S el principio de beneficencia – no maleficencia	43
7.3 La sujeción mecánica V.S el principio de justicia	43
7.4 Aspectos legales de la sujeción mecánica	45
8. CAPÍTULO III. DE NOVATA A EXPERTA EN LA SUJECIÓN MECÁNICA COMO MEDIDA TERAPÉUTICA EN LA UCI	50
9. CONCLUSIONES	55
10. RECOMENDACIONES	58
11. AGRADECIMIENTOS	59
12. BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	67

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura N°1. Línea de tiempo y tendencias	28

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo N°1. Ficha Bibliográfica	67
Anexo N°2. Matriz de análisis	68

INTRODUCCIÓN

En la Unidad de Cuidado Intensivo, una de las medidas terapéuticas implementadas con mayor frecuencia es la sujeción mecánica, entendida como el empleo de sistemas de inmovilización para el tórax y las extremidades, que tiene como objetivo, evitar que el paciente se autolesione o lesione a las personas que lo rodean; no obstante, a pesar del uso reiterativo de esta estrategia, aún no existen directrices claras sobre su adecuada implementación. Teniendo en cuenta, que existen múltiples complicaciones asociadas a su uso y las repercusiones éticas y legales que ésta estrategia conlleva, se identifica por tanto, como un tema de gran importancia para la práctica de enfermería, el cual debe ser estudiado en relación con las implicaciones que su utilización deriva para el paciente en estado crítico, no solo desde lo físico, sino a partir de lo social, emocional y psicológico.

Es claro que, en relación con la sujeción mecánica se vislumbra una gran problemática alrededor de su utilización por parte del profesional de enfermería, pues es una intervención que influye en la seguridad y calidad del cuidado brindado a los pacientes; pese a ser una práctica comúnmente utilizada en las unidades de cuidados intensivos, no existen lineamientos claros sobre su implementación que permitan al enfermero analizarla y visualizarla desde una perspectiva holística.

A partir de una revisión bibliográfica mediante la metodología de estado del arte, se revisaron un total de 102 artículos en inglés, portugués y español, relacionados con la sujeción mecánica como medida terapéutica en el cuidado de enfermería de pacientes adultos con agitación psicomotora en unidades de cuidados intensivos, durante el período de tiempo entre 2006 y 2017. Se obtuvo la información de las bases de datos Scielo, ClinicalKey, ScienceDirect y PubMed; priorizando los artículos originales producto de investigaciones cualitativas, cuantitativas y artículos de revisión sistemática.

Como resultado de la revisión, se concluye que, la sujeción mecánica, se concibe como una práctica que genera controversias, por esto se hace pertinente que todas sus dimensiones sean conocidas, reguladas y evaluadas para minimizar la brecha entre lo que se debe hacer y lo que realmente se aplica en la práctica cotidiana; de modo que se lleve a cabo respetando la dignidad de las personas y fortaleciendo el carácter autónomo de la profesión de enfermería, en la toma de decisiones para el cuidado del paciente en estado crítico de salud.

1. SUSTENTACIÓN DEL TEMA

El ejercicio de la enfermería como disciplina profesional tiene por naturaleza y por paradigma el cuidado, entendiendo este como “aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana” (Leininger & McFarland, 2002). En el caso del cuidado del paciente en estado crítico de salud, es preciso señalar que, debido a las necesidades de estas personas, requieren un cuidado inmediato y continuo, mediante estrategias como el monitoreo invasivo, conexión a diferentes dispositivos médicos electrónicos, administración de medicamentos de alto riesgo, entre otros. Ante estas circunstancias, mantener y ofrecer un nivel óptimo de bienestar y de seguridad son elementos fundamentales en el tratamiento y recuperación de dichos pacientes.

De ahí que, garantizar la continuidad y efectividad de las intervenciones realizadas se convierta en uno de los objetivos de enfermería. Aparece entonces, la sujeción mecánica, como medida terapéutica, utilizada por los enfermeros para evitar la interrupción en el tratamiento y evitar que el paciente se autolesione o lesione a los demás. Sin embargo, este procedimiento trae consigo unas implicaciones para el paciente, tales como lesiones directas causadas por la presión externa del sistema de sujeción, eventos adversos ligados a la restricción de la movilidad; sin dejar a un lado las implicaciones éticas y legales que su uso conlleva.

Lo dicho hasta aquí, permite definir la necesidad de indagar acerca de la pertinencia del uso de la sujeción mecánica como medida terapéutica en el contexto del cuidado de enfermería, en pacientes adultos con agitación psicomotora hospitalizados en unidades de cuidados intensivos; destacando que su uso es frecuente y su principal objetivo es velar por la seguridad de la persona cuidada. Es preciso resaltar que este procedimiento se lleva a cabo

sin el consentimiento del paciente o su familia, lo cual crea conflictos en la práctica del cuidado, pues “algunos autores apuntan a que su utilización no tiene una base científica y que sus beneficios no están aprobados. Además diversos estudios describen daños en el paciente, tanto psicológicos como físicos, llegando incluso a causar la muerte. Del mismo modo, la utilización de estos sistemas tiene implicaciones éticas y legales, pues pueden llegar a atentar contra la libertad, dignidad y autonomía del paciente”. (Pérez de Ciriza, 2012)

Con base en la revisión realizada hasta el momento, es claro que, las razones más comunes para la implementación de la sujeción mecánica, son prevenir caídas y evitar interferencias con los dispositivos invasivos. No obstante, numerosos estudios advierten que las sujeciones mecánicas no garantizan esa seguridad pretendida. Según Kandeel NA y Attia AK más del 60% de los pacientes estudiados se habían autoextubado estando restringidos físicamente. Benbenbishty J et al, encontró que el 44% de los pacientes elimina sus dispositivos médicos mientras están con sujeción mecánica. Desafortunadamente, varios estudios observacionales sugieren que las limitaciones físicas no son eficaces en la prevención de la interrupción del tratamiento o en la prevención de caídas. Además, la sujeción mecánica puede aumentar la agitación del paciente y dar lugar a efectos secundarios significativos incluyendo lesiones graves. (Arruabarrena, M. (2015)

Más aún, la existencia de complicaciones dependientes del uso de sujeción mecánica está suficientemente documentada, de forma que podemos encontrar lesiones causadas directamente por el dispositivo de sujeción, así como efectos indirectos. Según Galán Cabello y cols, esas complicaciones pueden ser asfixia, isquemia en miembros, lesiones neurológicas (compresión del plexo braquial), laceraciones, aumento de úlceras por presión, aumento del deterioro cognitivo, mayor frecuencia de incontinencia urinaria y fecal e incremento de las tasas de mortalidad. (Fernández y Zabala, 2014) Es por ello que, en algunos países el uso de esta medida terapéutica varía ampliamente desde un

0% hasta un 100%. Es así como, en el Reino Unido y Noruega la sujeción mecánica no se acepta ni es ampliamente utilizada, mientras que en Australia, EEUU y en Europa, es una práctica más convencional. (Arruabarrena, M. (2015)

Las controversias alrededor de su uso se generan debido a las implicaciones que trae consigo, algunos en defensa de su uso por velar en la seguridad del paciente durante su hospitalización, para otros, no se justifica debido a las múltiples consecuencias asociadas a su implementación. Sumado a lo anterior, es imperativo considerar, las implicaciones éticas y legales a las que se enfrenta el enfermero en su intento de mantener un equilibrio entre la necesidad de seguridad de los pacientes y la necesidad de preservar la dignidad humana.

En consonancia, todo el personal de enfermería tiene el deber de salvaguardar y proteger a sus pacientes de cualquier daño; de ahí que, como intervención de enfermería, “la sujeción mecánica está sujeta a consecuencias ético legales derivadas de su utilización. En el marco de lo ético es necesario realizar un análisis del cuidado brindado a los pacientes que la requieren desde el enfoque de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y el respeto a la intimidad y vulnerabilidad de la persona”. (Fernández y Zabala, 2014)

Ahora bien, en Colombia, aún no se conoce legislación específica que regule el uso de las sujeciones mecánicas en pacientes con agitación psicomotora, hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo, quedando el criterio de utilización, en manos del personal de enfermería de las instituciones hospitalarias del país. Lo anterior, implica un reto para los enfermeros, pues deben poseer los conocimientos técnico científicos necesarios para aplicar esta estrategia, considerando, siempre, al paciente como un ser integral y único.

Lo dicho hasta aquí, permite afirmar que es necesario diseñar un protocolo que permita aplicar la sujeción terapéutica, en pacientes adultos con problemas de agitación psicomotora; así mismo, debe permitir identificar situaciones que puedan generar discomfort en el paciente y la familia; esto, con el fin de establecer las estrategias adecuadas para la aplicación de esta medida, en aquellos casos que sean estrictamente necesarios. (de Vera Selva et al., 2015)

Finalmente, teniendo en cuenta que el propósito de la práctica de enfermería es el cuidado del ser humano y que esto trae consigo la responsabilidad de hacer del ejercicio de la profesión una práctica humanizada, el enfermero debe tener el entrenamiento y la formación continua para decidir cuándo y cómo implementar esta medida terapéutica buscando conseguir el máximo bienestar posible para el paciente.

2. JUSTIFICACIÓN

Los pacientes en estado crítico, dada su condición de vulnerabilidad física, psicológica y emocional, requieren un cuidado de enfermería especializado, fundamentado en conocimientos científico – técnicos y humanísticos, que procuren el restablecimiento de la salud y la prevención de daños que se puedan presentar, como consecuencia de esta situación; lo anterior, mediante intervenciones que permitan garantizar la calidad y seguridad en el cuidado, dando respuestas a situaciones cambiantes, complejas y de alto riesgo. De acuerdo con los planteamientos de la ley 266 de 1996 (Congreso de la República de Colombia, 1996), la práctica de enfermería se fundamenta en los principios éticos, en los valores morales y en el respeto de los derechos humanos; además dentro de su propósito, se encuentra aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a la vida digna de la persona.

En este sentido, en la ley 911 de 2004 (Congreso de la República de Colombia, 2004), se declaran como principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería en Colombia, el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinción de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política. Además, la responsabilidad deontológica profesional de enfermería en Colombia se orienta por los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad. De ahí, que se pueda afirmar que el propósito del enfermero que cuida a pacientes en estado crítico de salud, sea propiciar el alivio del dolor, favorecer el confort, influir de manera favorable en su proceso salud - enfermedad y respetar su dignidad, considerándolo siempre, como un ser humano integral.

Ahora bien, dentro de las intervenciones que realiza el enfermero, para el cuidado del paciente en estado crítico de salud, se encuentra la sujeción mecánica. Dicha práctica, pese a ser comúnmente utilizada en la unidad de

cuidado intensivo, no cuenta con lineamientos claros sobre su implementación, que permitan al profesional de enfermería visualizarla, no sólo como la aplicación de una técnica para contener la agitación del paciente, sino como una intervención que tiene implicaciones fisiológicas, anatómicas, éticas y legales para el paciente, e indirectamente para su familia.

Finalmente, es claro que la sujeción mecánica, se concibe como una práctica que genera controversias; de ahí que sea pertinente analizarla desde varias dimensiones con el fin de minimizar la brecha entre lo que se debe hacer y lo que realmente se aplica en la práctica cotidiana, de modo que, se fortalezca el cuidado humanizado, respetando la dignidad de los pacientes y fortaleciendo el carácter independiente de la profesión en la toma de decisiones para el cuidado. Por tanto, se propone profundizar en el tema de la sujeción mecánica como medida terapéutica en el cuidado de enfermería de pacientes adultos con agitación psicomotora en unidades de cuidados intensivos, sus implicaciones y las recomendaciones existentes para su respectiva aplicación.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar comprensivamente la producción científica de la sujeción mecánica como medida terapéutica en el cuidado de enfermería de pacientes adultos con agitación psicomotora en unidades de cuidados intensivos entre los años 2006 y 2017.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Dar cuenta de las disciplinas o campos del saber que se ocupan del tema de la sujeción mecánica pacientes adultos con agitación psicomotora en unidades de cuidados intensivos.
- ✓ Clasificar las problemáticas y tendencias asociadas a la sujeción mecánica en pacientes adultos con agitación psicomotora en unidades de cuidados intensivos.
- ✓ Describir las perspectivas teóricas y metodológicas que han empleado los estudios sobre la sujeción mecánica en pacientes adultos con agitación psicomotora en unidades de cuidados intensivos.
- ✓ Analizar los problemas y preguntas planteados en la literatura científica que orienten el quehacer de los profesionales de enfermería que trabajan en unidades de cuidados intensivos adultos.

4. METODOLOGÍA

Esta monografía, se desarrolló mediante la metodología del estado del arte, que según Vélez y Galeano (2002), “es una investigación documental a partir de la cual se recupera y trasciende reflexivamente el conocimiento acumulado sobre determinado objeto de estudio”. El estado del arte permite conocer diversas revisiones bibliográficas actualizadas, las cuales le ofrecen al investigador claridad respecto al tema de investigación, y así definirlo mejor, afinarlo y orientarlo desde la perspectiva de interés.

4.1 Ruta Metodológica

Para el desarrollo de la revisión del tema *“la sujeción mecánica como medida terapéutica en el cuidado de enfermería de pacientes adultos con agitación psicomotora en unidades de cuidados intensivos”*, se tuvo en cuenta el estudio realizado por Vélez y Calvo (1992), guía para construir Estados del Arte; del cual, se adaptaron los siguientes momentos que, según la autoras, están relacionados íntimamente con el círculo hermenéutico; dichos pasos los nominan y presentan de la siguiente forma: (p. 26)

4.1.1 Contextualización

Es aquí en donde se define el planteamiento de problema del objeto de estudio definido con sus respectivas limitantes, y qué material se utilizó en la revisión bibliográfica. El fenómeno que se analizó con el estado del arte es la sujeción mecánica como medida terapéutica en el cuidado de enfermería de pacientes adultos con agitación psicomotora en unidades de cuidados intensivos; el cual surge a partir de la necesidad de regular la práctica de la sujeción mecánica en los pacientes críticos, de modo que los profesionales de enfermería tengan argumentos sobre su aplicación, las implicaciones físicas, emocionales,

funcionales, éticas y legales que dicha práctica conlleva desde el momento mismo en que se decide utilizarla. Se revisaron documentos extraídos de bases de datos pertenecientes a revistas indexadas.

4.1.2 Clasificación

Durante esta fase se determinan los parámetros que deben tenerse en cuenta para la sistematización de la información, la cronología de la búsqueda bibliográfica, cuáles serán los objetivos del estudio, qué otras disciplinas han hecho contribuciones al estudio, y qué alcance se espera tener con la realización de un Estado del Arte. La estrategia de búsqueda se realizó por medio de las bases de datos de interés en áreas de la salud Scielo, ClinicalKey, PubMed, ScienceDirect; se revisaron protocolos de varios hospitales y servicios de salud. Además de ello, se tuvieron presentes modelos y teorías de enfermería relacionadas con la sujeción mecánica en el paciente adulto con agitación psicomotora en la unidad de cuidados intensivos.

Los criterios de búsqueda de información que se utilizaron, fueron a través de palabras claves incluidas dentro del título del tema, cuya debida combinación permitió la identificación de las fuentes. En la selección de términos se utilizaron los siguientes descriptores: Restraint, Physical - Patient Safety - Critical Care - Adult - Therapy, y se revisaron artículos en los idiomas Inglés, Portugués, y español. Luego, se almacenaron y organizaron los artículos encontrados en el gestor bibliográfico Mendeley.

En cuanto a la población de estudio, se enfocó en pacientes adultos masculino y femenino, hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, sometidos a múltiples técnica invasivas (tubo endotraqueal, catéteres, y monitoreo invasivo continuo) y que cursan con un despertar agitado, delirium, alucinaciones, alto riesgo de autolesión o de lesionar a otros, pacientes con alteración de la conciencia, agitación psicomotriz y alteración en la conducta.

Finalmente, se tomó como tiempo de referencia los artículos entre los años 2006 al 2017, clasificándose en carpetas año por año desde los más recientes para facilitar la sistematización y análisis correspondiente a partir de fichas y matriz de análisis.

4.1.3 Categorización

En esta fase se jerarquizó la información obtenida, facilitando el estudio del fenómeno a investigar. Dentro de las herramientas utilizadas para la priorización del material estuvo la lectura crítica, las fichas bibliográficas y la matriz de análisis para facilitar un análisis compresivo y detallado del tema. En primer lugar, se hizo una lectura detallada y a profundidad, para reclasificar aquellos artículos que no tuvieran una relación directa con el tema de interés.

Seguido de esto, se elaboró una ficha bibliográfica de cada uno de los artículos seleccionados, que permitió sintetizar las ideas centrales (Ver Anexo N°1), lo cual facilitó el acceso rápido a la información. Los parámetros de la ficha incluían, referencia bibliográfica (según normas APA), tema, subtema, palabras clave, resumen, ideas principales, comentarios, metodología y reflexiones académicas; en total se realizaron 54 fichas bibliográficas, permitiendo sintetizar las ideas centrales, lo que facilitó el acceso a la información.

Posteriormente se consignó la información en la matriz de análisis (Ver Anexo N°2), instrumento diseñado en Excel donde se relacionaron todos los artículos escritos en vertical, con las categorías de análisis escritas en horizontal, permitiendo la sistematización de toda la información recolectada a lo largo de la revisión bibliográfica; lo anterior, facilitó la lectura lineal y transversal para su posterior análisis. A esta matriz, se adicionaron características como autores representativos, idioma, país y población, con el fin de ampliar el análisis y la descripción del tema a estudiar.

4.2 Análisis de la Información

El proceso de análisis del material bibliográfico y la información recolectada se hizo, en dos momentos. En una primera fase, de forma descriptiva, teniendo en cuenta aspectos como las problemáticas, aportes de diferentes disciplinas, las tendencias, las metodologías empleadas y las problemáticas identificadas, en relación con la sujeción mecánica como medida terapéutica en el cuidado de pacientes con agitación psicomotora en las unidades de cuidados intensivos.

En cuanto a las disciplinas o campos del conocimiento, se revisaron los aportes y avances, que permitieran tener una visión amplia en lo concerniente al tema de la sujeción mecánica y su aplicabilidad como medida terapéutica. Asimismo, se identificaron los autores representativos en el estudio del tema objeto de análisis, con el fin de identificar expertos en el tema.

Igualmente, se analizó en las diferentes revisiones bibliográficas, las principales problemáticas que se presentan en la utilización de la sujeción mecánica en pacientes con agitación psicomotora en las unidades de cuidados intensivos, resaltando las posibles implicaciones subyacentes a su implementación.

Otro elemento considerado para el análisis, fueron las perspectivas teóricas de enfermería con las que se plantea la aplicación de la sujeción mecánica como medida terapéutica y los diversos enfoques metodológicos utilizados en los estudios, que permitieron tener un abordaje amplio sobre la aplicabilidad de este método en relación con la seguridad del paciente y la profundidad en las investigaciones realizadas respecto al tema.

En un segundo momento, se hizo un análisis hermenéutico, en el cual se correlacionó, interpretó y profundizó en la descripción inicial de los hallazgos, lo que permitió identificar las diferentes tendencias, saberes, controversias e implicaciones legales y éticas, frente a la sujeción mecánica como medida

terapéutica en el cuidado de pacientes con agitación psicomotora en las unidades de cuidados intensivos.

4.3 Criterios de Rigor

4.3.1 Credibilidad

La credibilidad según Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas, & Rebolledo Malpica (2012) se logra cuando los hallazgos son reconocidos como “reales” o “verdaderos” por las personas que participaron en el estudio, por aquellas que han servido como informantes claves, y por otros profesionales sensibles a la temática estudiada. Además, está determinado por la relevancia que tenga el estudio y los aportes que sus resultados generen en la consecución o comprobación de nuevas teorías. (p. 267) En este caso, la credibilidad se logra con la rigurosidad en la búsqueda bibliográfica en bases de datos, la selección del material bibliográfico, el almacenamiento y el análisis detallado de la situación específica, apoyándose estrictamente en documentos confiables y originales, con el fin de permitir a otros profesionales o personas interesadas en la temática, verificar si los resultados y la interpretación del tema dan cuenta de lo expuesto por los autores y permitan ser de utilidad para próximas investigaciones.

4.3.2 Auditabilidad o Confirmabilidad

La confirmabilidad, se refiere a la neutralidad en el análisis y la interpretación de la información que se logra cuando otros investigadores pueden seguir la “pista” y llegar a hallazgos similares (Arias y Giraldo, 2011). Para el cumplimiento de este criterio de rigor, se requiere plasmar la ruta de trabajo metodológico conformada por la búsqueda exhaustiva del material bibliográfico a través de las diversas bases de datos, en un período de tiempo comprendido

entre los años 2006-2017; se escogerán todos los artículos relacionados con el tema y se almacenarán en una carpeta año por año para facilitar su lectura y posterior análisis. Se realizarán fichas bibliográficas que permitan sintetizar ideas relacionadas directamente con el tema, para luego ser consignadas en una matriz de análisis que permitirá realizar cruces de diferentes perspectivas para su análisis e interpretación.

4.3.3 Transferibilidad o aplicabilidad

La transferibilidad hace referencia a una descripción exhaustiva de las características del contexto en que se realiza la investigación y de los sujetos participantes. Dicha descripción servirá para realizar comparaciones y descubrir lo común y lo específico con otros estudios (Noreña et al, 2012). Para cumplir eficientemente con este criterio metodológico, se realizará una descripción exhaustiva de los elementos que serán analizados, entre ellos: las disciplinas o campos del saber, la problemática, perspectivas teóricas y metodológicas, población de estudio y tendencias o saberes, los cuales serán de utilidad para comparar y descubrir semejanzas con otros estudios. De ahí se deriva la importancia de tener una muestra amplia bibliográfica, que permita maximizar los objetos conceptuales que emergen del análisis, y poder realizar comparaciones con otros estados del arte que muestren resultados que puedan ser la base de investigaciones futuras.

4.3.4 Representatividad

El término de representatividad es dado conforme al método utilizado para el diseño y selección de la muestra, seleccionar los artículos y material bibliográfico que mejor representen o tengan conocimiento del tema a investigar. Lo importante es la coherencia como sea almacenado, analizado e interpretado para poder dar cuenta de una mirada amplia y comprensiva del

tema específico, cumpliendo con la veracidad de la información obtenida y por ende la credibilidad del estudio, pues se deberá poner especial atención a los datos que sean representativos. (Castillo y Vásquez, 2003).

4.3.5 Relevancia

La relevancia permite evaluar el logro de los objetivos planteados en el proyecto y dar cuenta de si finalmente se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno o hubo alguna repercusión positiva en el contexto estudiando. Este criterio también se refiere a la contribución con nuevos hallazgos y a la configuración de nuevos planteamientos teóricos o conceptuales. (Noreña et al, 2012). Para el cumplimiento de este rigor se tendrá en cuenta el análisis de la producción científica del tema como eje principal y su aplicabilidad en el ejercicio de la enfermería.

4.3.6 Reflexibilidad

El proceso reflexivo es aquel en el cual el investigador vuelve sobre sí mismo para examinar críticamente el efecto que se produce en el desarrollo de la investigación; se trata entonces de ir analizando cómo los investigadores van influyendo en el proceso de investigación y a la inversa (De la Cuesta-Benjumea, 2011). Es por ello, que la reflexibilidad se logra en el momento de realizar la revisión sistemática en la matriz de análisis para realizar su interpretación y el surgimiento de los resultados; teniendo en cuenta las perspectivas de cada autor como base fundamental para realizar determinaciones a futuro.

4.3.7 Difusión

Para la difusión de este estudio se tendrán en cuenta dos enfoques empleados; en primer lugar, la academia, cuyo objetivo es transmitir los conocimientos desde y para la utilización de los grupos académicos a través de reuniones académicas de enfermería; en segundo lugar, un enfoque centrado en la transferencia, traducción e impacto de los resultados para la elaboración y fortalecimiento del cuidado de enfermería en las unidades de cuidados intensivos, para las personas, familias y profesionales de enfermería.

4.4 Consideraciones Éticas

Para la realización del presente estado del arte, fueron transversales las leyes 23 de 1982 y 1403 de 2010, las cuales tienen en cuenta el reconocimiento de los derechos de autor sobre las obras individuales que se revisaron en el transcurso de la búsqueda bibliográfica; así mismo, mencionan la posibilidad de tomar citas textuales o parafraseadas, tablas, gráficas y otras ayudas, reconociendo siempre la propiedad intelectual de los demás autores.

Así mismo, se consultaron bases de datos y bibliografías de universidades, garantizando la veracidad de las fuentes de información. Por esta razón, cada consulta utilizada en este documento, fue debidamente referenciada con los datos de los autores para así dar cumplimiento a la norma de protección de la información. Finalmente, se tuvo presente en no incurrir en los delitos citados en la normatividad sobre derechos de autor y propiedad intelectual en Colombia: violación de los derechos morales del autor, mutilación, reproducción de una obra sin autorización del autor, defraudación a los derechos patrimoniales del autor, el plagio etc.

4.5 Cronograma

		Tiempo año 2017											2018					
Actividades		Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
1 SEMESTRE	Escoger el tema de la monografía																	
	Base de datos y Revisión bibliográfica																	
	Asesoría																	
	Asesoría																	
	Asesoría																	
	Elaboración del protocolo																	
	Elaboración de matriz de vaciado																	
	Presentación del protocolo																	
2 SEMESTRE	Revisión bibliográfica																	
	Asesoría																	
	Análisis bibliográfico																	
	Asesoría																	
	Avances monografía																	
3 SEMESTRE	Revisión bibliográfica																	
	Avances monografía																	
	Entrega a evaluador																	
	Presentación final de la monografía																	

5. RESULTADOS

En el siguiente trabajo monográfico se realizó una revisión bibliográfica referente al tema: la sujeción mecánica como medida terapéutica en el cuidado de enfermería de pacientes adultos con agitación psicomotora en unidades de cuidados intensivos; para ello, se revisaron artículos referenciados en bases de datos reconocidas durante un período de tiempo entre 2006 y 2017. Se lograron identificar los ejes temáticos o tendencias relacionadas al tema y cómo han transcurrido desde diferentes autores en la línea del tiempo; con base en ello, surgieron tres temas fundamentales que se plantearon como capítulos, en cada uno de los cuales se realiza una aproximación teórica fundamental y una discusión pertinente del tema.

5.1 Generalidades

Para la exploración del tema “la sujeción mecánica como medida terapéutica en el cuidado de enfermería de pacientes adultos con agitación psicomotora en unidades de cuidados intensivos”, se revisaron un total de 102 artículos; de los cuales fueron seleccionados 54 documentos que cumplían con los criterios de búsqueda definidos en la metodología. A pesar que los 48 artículos descartados, abordaban el tema de sujeción mecánica, hacían referencia específicamente a los adultos mayores cuidados en casa, hogares geriátricos o institutos de salud mental.

Para la búsqueda de los documentos, se propuso las siguientes bases de datos: Scielo, ClinicalKey, Embase, ScienceDirect; sin embargo, en Embase no se encontraron documentos que cumplieran con los criterios de selección para la construcción del tema, por tanto se incluyó PubMed. Los idiomas empleados para la búsqueda fueron: español, inglés y portugués, en un período de tiempo entre los años 2006 al 2017. En detalle el número total de

artículos encontrados en cada una de las bases de datos se especifica de la siguiente manera: en la base de datos Scielo se encontraron 8 artículos relacionados con el tema, en ClinicalKey 16 artículos, en ScienceDirect se encontraron 18 artículos, y en PubMed 12 artículos.

En la revisión documental, se identificaron otras disciplinas diferentes de la enfermería que han realizado un abordaje sobre el uso de esta medida terapéutica y la utilización de protocolos actualizados para garantizar un cuidado de enfermería seguro. Es el caso de disciplinas como la Psicología, Derecho civil, Ética, y la Medicina, las cuales se han aproximado al tema debido a su importancia en cuanto al uso frecuente en las unidades de cuidados intensivos, unidades geriátricas y psiquiátricas como ayuda terapéutica.

El análisis descriptivo del material bibliográfico, se realizó mediante filtros y cruce de categorías, donde se encontró que de los 54 artículos referenciados en las bases de datos, 26 corresponden al uso de la sujeción mecánica en las unidades de cuidados intensivos adulto para evitar la interrupción de procesos terapéuticos, de los cuales se destacan autores referentes al tema como lo son: Hofsø K, Coyer FM, Martin B, et al, Benbenbishty J, et al, Kandeel NA, Attia AK. Martín Iglesias V, et al. de Ciriza P, Amatriain AI, et al, Minnick AF, et al. La mayoría de estos artículos están referenciados en inglés, de países como Francia, Canadá, Holanda, Israel, Estados Unidos, Noruega y Australia; sólo dos en el idioma español y son estudios correspondientes a España.

Ahora bien, se encontraron 6 artículos que hacen referencia a la percepción que tienen los pacientes y sus familiares sobre el uso de la sujeción mecánica como medida terapéutica en las Unidades de Cuidados Intensivos, de los cuales sobresalen autores como: Martin B, et al, Langley G, Schmollgruber S, Egan A. Kanski GW, Janelli LM, Jones HM, Kennedy MC. Wong IS, Chien WT. Strumpf NE, Evans LK. Hofso K, Coyer FM. Artículos en idioma español e inglés, correspondientes a países como España y Turquía.

Así mismo, 10 de los artículos seleccionados, analizan la normatividad y las implicaciones éticas y las bases legales relacionadas con la sujeción mecánica y el uso de protocolos institucionales para minimizar el uso de esta práctica; de los cuales predominan autores como: Huf y Cols, Galan Cabello y Cols. Martin B, et al, artículos propios del idioma español de países como España y dos en inglés de un estudio realizado en Turquía y otro en Reino Unido.

A su vez, 12 artículos hacen referencia a la formación y experiencia de los profesionales en enfermería como factor determinante en la toma de decisión en el uso de esta medida terapéutica, se identifican autores como: Celis-Rodriguez E, et al. Martin Iglesias V, et al. Hine K. Benbenbishty J, et al. Pérez de Ciriza Amatrianin AI, et al. Hofso K, Coyer FM. Minnick AF, et al. Martin B, et al. Langley G, et al. Benner P; artículos que hacen referencia en su mayoría en el idioma inglés de países como Jordania, Malasia, Estados Unidos, Europa, Arizona, Reino Unido, se encontró uno en español de Madrid - España y uno en portugués de Santa Catarina - Brasil.

Con respecto al enfoque metodológico de artículos seleccionados, se encontró que son artículos originales producto de investigaciones tanto cualitativas, como cuantitativas; asimismo, se hallaron artículos de revisión sistemática. De los tres artículos cualitativos encontrados, se evidencia metodologías tipo fenomenología y etnografía; a su vez, de los 28 artículos cuantitativos, hacen referencia estudios de tipo descriptivo prospectivo, descriptivo transversal, estudios cuasiexperimental, prospectivo observacional, estudio multicéntrico – prospectivo – transversal – observacional y descriptivo correlacional, evidenciándose mayor variedad en los artículos con este tipo de estudios. Finalmente, en los documentos se encontraron 20 artículos correspondientes a revisión sistemática y metanálisis.

Finalmente, en el proceso de análisis de la información, se logró identificar la siguiente línea de tiempo, con las respectivas tendencias identificadas:

- I. Indicación y contraindicación del uso de la sujeción mecánica como medida terapéutica en las Unidades de Cuidados Intensivos. (eventos adversos – seguridad del paciente) (2007 – 2011)

- II. Percepción de los pacientes y familiares sobre el uso de la sujeción mecánica como medida terapéutica en las Unidades de Cuidados Intensivos. (2012 - 2013)

- III. Implicaciones éticas y bases legales en el uso de la sujeción mecánica como como medida terapéutica en las Unidades de Cuidados Intensivos. (Protocolos institucionales) (2014 – 2015)

- IV. Formación y/o experiencias de los enfermeros en la toma de decisiones de aplicar o no la sujeción mecánica como medida terapéutica en las Unidades de Cuidados Intensivos. (2016 – 2017)

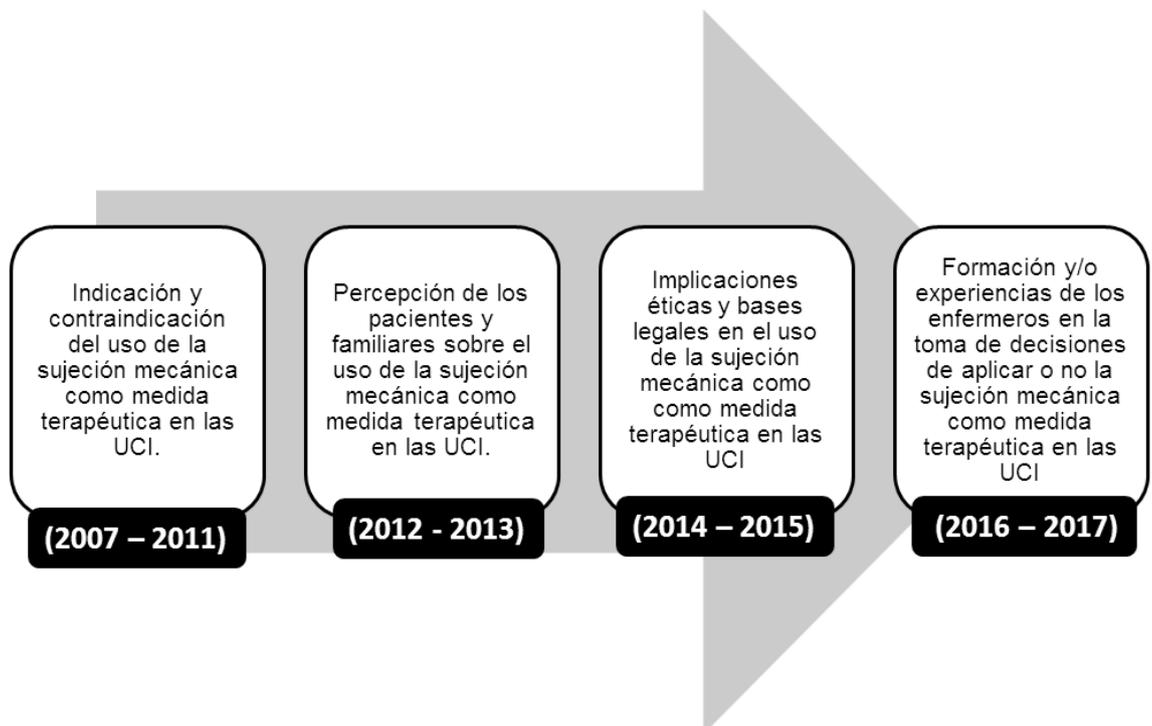


Figura N°1. Línea de tiempo y tendencias.

6. CAPÍTULO I

LA SUJECIÓN COMO ESTRATEGIA DE SEGURIDAD EN EL CUIDADO DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

Históricamente, la sujeción mecánica siempre ha sido utilizada con cierta frecuencia como medida terapéutica en las unidades de cuidados intensivos, para el manejo de pacientes agitados o en aquellos que suponen un riesgo para la integridad física de ellos mismos o de quienes los cuidan. En la antigüedad, esta medida se implementaba con el objetivo de controlar el comportamiento de los pacientes agitados, particularmente de aquellos que eran tratados como enfermos mentales, los cuales desde la perspectiva de los pueblos primitivos eran vistos como personas que se encontraban poseídas o estaban recibiendo un castigo de los dioses ofendidos.

Dicha situación, se consideraba un problema para la sociedad, por tanto, diseñaron otras estrategias dirigidas a tratar esta problemática; una de las medidas adicionales empleadas, era internar a estas personas en lugares parecidos a cárceles, donde se consideraba habitual el uso de la inmovilización física con cadenas, grilletes, conjuros, sortilegios, maleficios, siendo frecuente la aplicación de torturas, azotes o inmersiones a agua helada (Definición y evolución histórica de la contención mecánica y los tratamientos obligados).

En el transcurrir del tiempo, en la Europa medieval la religión ejercía un gran poder sobre la sociedad en la que influyeron sus creencias sobre la locura, relacionándola con el pecado, el castigo divino o la brujería. Por ello, las personas dementes acudían como primera instancia al sacerdote que al médico, y eran recluidas en edificios religiosos donde las condiciones en las que vivían eran lamentables, pues eran espacios húmedos, oscuros y con hacinamiento; es de resaltar que el castigo físico junto con la inmovilización, eran consideradas las medidas más benévolas que se practicaban en estos pacientes.

Ahora bien, en España durante los siglos XV y XVI se produjo un avance respecto a la forma de tratar a los pacientes, retiraron las cadenas y utilizaron el ejercicio, la higiene, la dieta, el trabajo y el ocio como medidas terapéuticas; no obstante, los psiquiatras de esta época seguían recomendando las ataduras como medida básica para el control de la conducta agresiva en los manicomios. En el siglo XVIII, surge la llamada revolución psiquiátrica donde se enfatiza en un trato humanitario hacia los pacientes psiquiátricos, se piensa en los derechos del hombre y comienza la reforma a las cárceles, correccionales y hospitales; se elaboraron tratados y normas sobre cómo debían ser atendidos los pacientes mentales, especificando el trato humanitario con un ambiente y alimentación saludable, hábitos sociales con actividades de beneficio para los pacientes, aboliendo el uso de la contención física y la violencia.

Ya en el siglo XIX en Gran Bretaña, un conjunto de psiquiatras plantearon que la sujeción mecánica, debe aplicarse a partir de una orden médica, de forma intermitente y registrarse la causa y duración por escrito; sin embargo, como respuesta, se escribieron varias publicaciones basadas en modelos de no restringir a los pacientes. Este nuevo modelo de no restricción, fue la motivación hacia la publicación de nuevas normas legales, en las que el eje central era un pensamiento más humanitario, fundamentado en el respeto hacia los pacientes con alteraciones psiquiátricas; no obstante, pese a dichas publicaciones, aún continuaba el uso de la sujeción mecánica en los centros hospitalarios.

A mediados del siglo XX, dando respuesta a los nuevos acuerdos legales y éticos, concebidos en las investigaciones, comienza el avance hacia una progresiva disminución del uso de la inmovilización física con la aparición de fármacos psicotrópicos y otras alternativas de terapia institucional, como el acompañamiento familiar y ambientes más confortables para el paciente y la familia; estos nuevos elementos, permitían tener mayor control de la conducta

de los pacientes con alteraciones psiquiátricas y con ello reducir la utilización de las sujeciones.

Lo dicho hasta aquí, muestra el debate histórico que ha presentado la implementación de la sujeción mecánica, pues, a pesar que es una estrategia usada desde hace varios siglos, presenta grandes controversias desde el componente ético y legal. Es claro que su uso aún es muy frecuente, por lo que se encuentran en las diferentes bases bibliográficas, discusiones sobre la prevalencia de su uso y las implicaciones que tiene la sujeción mecánica en la seguridad del paciente, entendida esta última como el “conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención o de mitigar sus consecuencias” (OMS, 2004).

En cuanto a la seguridad del paciente, alrededor de 1999, el gobierno de EE.UU dio los pasos iniciales en la implementación de medidas destinadas a fomentar esta iniciativa, en respuesta a varios estudios publicados que demostraban la alarmante frecuencia de errores que cometían en el cuidado de los pacientes y las graves consecuencias que ocasionaban. Como resultado, se impulsó la creación del programa “Errar es humano” que despertó una muy importante motivación en otros países, en aras de mejorar la atención en salud. (Cernadas, 2009).

En consonancia con este programa, la Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñó en el 2004, una iniciativa denominada “Alianza Mundial para la Seguridad del paciente”, como respuesta al aumento progresivo de eventos adversos, asociados a infecciones, retiros de dispositivos, caídas y lesiones por presión. Esta iniciativa tiene por objeto “coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo, es un medio que propicia la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los Estados

Miembros, la Secretaría de la OMS, los expertos técnicos y los consumidores, los profesionales y los grupos industriales”.

En el caso particular de la sujeción mecánica como medida para contribuir a la seguridad del paciente, se encuentra aún discrepancias, pues a pesar de la trayectoria histórica de esta estrategia, existen autores que están a favor de la sujeción, mientras que otros afirman, que atenta contra la seguridad y la humanización en la atención del paciente.

6.1 Controversias de la sujeción mecánica en el paciente en estado crítico de salud

Es preciso entonces aclarar, que si bien, los antecedentes históricos de la sujeción mecánica están relacionados con los pacientes con alteración de la salud mental, en la Unidad de Cuidado Intensivo, se encuentra con gran frecuencia esta práctica como elemento para garantizar la seguridad del paciente y las personas que lo rodean. No obstante, aún no se ha definido claramente los criterios para implementar esta medida en el cuidado del paciente en estado crítico de salud.

Es claro que, el contexto de la Unidad de Cuidado Intensivo, se constituye como un servicio estratégico para la implementación de medidas tendientes a ofrecer un cuidado cada vez más seguro, pues, las personas que reciben atención de enfermería, presentan un alto riesgo de ocurrencia de incidentes debido a la existencia de algunos factores como el uso considerable de medicamentos de alto riesgo, cuidados de gran complejidad por la condición clínica del paciente, mayor frecuencia de estudios diagnósticos, diversas intervenciones invasivas, ventilación mecánica, accesos invasivos, entre otros, que en conjunto contribuyen al delirium, la agitación psicomotora y mayor riesgo de eventos adversos.

Según Maslow, las necesidades de seguridad son “la dependencia, protección, estabilidad, ausencia de miedo, ansiedad o caos, necesidad de una estructura, unos límites, un orden, una ley, entre otras. Todas ellas apuntando a la evitación o neutralización de situaciones de peligro” (Villarreal, 2007); que en el caso del paciente en estado crítico de salud, se asocian principalmente al riesgo de retiro dispositivos, caídas, autolesiones, úlceras por presión o agresión al personal de salud. Por ende, es responsabilidad del enfermero garantizar la seguridad al paciente durante cada fase del proceso de atención.

Conviene subrayar que, los pacientes en estado crítico de salud, se caracterizan por tener enfermedades que requieren una monitorización continua, un soporte vital de sus funciones y un cuidado intensivo; dicho soporte, en algunas situaciones, incluye un equipamiento de monitorización invasiva, tubo orotraqueal y ventilación mecánica, sumado a otros dispositivos médicos. Ante estas circunstancias, mantener un nivel óptimo de confort y de seguridad son elementos esenciales en el tratamiento del paciente crítico, pues, estas personas necesitan protección para garantizar su seguridad, pues pueden dañarse a sí mismos involuntariamente; ante estas eventualidades, se recurre a la aplicabilidad de la sujeción mecánica, entendida como “cualquier dispositivo, material o equipo aplicado a una persona, unido a ella o cerca de su cuerpo, que no puede ser controlado o retirado con facilidad por ella misma y que deliberadamente evita o intenta evitar su libertad de movimiento y/o el natural acceso a su cuerpo.”(Corral, 2014, p.8)

Esta práctica, ha sido común durante muchos años, de ahí que, en el medio internacional existan varias investigaciones en relación a la implementación o no de la sujeción mecánica en los pacientes críticamente enfermos, en especial aquellos que presentan agitación psicomotora. Se ha evidenciado las discrepancias, pues algunos autores defienden utilizarla como medida terapéutica para garantizar la seguridad del paciente y evitar interrupción en el tratamiento; mientras que otros afirman que el uso de esta práctica puede contribuir a mayores eventos adversos y daños al paciente.

En este sentido, en un estudio realizado en el año 2011 por Pérez de Ciriza (2012) en la UCI de la Clínica Universidad de Navarra en España, “se analizó la prevalencia y el uso de las restricciones físicas, concluyendo que el uso de esta medida terapéutica, durante los dos meses y medio que duró la investigación, la indicación principal fue por riesgo de interferencia con el tratamiento en pacientes intubados.” (Gallardo, Mera, Monfil, 2015, p. 19). Resultado similar se encontró en el estudio realizado por Martín Iglesias et al., (2012), en el cual se concluyó que existe “una incidencia relevante en el uso de la contención mecánica o restricción física en una unidad de cuidados intensivos, y la indicación principal fue el riesgo de interrupción grave de procesos terapéuticos”. Lo dicho hasta aquí, permite concluir que la principal indicación de la sujeción mecánica es evitar las interrupciones en el tratamiento, teniendo en cuenta la relevancia que estos tienen en el proceso de recuperación del paciente en estado crítico.

No obstante, a pesar de la existencia de investigaciones que promueven el uso de la sujeción mecánica en el contexto del paciente crítico, algunos autores afirman que, siendo éste, un procedimiento que se lleva a cabo sin el consentimiento del paciente crea conflictos en la práctica del cuidado, pues como lo afirma Alvarado (2004), el enfermero, durante el proceso de atención de enfermería debe tener en cuenta la autonomía, entendiéndola como, “el derecho mismo del individuo de determinar sus propias acciones, de acuerdo con los planes que ha escogido, respetando sus convicciones y, por ende, sus decisiones; todo lo anterior antes del consentimiento informado”. Asimismo, varios estudios observacionales sugieren que las limitaciones físicas no son eficaces en la prevención de la interrupción del tratamiento o en la prevención de caídas y que además, pueden aumentar la agitación del paciente y dar lugar a efectos secundarios significativos incluyendo lesiones graves.

De igual modo, algunos autores de interés representativo como Hine K (2007) y Martin B (2002), apuntan a que la utilización de la sujeción mecánica como

medida terapéutica no tiene una base científica y que sus beneficios no están probados, por el contrario se han reportado efectos adversos asociados a la contención mecánica, incluyendo lesiones físicas y psicológicas (Morrison et al ., 2000 , Choi & Song, 2003 , Bray et al ., 2004 , Cotter, 2005). Entre las lesiones físicas notificadas se encuentran, hipertensión, taquicardia, alteración de la circulación, lesiones nerviosas y cutáneas, hipotensión ortostática, incontinencia urinaria y fecal, edema, úlceras por presión, estrangulación, contracturas, paro cardíaco, atrofia muscular y muerte por asfixia (Morrison et al ., 2000 , Cotter, 2005 , Martin y Marthisen, 2005).

En cuanto a las consecuencias psicológicas, hacen referencia principalmente al aumento de la agitación (Eşer et al ., 2007), el sentimiento de enojo, miedo (Rotondi y Chelluri, 2002) y el riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático (Jones et al ., 2007). No obstante, a pesar de los efectos indeseables asociados con el uso de restricciones físicas, todavía se considera una práctica aceptada en las UCI (Martin & Marthisen, 2005). Más aún, se encuentra documentación frente a las lesiones causadas directamente por el dispositivo de sujeción, así como efectos indirectos, descritos por Galán Cabello y cols. (2014), como asfixia, isquemia en miembros, lesiones neurológicas, compresión del plexo braquial, laceraciones, aumento de úlceras por presión, aumento del deterioro cognitivo, mayor frecuencia de incontinencia urinaria y fecal e incremento de las tasas de mortalidad. (Fernández y Zabala, 2014)

Ahora bien, considerando que, algunas investigaciones afirman que las razones más comunes para la utilización de estos métodos son prevenir caídas y evitar interferencias con los dispositivos invasivos, numerosos estudios advierten que las sujeciones mecánicas no garantizan esa seguridad pretendida. Según Kandeel NA y Attia AK (2013), más del 60% de los pacientes estudiados se había autoextubado estando restringidos físicamente; y Benbenbishty J et al (2010), encontró que el 44% de los pacientes elimina sus dispositivos médicos mientras están con sujeción mecánica. De ahí que,

sea necesario reflexionar sobre la forma cómo se realiza la sujeción mecánica e indagar sobre nuevas estrategias para garantizar la seguridad al paciente, disminuyendo las complicaciones referenciadas previamente.

Lo anterior, permite ver que, actualmente, aún existe una considerable preocupación por lograr disminuir la utilización de la sujeción mecánica como medida terapéutica, pues algunos autores destacan que su uso garantiza la seguridad en los pacientes y evita la interrupción en su tratamiento; sin embargo, algunos aluden que, aunque sea una práctica muy utilizada conlleva a dilemas éticos, clínicos y sociales. Es por ello que, en algunos países el uso de esta medida terapéutica varía ampliamente desde un 0% hasta un 100%.; es el caso del Reino Unido y Noruega, donde la sujeción mecánica no se acepta ni es ampliamente utilizada, mientras que en Australia, EEUU y en Europa, es una práctica más convencional. (Pérez de Ciriza, 2012)

Lo descrito hasta este momento, se convierte en un reto para el enfermero que cuida a pacientes en estado crítico, pues, como se ha visto, la sujeción mecánica no garantiza la seguridad del paciente, sino que se deriva de la atención e intervenciones de cuidado, fundamentados en la protección, calidad y preservación de la dignidad humana. En este sentido, Bustamante, citado en Riquelme G (2012), afirma que el concepto de cuidado se define como “una voluntad y gesto de dar de sí para los otros, más allá de las cosas o de las acciones”. El cuidado es entregado en el momento exacto, es acompañar al otro hasta que se restaure su dignidad humana, identificándose con su espacio de vida, en búsqueda de la satisfacción de las necesidades.

Tal como afirma Ernestine Wiedenbach, citada por Marriner y Raile en su libro Modelos y teorías en enfermería (2007), “el útil arte de la enfermería clínica, hace énfasis en la satisfacción de las necesidades del paciente y se considera que toda persona debe estar sana, cómoda y en toda posesión de sus facultades y cuando se ve impedida se esfuerza para recuperar estas cualidades”. Por tanto, el enfermero, debe garantizar que el paciente que se

encuentra en un estado crítico de salud, reciba un cuidado de calidad, fundamentado en el respeto de la autonomía, la beneficencia y humanización de la atención, disminuyendo las complicaciones asociadas a estrategias como la sujeción mecánica, que en algunos casos es necesaria dado el proceso de salud enfermedad de la persona críticamente enferma.

Ahora bien, se resalta que la responsabilidad del enfermero es procurar por una adecuada implementación de la sujeción mecánica, considerándola como un momento de cuidado, en el que la interacción enfermero – paciente – familia, se fundamente en la comunicación activa, identificación de problemas, satisfacción de necesidades y evaluación de resultados, en búsqueda de un cuidado de enfermería seguro. Tal como afirma Wiedenbach, la enfermera debe identificar en el paciente comportamientos que den cuenta de su bienestar o malestar, subyacente a las intervenciones de enfermería, en este caso a la sujeción mecánica; con el fin de modificar o implementar nuevas estrategias que vayan dirigidas al bienestar y seguridad de la persona cuidada.

Más aún, teniendo en cuenta los planteamientos de Wiedenbach, en los cuales se propone que el plan de enfermería debe tener la previa aprobación del paciente, en el caso de la sujeción mecánica, es preciso que el enfermero optimice todos los recursos disponibles, implementando otras alternativas menos restrictivas con las cuales el paciente despierto pueda estar de acuerdo y cómodo; asimismo, procurar el uso de la sujeción mecánica, solo en aquellos que lo ameriten, luego de un análisis detallado de la situación del paciente. Finalmente, se puede concluir que la tendencia actual, es concebir la sujeción mecánica como un momento de cuidado, que requiere ser normativizado y regulado, partiendo de la necesidad del paciente, la seguridad y el bienestar, en el marco de la dignidad humana.

7. CAPÍTULO II

SOBRE LOS ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES DE LA SUJECIÓN MECÁNICA

“Cualquier intervención enfermera debe basarse en el respeto a la persona, y ello incluye, entre otros aspectos, el respeto a su libertad de movimientos, su salud y su seguridad. ¿Cómo deben actuar las enfermeras ante una persona con riesgo de autoagresión y/o heteroagresión que requiere la aplicación de una contención física o mecánica?” (Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, 2006). El uso de la sujeción mecánica como medida terapéutica puede vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona; por eso es necesario que el profesional de enfermería reflexione acerca de este planteamiento ético y establezca criterios de actuación que conserven la dignidad humana y que sean coherentes con los derechos de la persona.

El ser humano, es vulnerable, su grandeza radica en el reconocimiento de esta condición; es así como el reconocer esa vulnerabilidad implica ya un alcance de sabiduría que no todos los seres humanos poseen. En la vida cotidiana el ser humano busca ocultar su vulnerabilidad, se dejan de lado situaciones límites como la muerte, la culpa, la dependencia de la casualidad, lo cual impide que la conciencia se haga más profunda no dejando ver el horizonte en el que aparece la vulnerabilidad y en el cual se cuestiona el propio ser. (Torralba Roselló, 2010)

Por tanto, es importante comprender que el deterioro de las condiciones de salud de un individuo puede llegar a reunir diversos factores hasta el punto de requerir unos cuidados especializados, como los que se ofrecen en las unidades de cuidado crítico. Esto trae como consecuencia una serie de reacciones emocionales frente a la enfermedad, y más deterioro en la

condición física, cognitiva, psicosocial y espiritual, por la dependencia total y por la inmovilización prolongada a la que se es sometido.

Como plantea Torralba, “la enfermedad no puede considerarse, simplemente, como una alteración de alguna parte del cuerpo humano y menos aún un evento totalmente objetivable. Se trata de una experiencia subjetiva de fractura, de ruptura con el propio cuerpo. El evento de la enfermedad es, pues, una experiencia que se produce, ante todo, en la intimidad del hombre y sólo, después, puede ser tematizada científicamente, medida y manipulada técnicamente.” (Torralba Roselló, 2010). La enfermedad tiene un impacto sobre la libertad, debilita la voluntad, “ lo que toca el cuerpo, toca la persona entera”; “como consecuencia de la experiencia de la enfermedad, aflora la demanda de ayuda, la apertura al otro en términos de necesidad vital. Esta petición de ayuda revela, de un modo nítido, la vulnerabilidad sentida en el propio cuerpo.” (Torralba Roselló, 2010)

En el contexto del paciente en estado crítico, quien, continuamente es sometido a diferentes procedimientos, dispositivos y medidas como la sujeción mecánica, es clara su condición de vulnerabilidad; por tanto, la dependencia al cuidado de enfermería es mayor, lo que se traduce en una mayor responsabilidad para el enfermero que cuida a esta persona críticamente enferma. En este sentido, Torralba en su libro *Ética del cuidar* (2002), menciona que la enfermedad, la incapacidad y el sufrimiento son algunas de las circunstancias que causan vulnerabilidad, de la misma forma que durante la infancia y tercera edad, los individuos requieren de cuidado.

“En la acción de cuidar a un ser humano se produce el encuentro entre dos universos personales, entre dos mundos libres, entre dos conciencias, entre dos destinos singulares en la historia” (Torralba, 2002). Se puede afirmar entonces, que, existen dos personas, el sujeto de cuidado y el cuidador; el sujeto de cuidado, es decir, el paciente en estado crítico sometido a sujeción mecánica, en el que se evidencia una disminución o nulidad de su autonomía; y

el cuidador, que por su parte, es el responsable de velar porque la atención brindada al sujeto de cuidado sea basada en el respeto a los derechos que como ser humano posee, y en este sentido su papel es abogar por el paciente en el estado de vulnerabilidad en el que se encuentra.

En lo que respecta al paciente en estado crítico siendo este indiscutiblemente dependiente del cuidado implica un mayor compromiso por parte del profesional de enfermería, conocimiento, reflexión y educación al personal a cargo, acerca de los principios éticos e implicaciones legales a las cuales conlleva la utilización de las sujeciones mecánicas; lo anterior, en aras del bienestar del paciente y su familia.

El quehacer de las enfermeras consiste en velar por la promoción, protección y cuidado de la salud y en garantizar la seguridad de las personas que están a su cargo. Como toda intervención de enfermería, “la sujeción mecánica está ligada a consecuencias ético legales derivadas de su utilización, en el marco de lo ético es necesario realizar un análisis del cuidado brindado a los pacientes que la requieren desde el enfoque de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y el respeto a la intimidad y vulnerabilidad de la persona”. (Fernández y Zabala, 2014)

La ética como disciplina teórica propone principios ampliamente desarrollados y aplicables en la vida como ciudadanos, como miembros de una familia o de un grupo profesional. Los principios deben ser generales, universalmente conocidos y aceptados y pueden convertirse en una guía del comportamiento, en una forma de vida; como lo expresa María Eugenia Molina, en su artículo “*la Ética en el Arte de Cuidar*” (2002), y tal como lo sugiere Anne Davis, los principios éticos proporcionan elementos de juicio para analizar las situaciones que se presentan en la vida diaria o en el ejercicio profesional y tomar decisiones basadas en ellos, tendientes al respeto de la persona humana, a su consideración como un fin y a la propia realización personal.

La sujeción mecánica se trata de una medida que coarta la libertad de movimientos, por lo que la aplicación de esta medida puede vulnerar algunos de los derechos fundamentales de las personas. Siempre que esté justificada la aplicación de una sujeción mecánica deberán respetarse los principios éticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia; lo descrito, es responsabilidad del enfermero.

Los principios éticos: respeto, beneficencia, no maleficencia y justicia, propuestos por Beauchamp y Chidress en 1979, han conseguido una aceptación casi universal, son guías generales que dejan lugar al juicio particular en casos específicos y que ayudan explícitamente, en el desarrollo de reglas y líneas de acción más detalladas.

7.1 La sujeción mecánica V.S el principio de respeto

“En toda acción e intención, en todo fin y en todo medio, trata siempre a cada uno, a ti mismo y a los demás, con el respeto que le corresponde por su dignidad y valor como persona”. (Vidal-Bota, 2011) El principio de respeto tiene en cuenta la dignidad humana (Molina, 2002), es la base de una buena relación de cuidado, en la medida que se dé al paciente un trato justo y se respete su dignidad humana será exitosa la relación enfermero – paciente. Se debe tratar al otro como cada uno quisiera ser tratado, ponerse en el lugar del paciente es una forma de entender sus necesidades y vulnerabilidad, forzar al paciente a hacer cosas que van en contra de su voluntad sin una clara justificación, puede ser entendido como una falta en contra de su humanidad y de sus principios fundamentales.

En este sentido, M.E Molina, en su artículo “*La ética en el arte de cuidar*”; refiere que el principio de respeto tiene en cuenta la autonomía, la individualidad, la privacidad, la unicidad y la confiabilidad. Sin embargo, al hablar del paciente en estado crítico sometido a la sujeción mecánica, se hace énfasis en el respeto a la autonomía, pues, esta persona se encuentra limitada

en sus movimientos lo que permite hacer referencia a la pérdida de la libertad de realizar diversas actividades que voluntariamente podría hacer.

La autonomía se basa en el reconocimiento de la libertad de los seres humanos, en el derecho que tienen de orientar su vida y de tomar las determinaciones con un conocimiento claro de los hechos. Es decir, el llamado "*consentimiento con conocimiento informado*", es necesario para poder ejercer la autonomía; ésta como principio, incluye la obligatoriedad de la veracidad, entendida como la obligación de decir la verdad, y no mentir ni engañar al paciente (Molina, 2002).

La autonomía exige reconocer que todas las personas, mientras no se demuestre lo contrario, son capaces de tomar decisiones y disponer de sí mismas libremente. Por ello, cuando se vaya a llevar a cabo una sujeción mecánica se debe informar al paciente y, en lo posible, solicitar su consentimiento. En el caso de que el paciente no tenga capacidad de decisión, se debe informar a su familia y explicar la condición del porqué se procederá a utilizar esta práctica.

Sin embargo, es preciso concluir que, el principio de autonomía, entendido como el respeto a la capacidad que tienen las personas para autogobernarse, se ve claramente limitado en los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos, quienes por su condición de enfermedad son sometidos por periodos de tiempo prolongados a tratamientos sedantes y múltiples invasiones; como consecuencia, en su mayoría, presentan un despertar agitado, riesgo de autolesionarse o lesionar a otros, por ende, son sometidos a esta medida terapéutica para evitar que se produzcan daños y disminuir el riesgo de interrupción de los procesos terapéuticos, privándolos de la libre movilidad.

7.2 La sujeción mecánica V.S el principio de beneficencia – no maleficencia

“En todas y en cada una de tus acciones, evita dañar a los otros y procura siempre el bienestar de los demás”. (Vidal-Bota, 2011) El principio de beneficencia – no maleficencia, se refiere esencialmente a la obligación de no hacer el mal o no causar daño a otros, prevenir el mal y el daño, remover el mal y las fuentes de daño y promover el bien; es el principio básico de todo sistema moral, entendiendo por daño no únicamente el daño físico.

Si bien, la sujeción mecánica pretende disminuir los riesgos para los pacientes y propiciar su recuperación evitando la interrupción en el tratamiento, son muchos los riesgos físicos y psicológicos que se presentan con el uso de esta medida; en este sentido, es necesario hacer un balance para tomar una decisión certera con respecto a cuál es la mejor opción para el paciente desde su individualidad y las condiciones propias de su proceso salud enfermedad, procurando no hacer daño.

El principio de beneficencia u obligación de actuar en beneficio de otros, es sumamente importante en los pacientes con sujeción mecánica que cursan con agitación psicomotora y que se encuentran hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos, pues ellos, en la mayoría de los casos, no están en disposición de tomar decisiones, debido a su incapacidad de llevar a cabo por sí mismos acciones que garanticen su bienestar. Es importante resaltar que la incapacidad puede ser en muchos casos transitoria, por lo que se sugiere que la valoración por parte de los profesionales sea exhaustiva y continua, para no mantener una sujeción mecánica sin indicación.

7.3 La sujeción mecánica V.S el principio de justicia

“Trata a los otros tal como les corresponde como seres humanos; sé justo, tratando a la gente de forma igual. Es decir, tratando a cada uno de forma

similar en circunstancias similares”. (Vidal-Bota, 2011) La libertad de una persona llega hasta donde empieza la libertad del otro; cuando se pone en riesgo el bienestar de las personas que rodean al paciente, se determina una razón justificada para aplicar la sujeción mecánica a pesar de que éste no comparta la decisión y no esté de acuerdo.

La obligación del profesional de enfermería va más allá del paciente mismo, trasciende a su personal a cargo, la familia del paciente, los otros pacientes que se encuentran bajo su cuidado, los visitantes y en general todas las personas que se encuentran en la unidad; por ello en los casos en que el paciente pueda agredir a cualquier persona, la decisión de sujetarlo mecánicamente, se encuentra justificada desde el punto de vista ético, siempre y cuando, inicialmente, se hayan agotado todos los recursos, diferentes a la sujeción mecánica, para evitar perjuicios, tanto al paciente como a las personas que lo rodean.

Es claro que, la sujeción mecánica es una medida terapéutica susceptible de vulnerar potencialmente algunos derechos fundamentales de los pacientes, si no se utiliza correctamente; en este sentido, es imprescindible que el enfermero realice esta práctica con la plena conciencia de los riesgos y las implicaciones éticas que tiene, con el fin de diseñar estrategias que permitan minimizar o abolir, el impacto de la sujeción mecánica en el paciente y su familia.

De esta manera, es evidente la importancia de los principios éticos en el cuidado de enfermería, tanto en el aspecto teórico como en el práctico; en este último, se presentan dilemas continuamente frente al uso de la sujeción mecánica en el paciente agitado en la unidad de cuidados intensivos, partiendo de la concepción, que éste es un ser vulnerable ante las acciones de enfermería. Es por esto, que el enfermero de tener como eje en su actuar diario la éticas, pues brinda la posibilidad de reflexionar en torno a la práctica, el paciente, la familia y el cuidado digno.

7.4 Aspectos legales de la sujeción mecánica

La sujeción mecánica es considerada una medida terapéutica utilizada con cierta frecuencia para el manejo de pacientes agitados o en aquellos que potencialmente suponen un riesgo para la integridad física de ellos mismos o de quienes les rodean. Como su propio nombre lo indica, esta técnica supone una restricción física y una limitación de la libertad de movimientos, lo que nos lleva a reflexionar acerca de varias preguntas: ¿son claras las indicaciones?, ¿se usa adecuadamente?, ¿existen alternativas?, ¿es conocido el protocolo por aquellos que la llevan a cabo?, ¿existe alguna ley que respalde el uso de esta técnica?

Son muchas las cuestiones que pueden surgir en cuanto al uso de esta práctica; por ello, es necesario saber que la sujeción mecánica no cuenta con una normatividad específica en Colombia que oriente su aplicación; no obstante, existen lineamientos inmersos en otras leyes que orientan esta práctica. De ahí, que sea necesario, hacer mención de los diferentes países que poseen legislación restrictiva en cuanto al uso de sujeciones, se destacan: Canadá, Estados Unidos y Japón, como ejemplos de movimientos de racionalización del uso de sujeciones que han derivado en un cambio en la legislación. (Corral J, 2014)

La preocupación por los derechos de los pacientes no es sólo un asunto nacional, a nivel mundial existen normas que regulan tanto la profesión médica como el ejercicio de la enfermería, con el fin de garantizar al paciente el respeto de sus derechos humanos y ofrecer cuidados de calidad que vayan en búsqueda del mejoramiento continuo de las prácticas en salud. Si bien, en Colombia no existen normatividades explícitas sobre la sujeción mecánica, en otros países como España se le ha dado gran importancia al tema y se han incluido dentro de su legislación apartes puntuales que defienden al paciente de prácticas que vayan en contra de la dignidad humana, como puede ser vista la sujeción mecánica, si no es aplicada en los casos donde sea completamente

necesaria y esté bien justificada.

Un ejemplo de ello, es la legislación española, la cual se describió por primera vez en la Constitución Española de 1978. En su artículo 1.1 estableció que la libertad es uno de los derechos fundamentales y profundiza en este pensamiento en los artículos 10, 15 y 17. En el artículo 10, declara que “la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social” (Constitución española, 1978). A su vez, en el artículo 15 establece el derecho a “la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes” (Constitución española, 1978). Por último, en el artículo 17 se expone que “toda persona tiene derecho a la libertad ya la seguridad” (Constitución española, 1978).

Posteriormente, la Ley General de Sanidad 14/1986 del 25 de Abril, reguló de forma generalizada las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud que fue reconocido por la Constitución Española de 1978. El artículo 9 de esta ley declaró que los poderes públicos deben informar a los usuarios del sistema sanitario público de sus derechos y deberes, y en el artículo 10, en relación al tema tratado, destacó el derecho de cualquier ciudadano a que se respete su dignidad humana y su intimidad. (Ley General de Sanidad, 1986).

A su vez, la ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, establece que los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria multidisciplinar adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, en los campos científicos, medico, técnico, legal y ético. Algunas comunidades autónomas cuentan con regulación específica, por ejemplo la Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de maro, de Derechos y Servicios Sociales, hace referencia al “Derecho a no ser sujeto a ningún tipo de restricción física o intelectual.” (Ley de Cantabria, 2007)

Ahora bien, según la constitución política de Colombia 1991, en su artículo 28°: “... toda persona es libre; nadie puede ser molestado en su persona o familia, ni reducido a presión o arresto, ni detenido, ni su domicilio registrado, sino en virtud de mandamiento escrito de autoridad judicial competente, con las formalidades legales y con motivo previamente definido por la ley...”(Constitución política de Colombia, 1991).

En el Artículo 1° de la ley 911 de 2004 donde se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece que, “el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería” (Ley 911 de 2004).

Como lo expresa el artículo primero, el respeto por la vida y la dignidad humana son los principales lineamientos que deben regir la profesión de enfermería y el desempeño del enfermero, cualquier acción que vaya en contra de esta premisa será equivocada y puede traer consecuencias negativas para el profesional de enfermería y para el paciente. En este sentido, la sujeción mecánica debe ser un acto limitado a los casos en los cuales sea estrictamente necesario, donde se hayan agotado todas las alternativas y exista una justificación válida para adoptar esta medida.

Todas estas observaciones se relacionan también con el artículo 6°, de la misma ley, en el cual se afirma que, “el profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia, o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, lo cual debe quedar consignado en el consentimiento informado, con el objeto de que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas”

(Ley 911 de 2004). La aprobación del paciente o su familia para la realización de las actividades de enfermería que tengan implicaciones que trascienden lo físico, como los procedimientos invasivos y la sujeción mecánica, sólo puede ser lograda cuando conocen los fines de cada intervención; por tanto, una comunicación asertiva enfermero-paciente o enfermero-familia, contribuye en las actividades de cuidado.

En cuanto al artículo 9°, se encuentra que “es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Así mismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica” (Ley 911 de 2004). El principio de respeto es considerado base fundamental en las relaciones entre los seres humanos, sólo a partir de éste pueden encaminarse las acciones de cuidado, teniendo siempre en cuenta la integralidad del paciente y sus necesidades, dando una mirada holística que no vulnere ningún aspecto de su humanidad.

Igualmente, el artículo 12°, expresa que “en concordancia con los principios de respeto a la dignidad de los seres humanos y a su derecho a la integridad genética, física, espiritual y psíquica, el profesional de enfermería no debe participar directa o indirectamente en tratos crueles, inhumanos, degradantes o discriminatorio” (Ley 911 de 2004). Puede suceder que la sujeción mecánica sea vista por el paciente, su familia e incluso por el personal de salud, como una medida cruel que va en contra de la dignidad humana, razón por la que existen actualmente controversias respecto a su uso; no obstante, el enfermero debe definir claramente que la implementación de esta medida será, sólo en aquellos casos, donde exista una necesidad inminente, teniendo como primer elemento la explicación al paciente y su familia.

Finalmente, en el artículo 38°, se encuentra que “el profesional de enfermería diligenciará los registros de enfermería de la historia clínica en forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco y sin utilizar siglas, distintas a las

internacionales aprobadas.” (Ley 911 de 2004) Un adecuado registro en la historia clínica es la principal defensa que tiene el enfermero en el caso de tener que enfrentarse a demandas o quejas ante el Tribunal Nacional de Ética; de ahí la importancia de la claridad y coherencia en los registros de enfermería como herramienta valiosa a favor del profesional en los casos donde fuere necesario utilizarla, más aún en una práctica tan controversial como la sujeción mecánica, en la que siempre se debe tener claridad en las razones por las cuales se decide sujetar mecánicamente a un paciente, indicaciones, alternativas y beneficios esperados.

8. CAPÍTULO III

DE NOVATA A EXPERTA EN LA SUJECIÓN MECÁNICA COMO MEDIDA TERAPÉUTICA EN LA UCI

El propósito de la enfermería es el cuidado del ser humano, por tanto, el enfermero tiene la responsabilidad de brindar un cuidado basado en conocimientos científico – técnico y humanísticos, con el fin de lograr una práctica humanizada y segura. Para ello, el profesional debe tener el entrenamiento y la formación continua pertinentes, que les permitan afianzar sus conocimientos, habilidades y competencias, en el proceso de toma de decisiones, en el cuidado del paciente en estado crítico de salud. Tal como afirma Orrego, “con el uso adecuado de sus conocimientos y habilidades técnicas, el profesional de enfermería legitima la profesión y la ubica socialmente como una disciplina capaz de transformar la realidad y transformarse a sí misma”. (Orrego, 2013)

Considerando que, según Watson, citada por Rivera y Triana (2007), el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y el paciente; es preciso reflexionar frente a la estrategia de la sujeción mecánica, como un momento de cuidado; pues, parte de la interacción entre enfermera – paciente, la unicidad, la necesidad y la alteración del bienestar de la persona cuidada. En conjunto, exige al enfermero una visión holística e integral del paciente, que le permita identificar el momento adecuado y las condiciones específicas, que exijan la aplicación de la sujeción mecánica al paciente críticamente enfermo.

Lo dicho hasta aquí, permite afirmar que, cuando se decide implementar la sujeción mecánica como medida terapéutica a un paciente en estado crítico, es

el enfermero, quien con su criterio y convicción de hacer el bien, define la indicación de esta estrategia. Para ello, debe tener en cuenta inicialmente otros elementos, que permitan ayudar al paciente, evitarle las autolesiones o lesiones a otros; cuando ninguna de estas estrategias obtenga resultados, se optará por la sujeción como estrategia en el cuidado.

Ahora bien, para implementar esta medida, el enfermero cuenta con algunas alternativas, como el acompañamiento familiar y la comunicación asertiva, que permitan entablar una relación de confianza y respeto que conlleven a una aceptación al uso de esta medida, mitigando las complicaciones adyacentes a su uso. No obstante, el enfermero debe estar preparado para afrontar situaciones de adversidad que se puedan presentar durante el tiempo que dure esta medida terapéutica, tanto al paciente como al personal que lo cuida. Dichas complicaciones van desde lesiones cutáneas, luxaciones, laceraciones, entre otros; hasta, alteración de la conciencia y mayor agitación. Como resultado, el enfermero debe conocer los aspectos generales y específicos de la sujeción mecánica, por ejemplo, los pasos para realizar una técnica correcta, sus limitaciones, complicaciones y cómo prevenirlas, beneficios y las implicaciones ético-legales subyacentes a su uso.

De ahí que, se resalte el rol del enfermero en la utilización de esta medida terapéutica, pues debe garantizar la seguridad del paciente y evitar al máximo la presencia de complicaciones, las autolesiones y la extracción de dispositivos terapéuticos que problematicen el proceso salud – enfermedad de la persona cuidada. Por tanto, el enfermero debe desarrollar la autonomía y la capacidad de decidir en qué momento utilizar o no esta medida terapéutica, buscando en primera instancia el bienestar y la seguridad del paciente. Mion L (2008), menciona que la decisión de usar la sujeción mecánica en el cuidado del paciente críticamente enfermo puede ser compleja y está influenciada por las características del paciente, el profesional y el medio ambiente.

En cuanto al paciente, es claro que, por sus condiciones de salud, sumado a la aplicación de la sujeción mecánica, es una persona dependiente del cuidado, para la satisfacción de sus necesidades básicas. Dorotea Orem, en su teoría de déficit de autocuidado (2001), describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit y cómo las personas que poseen limitaciones derivadas de su salud, no tienen la capacidad de asumir el cuidado dependiente, como es el caso del paciente en estado crítico sometido a sujeción mecánica. Con base en lo expuesto, el enfermero debe determinar un plan de cuidados que le permita identificar el momento y el objetivo de la aplicación de la sujeción mecánica, teniendo en cuenta que esta estrategia, puede afectar aún más la capacidad de autocuidado del paciente y su bienestar.

Todas estas observaciones se relacionan con la práctica diaria del profesional de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos, quien debe poseer un perfil enmarcado en una filosofía integradora que incluya conocimientos afectivos, emocionales, científicos y tecnológicos, dirigidos al cuidado del paciente en estado crítico. Esta capacidad de integrar habilidades, conocimientos, agilidad e intuición están dadas por la experiencia y constante entrenamiento que tienen los enfermeros en el transcurso de su práctica profesional. Es así como, Stinson B (2016) en un estudio descriptivo donde se examinó las relaciones entre la experiencia clínica de los enfermeros y sus actitudes hacia el uso de la restricción física en las unidades de cuidados intensivos, concluyó que, aunque no se encontró una correlación entre las actitudes hacia el uso de la restricción física y la experiencia de enfermería, sí se estimaba oportuno utilizarlas en determinadas situaciones; no obstante, las enfermeras con más experiencia clínica en las unidades de cuidados intensivos tenían más conocimientos y capacidades para abordar al paciente con agitación y determinar el uso de la sujeción mecánica.

De ahí que se pueda afirmar que la planeación, ejecución y evaluación del cuidado requiere de competencias en el ser, el saber y el saber hacer; entendidas como una serie de habilidades que se van adquiriendo durante la

práctica profesional y que especifican el arte del cuidado. El desarrollo de estas competencias permite el constante desarrollo y crecimiento no solo profesional sino también personal; Patricia Benner (2013), habla de la capacidad de la enfermera en superar una serie de niveles, con la finalidad de llegar a la experticia; sin embargo, durante este proceso la enfermera debe enfrentar situaciones complejas, las cuales pretenden que el profesional cree habilidades como la intuición, la motivación y el desarrollo de destrezas. Además, la filosofía de Patricia Benner (2013), muestra el proceso que la enfermera atraviesa desde recién graduada hasta que se especializa en un área determinada. Durante este proceso van surgiendo una serie de cambios de conducta y se van adquiriendo habilidades que hacen que el desempeño profesional sea cada vez de mejor calidad.

Es así como, se destacan cuatro etapas las cuales las describe así: “la enfermera novata, la cual comienza a relacionar el conocimiento práctico con el teórico frente a situaciones de baja complejidad desarrollando así un plan de atención básica. La enfermera competente, se encuentra en la etapa en la cual domina actividades básicas, pone en práctica experiencias del pasado para resolver situaciones actuales, dando soluciones rápidas a situaciones no planificadas con eficiencia y eficacia, el núcleo familiar entra a ser parte del proceso de enfermería. Por último, la enfermera experta es capaz de resolver problemas de alta complejidad, tiene una base intuitiva, genera pensamiento crítico y autocrítico, mantiene un equipo de trabajo en mejora continua, dando como resultado la prestación de un servicio de alta calidad y satisfacción para los pacientes y familiares”. En este sentido, se puede afirmar que el objetivo del enfermero que cuida a pacientes en estado crítico de salud sometidos a sujeción mecánica, es llegar a un nivel de experticia, que le permita identificar las necesidades del paciente, ejecutar intervenciones y evaluar los resultados de la implementación de esta medida terapéutica.

De los conceptos de Benner se resalta la importancia que ella da a la familia del paciente; el dar cuidados efectivos al paciente/familia requiere un apoyo mutuo y atento en una comunidad moral de profesionales que buscan crear y mantener una buena práctica. La habilidad para implicarse con los pacientes y las familias se aprende con el tiempo y la experiencia; sin embargo, aunque la utilización de la sujeción mecánica en las unidades de cuidados intensivos es habitual, se conoce poco de la percepción que tienen los pacientes y familiares; aunque en el año 2012 A.I. Pérez de Ciriza Amatriain et al, en un estudio realizado en España, analizaron la percepción de un paciente que estuvo con restricción durante un breve período de tiempo y sus familiares; ambos, manifestaron diversidad de sentimientos y sensaciones, sin repercusión negativa en el futuro. Los pacientes refieren que los sentimientos que les provocaron el estar con la sujeción mecánica fueron muy diversos; algunos, en un primer momento, mostraron extrañeza al sentirse sujetos, mientras que otros expresaron haber sentido fastidio e incluso rabia y otros pacientes refirieron resignación.

Respecto a los familiares, ninguno de los entrevistados mostró desacuerdo en que se utilizara la sujeción mecánica como medida terapéutica a su ser querido; contribuyeron a su aceptación con argumentos como la utilidad de dicha medida, para evitar una lesión en el paciente, es decir, lo consideraron como una medida de seguridad. Asimismo, muchos familiares mostraron tener plena confianza en las actuaciones de los enfermeros, y algunos refirieron que, les ayudó a afrontar más la experiencia de ver a su familia con sujeción mecánica, la información y acompañamiento brindado por los enfermeros durante su estancia en la Unidad.

Se puede concluir que, si bien, uno de los fines de la sujeción mecánica es promover la seguridad y el bienestar del paciente, es importante reflexionar, frente a los sentimientos desagradables que genera la utilización de esta medida, para el paciente, la familia y el personal que lo implementa; pues, es claro que puede convertirse en una medida restrictiva, que conlleve a la

vulneración de la dignidad del ser humano, si no se realiza con los conocimientos necesarios. De ahí, el enfermero deba desarrollar competencias, habilidades y conocimientos frente a la correcta implementación de esta medida, disminuyendo el estrés que pueda generar al paciente y su familia, y procurando la búsqueda del bienestar y la seguridad de la persona cuidada.

9. CONCLUSIONES

- ✓ La disciplina de enfermería tiene su fortaleza en la calidad del cuidado, es propia de la profesión la búsqueda del mejoramiento continuo de la atención; por esto se hace necesario que el profesional de enfermería se interese en innovar y trabajar en temas que tengan una relación directa con el cuidado integral, enfocado en el respeto por la dignidad humana y los derechos de los pacientes; de este modo, el quehacer del profesional de enfermería adquiere una visión más humana y gana reconocimiento.

- ✓ Es evidente el carácter controvertido de la sujeción mecánica; algunos autores manifiestan los beneficios en el marco de la seguridad del paciente, reduciendo los eventos adversos asociados al retiro de dispositivos médicos y autolesiones; otros, por el contrario, ponen en evidencia las consecuencias de esta estrategia, que van desde implicaciones físicas, sociales y emocionales. No obstante, todos confluyen en la necesidad de regular su uso, con el fin de disminuir los efectos negativos que pueden derivarse del uso de esta medida terapéutica, mediante un cuidado con calidad, dignidad y seguridad. De ahí que, consideren que el profesional idóneo para liderar esta iniciativa sea el enfermero, pues es la persona que valora continuamente al paciente, identifica sus necesidades, define intervenciones y evalúa continuamente los resultados.

- ✓ La sujeción mecánica, concebida como una práctica de enfermería que usualmente se utiliza en contra de la voluntad del paciente crítico, pero pensada con el fin protector para evitar la auto agresión y el daño a otros, tiene implicaciones de orden físico, emocional, ético y legal que deben considerarse en el momento en que se decide utilizarla, para no transgredir la dignidad del sujeto de cuidado y no violentar sus derechos como un ser biosicosocial. Por tanto, debe ser explícito el beneficio que el uso de la

sujeción mecánica representa para el paciente, evitando las complicaciones que podrían sobrevenir si no se usara.

- ✓ Dado el carácter controvertido de la sujeción mecánica, de la cual se plantean diferentes puntos de vista a favor y en contra de su utilización, es necesario regular su uso por parte del profesional de enfermería, con el fin de disminuir los efectos negativos que pueden derivarse afectando directamente al paciente y de forma indirecta a su familia. Por tanto, es preciso el conocimiento de la técnica, las indicaciones, las contraindicaciones y cuidados de enfermería, teniendo en cuenta utilizarla como última opción, en caso de que otras alternativas sean insuficientes.

- ✓ Es importante para la profesión de enfermería el establecimiento de una legislación clara alrededor de la sujeción mecánica, que determine pautas de actuación alrededor de una práctica que aún genera controversia y que depende no sólo de las necesidades del paciente, sino además de los conocimientos, prejuicios y determinaciones particulares de quien la utiliza. Esto con el fin de que la decisión de inmovilizar un paciente crítico sea tomada con planteamientos precisos, basados en el aprendizaje continuo y competencias adquiridas durante la formación enfermera, para brindar un cuidado integral con calidad basado en conocimientos, no dejando de lado los principios éticos que rigen el ejercicio de la profesión.

10. RECOMENDACIONES

- ✓ El desarrollo de esta monografía sugiere elaborar un protocolo relacionado con el paciente crítico sometido a sujeción mecánica, con la finalidad de disminuir las complicaciones derivadas de la inadecuada utilización de esta práctica en el proceso de cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- ✓ Involucrar a la familia del paciente en el proceso de cuidado, lo que implica en el caso de la sujeción mecánica brindar información acerca de las indicaciones que favorecen el uso de esta medida terapéutica y los cuidados que se llevan a cabo para disminuir las complicaciones que se presenten derivadas de su uso.
- ✓ Se sugiere el entrenamiento de los profesionales de enfermería, donde se desarrollen acciones o programas de sensibilización, orientación y formación continua que promuevan el menor uso posible y adecuado de las sujeciones mecánicas como medida terapéutica, considerándolas siempre como último recurso.
- ✓ Implementar una legislación clara y acorde a los derechos humanos para restringir el uso de la sujeción mecánica, teniendo en cuenta la participación del profesional de enfermería, ya que es quien toma la decisión sobre el uso o no de esta práctica y es el responsable del cuidado directo del paciente.
- ✓ Se recomienda investigar en torno a las medidas alternativas a la sujeción mecánica, ya que el uso de las mismas puede disminuir la necesidad de sujetar al paciente, y por tanto minimizar las complicaciones asociadas a su utilización; estas alternativas deben propender por brindar el máximo de seguridad al paciente en el proceso de hospitalización.

11. AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a largo de mi especialización, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mis queridos padres, por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mis hermanos, por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar.

A Juan David Ripoll, por enseñarme que con esfuerzo, constancia y dedicación todo se consigue; gracias por confiar en mis capacidades.

A la ilustre Universidad de Antioquia por darme nuevamente la posibilidad de egresar como enfermera especialista, me siento orgullosa de mi Alma Mater.

Gracias de corazón a mi asesora Indira Tejada, por su paciencia, dedicación, motivación y aliento; ha hecho fácil lo difícil, sin su ayuda y conocimientos no hubiese sido posible realizar este proyecto. Ha sido un privilegio contar con su compañía.

A todos mis amigos y compañeros de la especialización por todos los momentos y experiencias que pasamos juntos.

A mi persona por todo el esfuerzo, voluntad, esmero, ganas y perseverancia en alcanzar este logro significativo; a pesar de los sacrificios e inconvenientes que suelen presentarse.

12. BIBLIOGRAFÍA

Acevedo-Nuevo, M., González-Gil, M. T., Solís-Muñoz, M., Láiz-Díez, N., Toraño-Olivera, M. J., Carrasco-Rodríguez-Rey, L. F., Martín-Rivera, B. E. (2016). Manejo de la inmovilización terapéutica en Unidades de Cuidados Críticos: aproximación fenomenológica a la realidad enfermera. *Enfermería Intensiva*, 27(xx), 62–74. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.11.003>

Aguirre, A (2017). Consideraciones Ético – legales para el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas. Universidad de Cantabria. <http://hdl.handle.net/10902/11665>

Arreciado Marañón, A., Estorach Querol, M. J., & Ferrer Francés, S. (2011). La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner. *Enfermería Intensiva*, 22(3), 112–116. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2010.11.004>

Arruabarrena, M. (2015). La contención mecánica en la unidad de cuidados intensivos del HUCA: su utilización y la percepción de los familiares. <http://hdl.handle.net/10651/31324>

Benbenbishty, J., Adam, S., & Endacott, R. (2010). Physical restraint use in intensive care units across Europe: The PRICE study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 241–245. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.08.003>

Berzlanovich, A. M., Schöpfer, J., & Keil, W. (2012). Deaths Due to Physical Restraint. *Deutsches Arzteblatt International*, 109(3), 27–32. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0027>

Carricaburu R, A. (2015). Intervención enfermera, contención mecánica, en la agitación psicomotriz. https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001088.pdf

Castillo, Edelmira; Vásquez, Martha Lucía; (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, (164-167).

Cernadas, J. M. C. (2009) La OMS y su iniciativa; Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente; The WHO and its " World Alliance for Patient Safety " initiative. *Arch Argent Pediatr*, 107(5), 385–386. Retrieved from

<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2009/v107n5a01.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (1996). Ley 266 de 1996 Por la cual se reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 42.710, 1996(42), 8.

Congreso de la República de Colombia. (2004). Ley 911 de 2004 Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidadla deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 45.693.

De Jonghe, B., Constantin, J. M., Chanques, G., Capdevila, X., Lefrant, J. Y., Outin, H., & Mantz, J. (2013). Physical restraint in mechanically ventilated ICU patients: A survey of French practice. *Intensive Care Medicine*, 39(1), 31–37. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2715-9>

De la Cuesta-Benjumea, C. (2011). La reflexibilidad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería Clin.* (163-167)

De Vera Selva, M., Mental, J., Perez, M., Casco B, L., Corcoles J, P., Gónzales F, A., de la Rica Escuín, M. (2015). Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. Protocolo Consensuado. Revisión 2012. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA)., 21.

Eskandari, F., Abdullah, K. L., Zainal, N. Z., & Wong, L. P. (2017). Use of physical restraint: Nurses' knowledge, attitude, intention and practice and influencing factors. *Journal of Clinical Nursing*, (February), 1–10. <https://doi.org/10.1111/jocn.13778>

Fernández Rodríguez, Á., & Zabala Blanco, J. (2014). Restricción física: Revisión y reflexión ética. *Gerokomos*, 25(2), 63–67. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200003>

Galeano, María Eumelia, Vélez Olga Lucía. (2002) *Investigación Cualitativa: Estado Del Arte*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Hine, K. (2007). The use of physical restraint in critical care. *Nursing in Critical Care*, 12(1), 6–11.

Hofsø, K., & Coyer, F. M. (2007). Part 1. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: Contributing factors. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(5), 249–255. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.04.003>

Hofsø, K., & Coyer, F. M. (2007). Part 2. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: A patient perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(6), 316–322. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.04.002>

Johnson, K., Curry, V., Steubing, A., Diana, S., McCray, A., McFarren, A., & Domb, A. (2016). A non-pharmacologic approach to decrease restraint use. *Intensive and Critical Care Nursing*, 34, 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.08.004>

Kandeel, N. A., & Attia, A. K. (2013). Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. *Nursing and Health Sciences*, 15(1), 79–85. <https://doi.org/10.1111/nhs.12000>

Kirk, A. P., McGlinsey, A., Beckett, A., Rudd, P., & Arbour, R. (2015). Restraint Reduction, Restraint Elimination, and Best Practice. *Clinical Nurse Specialist*, 29(6), 321–328. <https://doi.org/10.1097/NUR.000000000000163>

Kooi, A. W. van der, Peelen, L. M., Raijmakers, R. J., Vroegop, R. L., Bakker, D. F., Tekatli, H., ... Slooter, A. J. (2015). Use of physical restraints in Dutch intensive care units: a prospective multicenter study. *Critical Care Medicine*, 24(6), 488–495. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015348>

Lan, S.-H., Lu, L.-C., Lan, S.-J., Chen, J.-C., Wu, W.-J., Chang, S.-P., & Lin, L.-Y. (2017). Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities – Systematic review and meta-analysis. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 33(8), 411–421. <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.05.012>

Langley, G., Schmollgruber, S., & Egan, A. (2011). Restraints in intensive care units-A mixed method study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(2), 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.12.001>

LeBlanc A; Bourbonnais FF; Harrison D; Tousignant K. (2018). The experience of intensive care nurses caring for patients with delirium: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44: 92 – 98. doi: 10.1016/j.iccn.2017.09.002.

Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice* (3rd ed). New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division.

Li, X., & Fawcett, T. N. (2014). Clinical decision making on the use of physical restraint in intensive care units. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(4), 446–450. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.09.003>

Londoño, Olga Lucía; Maldonado, Luis Facundo; Calderón, Licky Catalina. (2014). *Guía para construir Estados del Arte*. Internacional Corporation of Networks of knowledge, Bogotá.

Luk, E., Sneyers, B., Rose, L., Perreault, M. M., Williamson, D. R., Mehta, S., Burry, L. (2014). Predictors of physical restraint use in Canadian intensive care units. *Critical Care (London, England)*, 18(2), R46. <https://doi.org/10.1186/cc13789>

Martín Iglesias, V., Pontón Soriano, C., Quintián Guerra, M. T., Velasco Sanz, T. R., Merino Martínez, M. R., Simón García, M. J., & González Sánchez, J. A. (2012). Contención mecánica: su uso en cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 23(4), 164–170. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2012.08.002>

Mion, L. C. (2008). Physical Restraint in Critical Care Settings: Will They Go Away? *Geriatric Nursing*, 29(6), 421–423. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2008.09.006>

Molina, Nancy Piedad. (2005). Herramientas para investigar ¿Qué es un estado del Arte? *Ciencia y tecnología para la salud visual y ocular*. N° 5: 73 – 75.

Molina Restrepo, M. (2002). La ética en el arte de cuidar. *Investigación y Educación en Enfermería*; 20(2). <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16735>

Naranjo Hernández, Ydalsys, Concepción Pacheco, José Alejandro, & Rodríguez Larreynaga, Miriam. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100. Recuperado en 08 de mayo de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es&tlng=es.

Noreña, A., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J., & Rebolledo Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3). doi: <https://doi.org/10.5294/1824>

Pérez de Ciriza Amatriain, A. I., Nicolás Olmedo, A., Goñi Viguria, R., Regaira Martínez, E., Margall Coscojuela, M. A., & Asiain Erro, M. C. (2012). Restricciones físicas en UCI: su utilización y percepción de pacientes y familiares. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 77–86.

Perkins E; Prosser H; Riley D; Whittington R. (2012). Physical restraint a therapeutic setting; a necessary evil? *PubMed*. 35 (1): 43-49

Perren, A., Corbella, D., Iapichino, E., Di Bernardo, V., Leonardi, A., Di Nicolantonio, R., Malacrida, R. (2015). Physical restraint in the ICU: Does it prevent device removal? *Minerva Anestesiologica*, 81(10), 1086–1095. <https://doi.org/R02Y9999N00A140959>

Raguan, B., Wolfovitz, E., & Gil, E. (2015). Use of Physical Restraints in a General Hospital: a Cross-Sectional Observational Study. *Imaj*, 17(October), 633–638.

Ribeiro, S. C. L., Nascimento, E. R. P., Lazzari, D. D., Jung, W., Boes, A. A., & Bertoncello, K. C. (2015). Conhecimento de enfermeiros sobre delirium no paciente crítico: Discurso do sujeito coletivo. *Texto E Contexto*

Enfermagem, 24(2), 513–520. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001702014>

Rose, L., Burry, L., Mallick, R., Luk, E., Cook, D., Fergusson, D., Mehta, S. (2016). Prevalence, risk factors, and outcomes associated with physical restraint use in mechanically ventilated adults. *Journal of Critical Care*, 31(1), 31–35. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.09.011>

Rose, L., Dale, C., Smith, O. M., Burry, L., Enright, G., Fergusson, D., Mehta, S. (2016). A mixed-methods systematic review protocol to examine the use of physical restraint with critically ill adults and strategies for minimizing their use. *Systematic Reviews*, 5(1), 194. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0372-8>

Rubio D, J. (2017). Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(3), 172-177. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.09.006>

Sierra, S. O., & Zapata, A. C. O. (2013). Calidad del cuidado de enfermería. *Investigación y Educación en enfermería*, 19(2).

Stevens, J. C. (2012). The use of physical restraints in neurologic patients in the inpatient setting. *CONTINUUM Lifelong Learning in Neurology*, 18(6), 1422–1426. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000423855.55394.ad>

Stinson, B. K. J. (2016). Nurses' Attitudes, Clinical Experience, and Practice Issues With Use of Physical Restraints in Critical Care Units. *American Journal of Critical Care*, 25(1), 21-25. <https://doi: 10.4037 / ajcc2016428>

Suliman, M., Aloush, S., & Al-Awamreh, K. (2017). Knowledge, attitude and practice of intensive care unit nurses about physical restraint. *Nursing in Critical Care*, 22(5), 264–269. <https://doi.org/10.1111/nicc.12303>

Torralba Roselló, F. (2010). Hacia una antropología de la vulnerabilidad. *Revista Forma*, 2, 195–226. Retrieved from http://www.upf.edu/forma/_pdf/vol02/forma_vol02_04torralbafrancesc.pdf

Velez Restrepo, O; Galeano Marin, M. (2002). Investigación cualitativa Estado del Arte. Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humana. Medellín.

Via-Clavero, G., & Acevedo-Nuevo, M. (2017). Herramientas de soporte a la decisión del uso de contenciones mecánicas en las unidades de cuidados intensivos: ¿son útiles? *Enfermería Intensiva*, 28(2), 92–94. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2017.04.002>

Villarreal, E. (2007). Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Salud univorte*. 23(1) 112-9.

Yönt, G. H., Korhan, E. A., Dizer, B., Gümüş, F., & Koyuncu, R. (2014). Examination of Ethical Dilemmas Experienced by Adult Intensive Care Unit Nurses in Physical Restraint Practices. *Holistic Nursing Practice*, 28(2), 85–90. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000013>

ANEXOS

ANEXO N°1. FICHA BIBLIOGRÁFICA

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA:	LOCALIZACION DEL DOCUMENTO:
TEMA :	SUBTEMA:
PALABRAS CLAVES:	
RESUMEN:	
IDEAS PRINCIPALES:	
NOTAS CON PAGINA:	COMENTARIOS SOBRE LA NOTA
GRAFICOS:	
MAPA CONCEPTUAL:	
TEORIAS EN LAS QUE SE APOYA EL ESTUDIO:	
METODOLOGIA	
REFLEXIONES ACADEMICAS Y APORTES AL TEMA DE INVESTIGACION:	
FIRMA:	FECHA DE REALIZACION:

ANEXO N°2. MATRIZ DE ANÁLISIS

Autor
Título
Año
Tema
Metodología
Resumen
Conceptos
Teorías de apoyo
Autores importantes de la bibliografía
Conclusiones
Revista, Libro, Capítulo. Tesis
Base de datos
País
Idioma