



# SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECANICA E INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES



[www.segufix.de](http://www.segufix.de)

**REALIZADO POR:**

**ENRIQUE FERNANDEZ DE PIÑAR Y GARZON** [enriquefp18@enfermundi.com](mailto:enriquefp18@enfermundi.com).  
(Enfermero Unidad Agudos de Salud Mental. Hospital Universitario San Cecilio. Granada)

**AMALIA ROMERO MOLINA.** (Enfermera Unidad Agudos de Salud Mental. Hospital Universitario San Cecilio. Granada)

**MARIA DOLORES PLAZA DEL PINO.** (Enfermera Supervisora. Comunidad Terapéutica de Salud Mental de Alfacar. Hospital Universitario San Cecilio Granada)

**MERCEDES GARCIA GARCIA.** (Auxiliar de Enfermería. Servicio de ORL-Derma-Oftalmología. Hospital Universitario San Cecilio Granada)

**EDITA:**

**Dirección de Enfermería**

**Hospital Universitario San Cecilio de Granada**

**ISBN 978-84-690-7880-8**

**Depósito legal GR 1755-07**

**MAYO 2007**

## INDICE

<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>Definición de términos .....</b>	<b>6</b>
<b>Objetivos del protocolo .....</b>	<b>7</b>
<b>Principios generales .....</b>	<b>7</b>
<b>CONTENCIÓN MECÁNICA.....</b>	<b>9</b>
<b>Pacientes susceptibles .....</b>	<b>9</b>
<b>Indicaciones y contraindicaciones concretas de la sujeción mecánica . .....</b>	<b>11</b>
<b>Abordaje alternativo y/o complementario a la contención mecánica .....</b>	<b>11</b>
<b>Abordaje verbal o contención verbal . .....</b>	<b>11</b>
<b>Medidas ambientales y/o conductuales .....</b>	<b>12</b>
<b>Contención farmacológica .....</b>	<b>12</b>
<b>Procedimiento para la contención mecánica .....</b>	<b>14</b>
<b>1. Competencias profesionales .....</b>	<b>14</b>
<b>2. Modo de proceder .....</b>	<b>15</b>
<b>Equipos de contención mecánica .....</b>	<b>15</b>
<b>Descripción del Equipo SEGUFIX<sup>R</sup>: .....</b>	<b>15</b>
<b>Sistemas de sujeción de extremidades y cinturón abdominal con velcro y anilla.....</b>	<b>17</b>
<b>3. Instauración de la contención mecánica .....</b>	<b>17</b>
<b>4. Cuidados durante la contención mecánica .....</b>	<b>22</b>
<b>5. Complicaciones y lesiones potenciales en la contención mecánica. Estrategias para disminuir el uso y riesgo. ....</b>	<b>23</b>
<b>6. Supresión de la contención mecánica. ....</b>	<b>24</b>
<b>7. Aspectos éticos-legales de la contención mecánica .....</b>	<b>24</b>
<b>8. Evaluación del protocolo.....</b>	<b>27</b>
<b>NORMAS DE CUMPLIMENTACIÓN DE HOJA DE REGISTRO Y CONTROL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON CONTENCIÓN MECÁNICA .....</b>	<b>36</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>43</b>

**55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA55.18**  
**Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002**  
**Calidad de la atención: seguridad del paciente**

La 55ª Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado el informe «Calidad de la atención: seguridad del paciente»

Preocupada porque la incidencia de eventos adversos está poniendo en peligro la calidad de la atención, además de ser una causa importante y evitable de sufrimiento humano y de imponer un elevado tributo en pérdidas financieras y en costos de oportunidad para los servicios de salud;

Observando que puede mejorarse notablemente el desempeño de los sistemas de salud en los Estados Miembros evitando los eventos adversos en particular y mejorando la seguridad del paciente y la calidad de la atención de salud en general;

Reconociendo la necesidad de promover la seguridad del paciente como uno de los principios fundamentales de los sistemas de salud,

1. INSTA a los Estados Miembros a:

- 1) Que presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente;
- 2) Que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología;

2. PIDE a la Directora General que, en el contexto de un programa relativo a la calidad:

- 1) Elabore normas, patrones y directrices mundiales sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente que permitan definir, medir y notificar los eventos adversos de la atención de salud, producidos o que se haya logrado evitar, examinando las experiencias de los programas existentes y recabando aportaciones de los Estados Miembros, a fin de proporcionar apoyo para el desarrollo de sistemas de notificación, la adopción de medidas preventivas y la aplicación de medidas de reducción de los riesgos;
- 2) Promueva la formulación de políticas fundamentadas en pruebas científicas, con inclusión de normas mundiales que permitan mejorar la atención al paciente, prestando especial atención a la inocuidad de los productos, la inocuidad de las prácticas clínicas con arreglo a las directrices apropiadas y la utilización inocua de productos medicinales e instrumentos médicos, teniendo en cuenta las opiniones de los planificadores políticos, los administradores, los dispensadores de atención de salud y los consumidores;
- 3) Apoye los esfuerzos de los Estados Miembros por promover una cultura de la seguridad en el seno de las organizaciones de atención de salud y desarrolle mecanismos, por ejemplo mediante certificación u otros medios, de conformidad con las condiciones y exigencias nacionales, que permitan reconocer las características de los dispensadores de atención de salud que ofrezcan un nivel de excelencia ejemplar en cuanto a la seguridad de los pacientes a nivel internacional;
- 4) Aliente las investigaciones en materia de seguridad de los pacientes, con inclusión de estudios epidemiológicos de los factores de riesgo, intervenciones de protección eficaces y la evaluación de los costos asociados a los daños y la protección;
- 5) Informe sobre los progresos realizados al Consejo Ejecutivo en su 113ª reunión y a la 57ª Asamblea Mundial de la Salud.

Novena sesión plenaria, 18 de Mayo de 2002  
A55/VR/9

## INTRODUCCION

Uno de los derechos fundamentales de los pacientes es el de proporcionarle cuidados de calidad y asegurarnos siempre la seguridad para los mismos.

Tal como indican organizaciones a nivel mundial como es la OMS y otras, la Seguridad del Paciente debe ser centro de las políticas sanitarias de todos los países.

En la publicación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía del 2006 titulada: “Estrategia para la Seguridad del Paciente”, hablar de seguridad del paciente es abordar el proceso por el cual una organización le proporciona atención y cuidados seguros, lo que se manifiesta por la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los mismos. Del mismo modo, hablar de seguridad implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia así como, buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes, vinculadas a la ausencia de Efectos Adversos(EA) y propiciadas por una adecuada organización asistencial.

Atendiendo a todo esto se crea en nuestro Hospital a través de su Dirección de Enfermería, una Comisión y un Grupo de Trabajo, para la elaboración de un Protocolo que va a desarrollar entre otros, un aspecto importante para garantizar la Seguridad del Paciente. Esto es la “Contención Mecánica” o “Inmovilización de Pacientes”.

Los pacientes como consecuencia de algunas patologías pueden agitarse. Esta agitación pueden poner en peligro la seguridad para él mismo y el entorno; o poner en peligro su programa terapéutico. De aquí viene la necesidad a veces de una “Contención Mecánica” o “Inmovilización”

Es cierto que hablar de “Contención Mecánica” se asocia a procedimientos o técnicas utilizados en Unidades o Servicios de Psiquiatría. La práctica y estudios estadísticos que se ofrecen indican que en las Unidades Médico-Quirúrgicas y de Cuidados Críticos y Urgencias es dónde también se dan en un porcentaje alto.

El conocimiento de las técnicas y procedimientos que garanticen una correcta práctica hace que proporcionemos al paciente mayor seguridad.

## DEFINICION DE TERMINOS

La **agitación psicomotriz** es un síndrome que lo englobamos en los trastornos de la conducta y que se caracteriza por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora y que se acompaña con alteraciones de la esfera emocional

A diferencia de **una inquietud psicomotora** en la **agitación psicomotriz verdadera** el grado de hiperactividad es severo y poco lógica la secuencia y la intencionalidad de los actos. Un paciente agitado puede o no ser violento, en función que exista una agresividad derivada de la hiperactividad que pueda dirigir hacia él mismo, hacia los que le rodean o hacia los objetos y producirse daño físico o material

**Nuestra intervención** tiene que garantizar en todo momento la seguridad de las personas implicadas, del paciente, de los profesionales que lo atienden.

Para modificar estas circunstancias se recurre excepcionalmente a lo que llamamos “**contención mecánica**” generalizando en medidas de restricción de movimientos.

La **contención mecánica** según el protocolo elaborado por el Servicio Andaluz de Salud en Diciembre de 2005 es la ***sujeción física de un paciente, como medida extrema para evitar daños al propio paciente, a otras personas y el entorno físico que lo rodea.*** Asimismo se señala en el citado protocolo que esta actuación tiene una serie de connotaciones éticas y legales muy importantes. El paciente no es capaz de controlar su comportamiento y es responsabilidad de los profesionales proporcionarle dicho control. Dado el carácter extremo de la medida y que se trata de una intervención no carente de riesgos, ***hay que garantizar que su uso sea realmente excepcional*** y que cuando la contención mecánica ***sea realmente necesaria***, su duración sea lo más breve posible y su aplicación se desarrolle en condiciones óptimas para el paciente.

En alguna bibliografía aparece el término de “**restricción de movimientos**” como una generalización del término “contención mecánica” y se puede definir como el uso de maniobras físicas o mecánicas dirigidas a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, con el fin de protegerlo de las lesiones que pudiera ocasionarse a sí mismo o a otros.

También podremos ver el término “**sujeción terapéutica**”

## OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

Con este protocolo se pretende dotar a los profesionales de este Hospital de los conocimientos mínimos y pautas a seguir en el caso de que sea necesaria una Inmovilización del Paciente para garantizar:

1. La Seguridad del Paciente para evitar aquellos riesgos que pueden hacerse ellos, o que puedan producir a los demás y/o al entorno o mobiliario en cuadros de agitación, confusionales, agresividad, etc.
2. Garantizar al paciente la instauración, evitar la interrupción y administración de todas aquellas medidas terapéuticas necesarias para su tratamiento y que debido a su estado temporal pueda poner en peligro, como es por ejemplo, el mantenimiento de vías, catéteres, aparataje, administración de medicación, etc.
3. El conocimiento mínimo y suficiente a nivel teórico y práctico por parte del personal responsable de administrar cuidados de lo que implica la “Contención Mecánica” como es los fundamentos teóricos, procedimientos, material y sistemas de inmovilización que se utilizan.
4. Conocer las complicaciones que pueden darse en una “Inmovilización del paciente”
5. Discusión ética y jurídico-legal que implica una “Inmovilización del paciente”
6. Normalización en el hospital de esta práctica de seguridad utilizando registros en donde quede constancia de su aplicación, seguimiento, etc. y que permitan posteriormente su evaluación

## PRINCIPIOS GENERALES:

**LA PRINCIPAL ACCIÓN DE ENFERMERÍA DEBE SER IMPEDIR LAS CONDUCTAS QUE OBLIGAN A UTILIZAR LAS SUJECIONES MECÁNICAS, SIENDO ESTAS EL ÚLTIMO RECURSO A APLICAR.**

**LA RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTOS Y LA CONTENCIÓN MECÁNICA OBJETO DE ESTE PROTOCOLO SON ACTUACIONES SANITARIAS EN UN MEDIO SANITARIO. SON ACTOS MÉDICOS SOBRE PACIENTES**

# **CONTENCIÓN MECÁNICA E INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES**



## CONTENCIÓN MECÁNICA

Es un procedimiento que permite limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente mediante un sistema de inmovilización física ante el fracaso de una contención verbal o química si procede y que tendrá como objeto el garantizar la seguridad del paciente (evitándole autolesiones, intento de autolisis, etc.); de quienes les rodean (profesionales que le atienden, otros pacientes), impedir en el caso de que tenga, la manipulación de otras medidas (vías, sondas, administración de medicación, conexión a aparatos...) que son probablemente necesarias en agitaciones de causa orgánica y otras situaciones médico-quirúrgicas; y asimismo impedir fugas en el caso de pacientes que estén ingresados de forma involuntaria.

En todo caso, será un método de aplicación temporal hasta que se controle la conducta del paciente o resulte efectiva la sedación farmacológica, especialmente en agitación de origen psiquiátrico.

La práctica clínica nos dice también que en ancianos puede ser más efectiva y con más seguridad que la sedación farmacológica.

El método más utilizado y que parece más efectivo es la inmovilización mediante correas.

## PACIENTES SUSCEPTIBLES

1. En pacientes con **cuadros confusionales** "Delirium". Es la situación que con más frecuencia se da en el hospital en general. La causa es orgánica que puede ser o no conocida. Es interesante que el personal de enfermería sepa detectar indicios para su prevención así como adoptar medidas para evitarlo. Tal es el caso de mantener la orientación temporoespacial, estimulación del paciente, detectar precozmente déficits en la atención, desorientaciones, confabulaciones, etc.
2. Pacientes con **cuadros psicóticos** en donde la percepción de la realidad está alterada (delirios y/o alucinaciones). Un paciente con un cuadro psicótico percibe la realidad alterada. Hace interpretaciones no ajustadas a la realidad, incluso puede percibir (ver, oír, oler, ....) lo que no hay. En estos cuadros el paciente pueden sentirse objeto de una agresión y van a tratar de defenderse con la consiguiente agitación

3. Pacientes en donde la situación estresante (encamamiento, normas, situación social, afrontamiento ante situaciones de dolor e incluso muerte, etc). puede **desbordar su capacidad de autocontrol**.
4. Pacientes con episodios de **desinhibición en el control de los impulsos** como graves trastornos de la personalidad y cuadros maníacos.
5. Pacientes con cuadros de **déficit intelectivos y profundos deterioros**.
6. Pacientes en **abstinencia de sustancias psicoactivas**

### Causas de agitación

#### Agitación orgánica

- Delirium debido a enfermedad médica:
  - Trastornos neurológicos: traumatismos craneoencefálicos, enfermedad cerebrovascular y encefalopatía hipertensiva. Neoplasias primarias y secundarias. Meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales, neurosífilis y SIDA. Epilepsia.
  - Trastornos sistémicos: endocrinológicos, metabólicos, cardiovasculares, deficiencias vitamínicas, intoxicaciones, enfermedades infecciosas, enfermedades oncológicas, enfermedades autoinmunes, fármacos.
- Demencia y sus diferentes tipos

#### Agitación psiquiátrica

- Esquizofrenia
- Trastornos delirantes y otros trastornos psicóticos
- Fase Maníaca de un trastorno bipolar
- Trastornos no psicóticos:
  - Trastornos de ansiedad y por estrés postraumático
  - Trastornos de la personalidad
  - Trastornos adaptativos
  - Trastornos disociativos
- Otros trastornos

#### Agitación mixta

- Trastornos relacionados con el consumo de alcohol, alucinógenos, anfetaminas (o sustancias de acción similar), cannabis, cafeína, cocaína, fenciclidina (o sustancias de acción similar), inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, otras.
- Otros trastornos

### Factores precipitantes de agitación orgánica

#### Edad:

- La pluripatología de los ancianos, la polimedicación que conlleva y las limitaciones de metabolización y excreción de fármacos propias del envejecimiento, favorecen esta predisposición
- Destaca la iatrogenia de fármacos con efecto anticolinérgico
- Las infecciones, especialmente respiratorias y urinarias resultan potencialmente letales en estas edades
- Las situaciones asociadas a deshidratación y cuadros obstructivos intestinales
- Los procesos cardiorrespiratorias desencadenantes de arritmias o hipoxemias
- Y las enfermedades vasculocerebrales, entre otras

#### Daño cerebral previo.

- Demencia, enfermedad vasculocerebral o epilepsia

#### Intervenciones quirúrgicas.

- Cirugía cardíaca, craneotomías o grandes quemados

#### Abuso de sustancias

#### Aislamiento sensorial

#### Intervenciones oftalmológicas, ingresos en unidades de vigilancia intensiva

## INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES CONCRETAS DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA.

### INDICACIONES:

1. Prevenir conductas que puedan significar algún **daño para el propio paciente, terceras personas o elementos del entorno.**
2. Riesgos de **autolesiones y suicidio.**
3. Riesgos de caídas
4. Instauración, mantenimiento, **administración**, de **medidas terapéuticas** necesarias que estén interferidas por el estado mental del paciente (mantenimiento de catéteres, vías, sondas, otros sistemas de soporte vital, etc.)
5. Situaciones que representan una amenaza para su integridad física debido a la negación del paciente a beber, comer, dormir
6. Si **lo solicita el propio paciente** y hay causa justificada clínica y/o terapéutica
7. Como **parte de un programa** de modificación de conducta que previamente haya sido propuesto y estimado.

### CONTRAINDICACIONES:

1. Si existe la posibilidad de aplicar otros abordajes
2. Exista una orden expresa del facultativo

## ABORDAJE ALTERNATIVO Y/O COMPLEMENTARIO A LA CONTENCIÓN MECÁNICA

### ABORDAJE VERBAL O CONTENCIÓN VERBAL.

Siempre que sea posible un abordaje o contención verbal tiene la finalidad de enfriar la situación que ha provocado la agitación del paciente. Comprende por un lado una actitud terapéutica y por otro la entrevista.

Para ello debemos ser capaces de transmitir al paciente tanto de forma verbal como no verbal que nuestra intención es de protegerlo frente a su enfermedad. Por otra parte evitaremos mostrar miedo, para ello tenemos que haber creado previamente unas condiciones de seguridad. También mostraremos firmeza y seguridad.

En cuanto a la entrevista procuraremos hacerla:

- Manteniendo una distancia de seguridad

- Evitaremos un contacto visual fijo durante mucho tiempo pues se puede percibir como amenaza, pero tampoco rehusaremos este contacto visual.
- Seremos respetuosos en cada momento aún en situaciones en donde se produzcan amenazas, insultos, etc. Tono de voz calmado y neutral.
- Dejaremos que hable el paciente pues debe sentirse escuchado.
- Evitaremos discutir, responder hostilmente o mostrarnos desafiantes o agresivos hacia sus argumentos. Ello podría producir riesgo de violencia.
- Utilizaremos un discurso empático: "...comprendo que la situación te haga estar nervioso ....." aunque ello no implica nuestra conformidad.
- Nos reservaremos los juicios propios

Durante el abordaje y las respuestas del paciente que ofrece del paciente podremos ir comprobando la efectividad de la contención verbal. Si la entrevista se complica, no podemos controlar la situación, dudamos de nuestra propia competencia es mejor proceder a otro tipo de intervención.

## **MEDIDAS AMBIENTALES Y/O CONDUCTUALES.**

En definitiva buscamos favorecer un ambiente y entorno adecuados. Para ello:

Procuraremos reducir o limitar aquellos estímulos que puedan ser provocadores de conductas agresivas o violentas.

Facilitaremos un cambio del entorno social y para ello:

- Introduciremos una figura que represente autoridad o que le de confianza
- Sacaremos aquellas personas que puedan producir respuestas negativas.

Posibilitaremos en la medida de lo posible actividades que puedan hacer que disminuya la respuesta agresiva (pasear, una llamada telefónica, etc... )

Ayudaremos a la realización de respuestas desactivadoras como son técnicas de relajación, muscular, respiratorias, etc...

## **CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA.**

Cuando la alternativa del abordaje verbal ha sido insuficiente se recurre al abordaje farmacológico. En la mayoría de los casos de agitación tanto de origen orgánico como psiquiátrico la precisaremos. Generalmente una contención mecánica va a conllevar generalmente necesidad de una administración de fármacos.

Las indicaciones parten del médico y por tanto no nos extendemos en su descripción en este protocolo.

A modo de generalidad indicar que: El fármaco ideal es el que consigue una rápida sedación, disponible por cualquier vía de administración, que requiera el menor número de dosis administradas, y con mínimos efectos secundarios.

La vía de administración más recomendable es la oral. En la práctica tanto la vía oral como la intravenosa son difíciles de aplicar por las características de estos pacientes. La vía intravenosa presenta más riesgos cardiorrespiratorios. La vía intramuscular aunque es menos rápida y fiable que las anteriores, es la más segura.

## PROCEDIMIENTO PARA LA CONTENCIÓN MECÁNICA

### 1. COMPETENCIAS PROFESIONALES

La reducción de un paciente y su inmediata contención mecánica implica a todo el personal presente y al que pueda ser requerido de modo inmediato, al margen del grupo profesional de pertenencia.

#### **Facultativo:**

Es el máximo responsable de la Contención Mecánica. Indica la medida, o la autoriza (o no) si ha sido instaurada por personal de enfermería, en caso de urgencia y en su ausencia.

Informa al paciente y allegados de los motivos y objetivos de la medida.

Decide su finalización tras la valoración conjunta con el resto del equipo.

#### **Enfermera/o:**

Dirige la contención y coordina su ejecución.

La indica en caso de ausencia del facultativo.

Es responsable del instrumental de la contención mecánica.

Es responsable de los cuidados y controles posteriores.

#### **Auxiliar de enfermería:**

Coopera en la ejecución y supresión de la contención mecánica.

Participa en los cuidados, el control y observación de los pacientes, bajo el principio de acompañamiento permanente.

Se ocupa de la custodia y mantenimiento de los instrumentos de la contención.

#### **Celador:**

Colabora en la instauración de la contención y eventual transporte del paciente e instrumental.

#### **Personal de seguridad:**

Pueden ser requeridos para colaborar en el procedimiento, con su presencia y/o intervención manual en la reducción del paciente.

## 2. MODO DE PROCEDER

### ***EQUIPOS DE CONTENCIÓN MECÁNICA***

Utilizamos sujeciones de tipo estandarizado y homologado. Actualmente en nuestro hospital disponemos de equipos Segufix<sup>®</sup>. ( <http://www.segufix.de/Seiten/spanisch/Spanisch.html> )

#### **DESCRIPCIÓN EQUIPO SEGUFIX<sup>®</sup>:**



#### **Llave magnética SEGUFIX<sup>®</sup>**

La llave magnética SEGUFIX abre el cierre de forma rápida y sencilla.

#### **Cierre SEGUFIX<sup>®</sup>**

El cierre magnético y botón, permite realizar las funciones de abrir y cerrar en décimas de segundo. El sistema no sería operativo si hubiera que perder tiempo atando lazos, llaves, pasadores etc.



#### **Sujeción de mano SEGUFIX<sup>®</sup>**

La sujeción de mano sirve para ajustar la muñequera del paciente a la cama o al cinturón abdominal.

La muñequera tiene un almohadillado blando y agradable, evitándose así cortaduras o rasguños en la muñeca.



### **Sujeción de pie SEGUFIX®**

La sujeción del pie sirve para fijar de forma relajada o firme un pie. De igual funcionamiento y características que la muñequera. Fijando relajadamente, es posible determinar una cierta libertad para los pies, pudiendo girar el cuerpo, en posición lateral o boca abajo.

Además, si el paciente se coloca en posición lateral, se puede conseguir una estabilización adicional por medio de la fijación del pie. Para esto se necesita además el cinturón de unión.

### **Cinta de unión SEGUFIX®**

La cinta de unión se necesita para la sujeción de las muñequeras y los tobillos.

Fijando relajadamente, es posible determinar una cierta libertad para los pies.



### **SEGUFIX®-Cinturón Largo**

Para la adaptación individual.

### **SEGUFIX®-Estándar**

El SEGUFIX Estándar - la sujeción abdominal - permite al paciente la mayor libertad de movimientos en la cama, con la mayor seguridad. Puede instalarse sin complicaciones, antes o después que el paciente se haya acostado.



### **SEGUFIX®-Sujeción a sillones**

Existen también sujeciones para sillones. Correas cruzadas con apoyos pélvicos que permiten mantener al paciente en sillón impidiendo que resbalen.



## SISTEMAS DE SUJECCIÓN DE EXTREMIDADES Y CINTURON ABDOMINAL CON VELCRO Y ANILLA



En una sujeción no tan estricta en donde el paciente no está tan agitado y/o agresivo y en donde se pretende limitar ciertos movimientos o evitar riesgos como caídas, así como garantizar el mantenimiento de sondas, catéteres, etc. y que por un estado confusional del paciente pueda arrancarse, puede estar indicada este tipo de sujeción. Útil también en personas mayores con desorientación y confusión.

Este tipo de material impide presión sobre los miembros, son confortables, permiten un ajuste rápido con fácil acceso a los puntos de fijación.

### 3. INSTAURACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

**Requerimiento de personal:** Es esencial que se disponga de un número suficiente de personas. Se considera un **mínimo de 4**.

**Duración:** Un principio básico es que la Contención Mecánica deber ser siempre lo más breve posible. La duración prevista se especificará siempre, no pudiendo **nunca exceder las 8 horas. Puede ser prorrogada** por un nuevo período por autorización expresa de un facultativo y siempre considerando la valoración del personal de enfermería.

**Procedimiento:** En una situación de emergencia es importante que el personal se muestre protector y firme, aunque no autoritario y evitando en todo momento actitudes de provocación. En definitiva, el procedimiento debe llevarse a cabo bajo los principios de profesionalidad y respeto escrupuloso de los derechos del paciente. Una vez

tomada la decisión de contener físicamente, debe hacerse de la forma más rápida y coordinada posible.

- a) Se identificarán los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente y se modificará éste para minimizarlos.
- b) Se preparará la cama, colocando la sujeción de cintura en la misma previamente, asegurando que la cama esté frenada.
- c) El personal que va a asistir en la contención debe retirar de sus bolsillos todos aquellos utensilios que puedan ser utilizados por el paciente para provocar agresiones contra él mismo o contra el personal.
- d) Se designará un miembro del personal de cuidados encargado de dirigir la contención. La persona más cualificada para ello normalmente es la enfermera referente.

A partir de este momento:

1. El encargado de la contención mantendrá la comunicación verbal con el paciente, con el fin de evitar que puedan surgir comentarios críticos y provocativos hacia el paciente. Además será el que explique al paciente y su familia, en caso de que esté acompañado, el procedimiento, propósito y duración en términos comprensibles. También será el encargado el que seleccione los elementos del material de contención que se le colocarán al paciente en cada caso.
2. Cada miembro del equipo de contención se dirigirá a una extremidad preestablecida.
3. Mientras se realiza la sujeción, alguien debe encargarse de controlar la cabeza y sujetarla en todo caso, para evitar que el paciente se golpee o pueda agredir.
4. El paciente se colocará en decúbito supino en la cama y se procede a la sujeción completa o parcial indicada.
  - La **sujeción completa**, implica inmovilización del tronco y las 4 extremidades. Primero se coloca el cinturón abdominal y después las 4 extremidades en diagonal. MSD y MII – MSI y MID.
  - La **sujeción parcial**, implica la inmovilización del tronco y 2 extremidades. Primero se coloca el cinturón abdominal y después las 2 extremidades en diagonal MSD y MII ó MSI y MID.

5. Deberían sujetarse con las piernas extendidas y ligeramente abiertas para sujetarlas por los tobillos bien a las tiras del Segufix<sup>R</sup> o al travesero de la cama.
6. Los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, para sujetarlos por las muñecas, a las tiras del Segufix<sup>R</sup> o al travesero de la cama.
7. El tronco se debe sujetar firmemente a la cama con la correa especial (más ancha) diseñada para ese efecto. Cuidado que no este floja, por que podría deslizarse por ella y ahorcarse, ni tampoco excesivamente fuerte, que le dificulte la respiración.
8. La sujeción debe permitir administrar perfusión endovenosa por el antebrazo, así como recibir líquidos o alimento.

## DETALLES EN FOTOGRAFÍAS DE LA INMOVILIZACIÓN CON EL SISTEMA SEGUFIX<sup>®</sup>

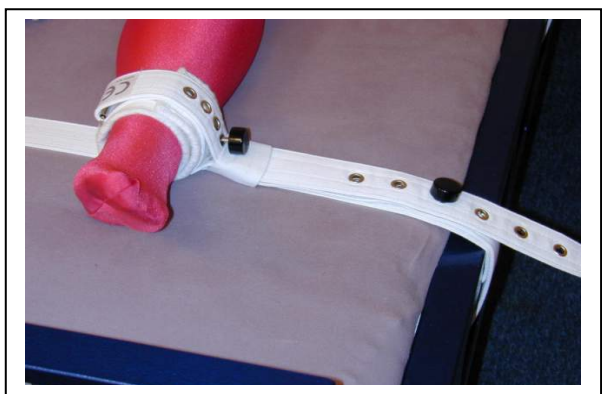
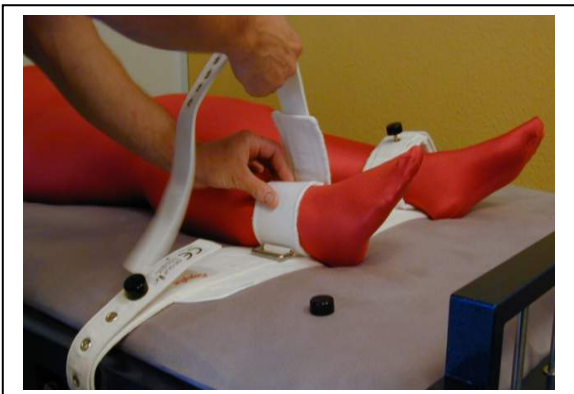
Sujeción de cintura:



Sujeción de las manos:



Sujeción de pies:



En el caso que el paciente esté poco colaborador, agresivo y negativo habrá que proceder a su **reducción** y su traslado hasta la cama previamente a su inmovilización.

Para ello:

1. **Reducción:** Deberá girarse de espaldas sobre el suelo y se sujetará a nivel de los hombros, antebrazos y por encima de las rodillas y tobillos. Cada persona sujetará una extremidad. Un quinto miembro controlará la cabeza de manera que no pueda golpearse o pueda golpear a algún miembro del equipo.



2. **Traslado:** Para trasladar al paciente que no colabore y esté agitado y/o violento se realizará sujetándolo por las piernas, a la altura de las rodillas, y por los brazos, alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros. Hay que tener en cuenta que no deben forzarse las articulaciones más allá de los límites fisiológicos.





Una vez se ha procedido a la sujeción:

- Se comprobará y revisará cada uno de los puntos de sujeción. Se habrá tenido en cuenta que ha de hacerse de manera firme y segura pero teniendo en cuenta que no dañen la piel o impidan la circulación sanguínea. Debemos garantizar la comodidad de la sujeción.
- Se procederá a la administración de fármacos si así lo prescribe el facultativo.
- Mantener **la cabeza** del paciente ligeramente levantada para disminuir sus sentimientos de indefensión y para reducir la posibilidad de aspiración pulmonar.
- **Comprobar periódicamente** cada poco tiempo las sujeciones por la seguridad y la comodidad del paciente.

#### **4. CUIDADOS DURANTE LA CONTENCIÓN MECÁNICA**

- Se procurará crear un ambiente confortable en la habitación. A ser posible un paciente con sujeción deberá estar en una habitación cercana al control.
- El facultativo valorará al paciente lo antes posible tras realizarse la contención y siempre antes de una hora y debe iniciar tratamiento mediante una intervención verbal.
- El personal responsable del paciente le explicará al mismo que ellos se encargarán de sus cuidados y estarán pendientes de él y observándole.
- El aislamiento y/o contención del paciente no es una razón para el abandono, sino que más bien debe incrementarse la atención por parte del personal.
- Es necesario asear al paciente al menos una vez por turno. Se le proporcionarán las comidas necesarias como a cualquier otro paciente, dependiendo del estado de conciencia, retirando los cubiertos y a ser posible durante el tiempo que esté comiendo debería permanecer un miembro del personal con la intención de valorar el grado de control del paciente sobre su conducta.
- **El personal de cuidados valorará aproximadamente cada 20 o 30 minutos el estado del paciente**, observando:
  - Estado general del paciente.
  - Actitud del paciente ante la sujeción
  - Valoración de los miembros en sujeción, valorando la necesidad de rotación de la sujeción de los miembros.

- Alteración del nivel de conciencia
  - Alteración de la percepción
  - Alteración del contenido y curso del pensamiento
  - Comunicación.
- **Se vigilarán los signos vitales como mínimo cada 8 horas (en cada turno).**
  - **Se controlará la ingesta y eliminación en cada turno.**
  - **Las indicaciones de restricción de movimiento** son para un **período máximo de 8 horas** que **pueden prorrogarse** a un plazo que no debería ser superior a 48 horas y revisando siempre cada 8 horas

## **5. COMPLICACIONES Y LESIONES POTENCIALES EN LA CONTENCIÓN MECÁNICA. ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL USO Y EL RIESGO.**

La inmovilización física tiene una serie de complicaciones potenciales que necesitan intervenciones de vigilancia y control.

- Lesiones en plexos nerviosos.
- Riesgos de tromboembolismos. ( Pautas de heparinas )
- Lesiones al forzar la inmovilización: Fracturas, luxaciones, etc.
- Broncoaspiraciones
- Lesiones isquémicas. Contracturas isquémicas de los músculos de ambas manos después de tiempos prolongados de sujeción.
- Asfixia. Puede producirse porque se enrede el paciente en el sistema de sujeción generalmente cuando trata de levantarse
- Muerte súbita: Algunos informes describen la muerte súbita tras un prolongado periodo de agitación y forcejeo con las sujeciones.

La Fundación Avedis Donabedian, con su Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes que tiene como misión mejorar la seguridad de los pacientes mediante la prevención de accidentes asistenciales y contribuir al diálogo entre ciudadanos, profesionales, centros y administración, introduciendo métodos de análisis de accidentes y errores, formación e investigación para su prevención y sensibilización para que la sociedad pueda abordar el tema de forma positiva, publica su Alerta nº 5 titulada: **Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de pacientes** (\* VER EN DOCUMENTOS DE APOYO)

En cuanto a las estrategias para reducir el riesgo de las inmovilizaciones caben destacar:

- Redoblar esfuerzos para evitar el uso de las inmovilizaciones, valorando el riesgo existente e interviniendo precozmente con medidas menos restrictivas.
- Estimular la formación y entrenamiento del personal sanitario en alternativas que eviten el uso de las sujeciones.
- Observar continuamente a los pacientes que se encuentran inmovilizados, evaluando la posibilidad de retirada de la contención.

## **6. SUPRESIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA.**

La supresión del episodio restrictivo tendrá lugar tras la **valoración conjunta del facultativo y enfermería**.

- Se hará de forma progresiva a medida que aumente el autocontrol.
- La supresión se debe hacer con personal suficiente y se observará el estado del paciente y su comportamiento tras su retirada.
- Se anotará la fecha y la hora de la retirada y las incidencias de la misma.
- Conviene a posterior evaluar con el paciente y el personal las circunstancias que han rodeado la adopción de esta medida.

## **7. ASPECTOS ETICOS-LEGALES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA.**

La contención física e inmovilización nunca se ha de aplicar como una medida de castigo o control, cuando exista alguna contraindicación, por comodidad del equipo asistencial o como sustitución de algún tratamiento. Hay que valorar siempre que puede existir la posibilidad de una opción alternativa como la contención verbal o la administración de medicación, entre otras. Siempre, el profesional de enfermería valorará la necesidad de inmovilización física y explicará en la historia clínica del paciente el riesgo, la planificación y la evaluación del episodio.

Siempre que sea posible se informará al paciente de la necesidad del procedimiento y si no es posible se consultará con los familiares o personas que estén vinculadas. Además, las técnicas y dispositivos deben ser las adecuadas y que estén homologados.

Aún cuando esté justificada una contención física hay que respetar unos principios éticos que van desde la autonomía, la justicia, el principio de beneficencia (hay que asegurarse que los beneficios superan el perjuicio), el derecho a la intimidad y la vulnerabilidad y el alto nivel de dependencia que presentan los pacientes con



contención mecánica, lo que requiere una atención superior por parte de los profesionales sanitarios.

En cuanto a los **preceptos legales** de aplicación tenemos:

- **Constitución Española: Art. 17.1** *“Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley”.*

- **Ley 1/2000 de 7 de Enero, de enjuiciamiento civil.**

**Art. 763;** Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

- **Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.**

**Art. 4** Derecho a la información asistencial

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se

proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

#### **Art. 5 Titular del derecho a la información asistencial.**

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

#### **Art. 8 Consentimiento informado**

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

#### **Art. 9 Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación**

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

- a. Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
- b. Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

- a. Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
- b. Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.
- c. Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no

incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

4. La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

5. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

En cuanto a las **actuaciones reguladas**:

1. **Garantía judicial.** Si un paciente al que se le indica la medida no se encontrara en situación de “ingreso involuntario”, se tipificará como tal, notificándose al juzgado correspondiente.
2. **Información sobre la adopción de la medida.** La autorización de la medida excepcional y urgente de contención mecánica en los supuestos y de acuerdo con el presente protocolo, como cualquier otra actuación sanitario-asistencial, deberá ser informada al paciente de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y a las circunstancias existentes en el momento. También se debe informar a las personas que, vinculadas a él por razones familiares o de hecho, se encuentren acompañando al paciente (Art. 5.1 y 5.2 Ley 41/2002). La información deberá darse con carácter previo, durante el mantenimiento y posteriormente.
3. **Historia clínica y documentos del protocolo:** En cualquier caso, debe quedar constancia en la Historia Clínica de las circunstancias que han justificado tanto la adopción de ésta medida como su mantenimiento en el tiempo, mediante la inclusión en la Historia Clínica de los documentos propuestos. Deben recogerse todas las incidencias que hayan rodeado la medida. (Ley 41/2002)

## **8. EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO.**

Procederemos a evaluar periódicamente la ejecución del protocolo:

1. La indicación correcta
2. Si se intentaron medidas alternativas
3. Uso de procedimientos correctos.
4. Cumplimentaciones de los formularios de registro
5. Informaciones al paciente, familia.
6. Si son contenciones prolongadas si se notifica al juez.
7. Seguimientos.

# **ANEXOS. DOCUMENTOS DE APOYO**



## ALERTA DE SEGURIDAD EN ATENCIÓN SANITARIA

### Alerta Nº 5. Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.

#### 1. RELEVANCIA DEL PROBLEMA

En las últimas décadas ha existido una considerable preocupación por lograr que en los centros sanitarios disminuya la utilización de contenciones físicas. Sin embargo, aunque sea una práctica común en los servicios sanitarios, debiera considerarse como último recurso para controlar conductas que suponen un alto riesgo tanto para el propio paciente como para otros pacientes y profesionales sanitarios.

Las inmovilizaciones son una práctica utilizada diariamente en las organizaciones sanitarias. De acuerdo a Strumpf y cols. las sujeciones son utilizadas en un 32% de los pacientes en los hospitales terciarios, y el mayor porcentaje se sitúa en los pacientes mayores de 65 años. En residencias de ancianos se ha descrito un porcentaje de utilización entre 31% y 59% de los pacientes y de un 23% en las hospitalizaciones psiquiátricas infantiles.

Entre las causas más frecuentes descritas en la literatura para la utilización de la contención física, destacan la prevención de caídas y evitar la interrupción del tratamiento por parte del paciente.

#### 2. DEFINICIÓN

Se puede definir inmovilización como el uso de una fuerza que tiene el propósito de controlar las acciones de una persona, limitando su libertad de movimiento.

Algunos ejemplos de inmovilizaciones físicas son: Cinturones, muñequeras, barandillas de la cama para evitar que la persona caiga, manoplas para evitar que la persona se retire los catéteres etc.

Algunos artículos aseguran que las sujeciones podrían considerarse un fallo terapéutica, ya que directa o indirectamente pueden tener consecuencias perjudiciales. Los daños severos o permanentes pueden implicar la compresión de nervios, contracturas e incluso estrangulación y muerte. También se ha descrito la aparición de úlceras por presión, hipertermia, incontinencia urinaria o intestinal y aumento en la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales. Su uso puede aumentar la ocurrencia de eventos adversos, aunque no sean una consecuencia directa de las sujeciones.

La contención de los pacientes es una práctica controvertida que conlleva dilemas éticos, clínicos y sociales. A pesar de ello, existen algunos factores que contribuyen a que se continúe utilizando, como la creencia que no puede ser eliminada si no existe suficiente dotación de personal, la falta de conocimiento de otras alternativas por los profesionales, y el temor a que el paciente sufra algún evento adverso si no se encuentra inmovilizado.

En la revisión realizada por la Joint Commission, de casos centinelas relacionados con muertes de pacientes que fueron inmovilizados, la causa de muerte en un 40 % fue por asfixia. El resto de los casos se produjeron por estrangulación, parada cardiorrespiratoria o fuego.

**- Las inmovilizaciones deberían utilizarse tan infrecuentemente como sea posible y con las técnicas menos restrictivas posibles.**

**- Si se utilizan, deberían aplicarse de forma personalizada, involucrando tanto al paciente como a su familia.**

Se han identificado los siguientes factores en los eventos ocurridos que pueden contribuir a aumentar el riesgo de muerte:

- Inmovilización de pacientes fumadores.
- Inmovilización en posición supina, ya que predispone al riesgo de broncoaspiración.

- Inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia.
- Inmovilización a pacientes que se encuentran en una habitación en la que no hay observación continua del personal sanitario.
- Inmovilización de pacientes con deformidades.

### 3. ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL USO Y RIESGO DE LAS INMOVILIZACIONES

El abordaje para la disminución del uso de las sujeciones requiere que todo el personal se encuentre involucrado.

#### 1. Para fomentar que la utilización de las sujeciones sea limitada y justificada

Para lograr un uso limitado y justificado clínicamente es necesario tener procedimientos y normativas claras, profesionales bien formados y apoyo de los líderes de la organización. Para lo que es necesario:

- Elaborar un protocolo que establezca:
  - Pacientes susceptibles de sujeción
  - Criterios explícitos de indicación
  - Medidas preventivas.
  - Profesionales responsables de la indicación.
  - Tipos de contenciones que puedan ser utilizadas.
  - Sistemas de control y medidas de seguridad del paciente.
- Evaluar las estrategias terapéuticas que pueden favorecer el uso de las inmovilizaciones y plantear alternativas de mejora (disminución de horas de hidratación parenteral, acompañamiento del paciente, etc.)
- Asegurar que la técnica de fijación de catéteres sea segura y disminuya la necesidad de contención.

#### 2. Para fomentar un entorno y una aplicación segura cuando un paciente tiene que ser inmovilizado:

- Identificar factores de riesgo del paciente.
- Verificar la existencia de la indicación médica de la contención que especifique duración y tipo de la contención.
- Utilizar un sistema de registro específico para la prescripción y seguimiento del paciente.
- Reevaluar la situación del paciente y el tiempo máximo que debe permanecer con la sujeción.
- Asegurar que las técnicas de inmovilización pueden ser retiradas fácilmente por los profesionales.
- Si se utilizan las barandillas laterales en las camas, comprobar que los espacios sean mínimos, para evitar que los pacientes queden atrapados.
- Si se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y puede levantarla de la cama, para minimizar el riesgo de aspiración.
- Si está en decúbito prono, asegurarse que las vías aéreas no se encuentran obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada (especial atención en niños, pacientes ancianos y pacientes obesos).
- Utilizar material de contención homologado
- No cubrir la cara del paciente como parte del proceso terapéutico.
- Cambiar de posición las inmovilizaciones cada 2 horas.
- Realizar evaluación de los sitios de contacto con la piel, para que se encuentren bien protegidas y evitar lesiones.
- Asegurar que los pacientes que son fumadores no tengan a su alcance mecheros o cerillas, ya que representan un alto riesgo de incendio.
- Revisar y actualizar periódicamente los protocolos basándose en los resultados clínicos.

- Monitorizar el número de casos que han precisado contención en el centro, e introducir propuestas de mejora.

**Estrategias para reducir el riesgo de las inmovilizaciones sugeridas por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations**

- Redoblar esfuerzos para evitar el uso de las inmovilizaciones, valorando el riesgo existente e interviniendo precozmente con medidas menos restrictivas.
- Estimular la formación y entrenamiento del personal sanitario en alternativas que eviten el uso de las sujeciones.
- Observar continuamente a los pacientes que se encuentran inmovilizados, evaluando la posibilidad de retirada de la contención.

## INDICACIONES

### A) PACIENTES SUSCEPTIBLES

1. Cuadros confusionales
2. Cuadros psicóticos
3. Episodios de desinhibición en el control de los impulsos
4. Cuadros de déficit intelectivos y profundos deterioros
5. Abstinencia de sustancias psicoactivas

### B) INDICACIONES CONCRETAS

1. Prevenir conductas que signifiquen daño para el propio paciente, terceras personas o elementos del entorno
2. Riesgo de autolesiones y suicidio
3. Administración de medidas terapéuticas necesarias (mantenimiento de catéteres, vías sondas, etc...)

## PERSONAL QUE INTERVIENE

### FACULTATIVO:

- Máximo responsable (indica o autoriza la medida)
- Informa al paciente y allegados
- Decide su finalización

### ENFERMERA/O:

- Dirige la contención y coordinación
- La indica en ausencia del facultativo
- Responsable del instrumental
- Responsable de los cuidados y control posterior

### AUXILIAR DE ENFERMERIA:

- Coopera y participa en los cuidados
- Se ocupa de la custodia y mantenimiento de los instrumentos de la contención

### CELADOR:

- Colabora en la instauración de la contención y eventual transporte del paciente e instrumental

### SEGURIDAD:

- Puede ser requerido para colaborar con su presencia y/o intervención manual en la reducción del paciente

# Contención Mecánica



ES LA SUJECION FÍSICA DE UN PACIENTE, COMO MEDIDA EXTREMA PARA EVITAR DAÑOS AL PROPIO PACIENTE, A OTRAS PERSONAS Y EL ENTORNO FÍSICO QUE LO RODEA.

## INSTAURACIÓN

**REQUERIMIENTO DE PERSONAL:** Número suficiente de personas. Mínimo si hay que reducir de 4.

**DURACIÓN:** Lo más breve posible. Se especificará siempre. No excederá de 8 horas. Puede ser prorrogado con autorización expresa del facultativo.

**PROCEDIMIENTO:** (Principios de profesionalidad y respeto escrupuloso de los derechos del paciente)

1. El encargado mantendrá comunicación verbal con paciente. Explicará al paciente y familia el procedimiento, propósito y duración. Elegirá los elementos del material de contención apropiados.
2. Cada miembro del equipo se dirigirá a una extremidad preestablecida
3. Alguien del equipo debe controlar la cabeza para evitar posibles golpes o agresiones.
4. Colocación del paciente en decúbito supino en la cama y se procede:
  - a. **SUJECIÓN COMPLETA:** Inmovilización del tronco y las 4 extremidades. Se coloca cinturón abdominal y después las 4 extremidades en diagonal MSD y MII - MSI y MID
  - b. **SUJECIÓN PARCIAL:** Inmovilización del tronco y 2 extremidades. Primero se coloca el cinturón abdominal y después las 2 extremidades en diagonal MSD y MII ó MSI y MID
5. Comprobar y revisar puntos de sujeción.
6. Proceder a la administración de fármacos si se prescribe.
7. **Registro y cumplimentación de la contención.**

## CUIDADOS

- Crear ambiente confortable. A ser posible en habitación cercana al control.
- El facultativo valorará al paciente tras la contención y lo antes posible (antes de 1 hora)
- Explicar al paciente si es posible que le procuraremos sus cuidados y le atenderemos.
- El personal **valorará cada 20 o 30 minutos** al paciente, observando:
  - Estado general del paciente.
  - Actitud
  - Valoración de los miembros sujetos y posible necesidad de rotación
  - Alteración del nivel de conciencia
  - Alteración de la percepción
  - Alteración del contenido y curso del pensamiento
  - Comunicación
- Se vigilarán los **signos vitales mínimo cada 8 horas.**
- Controlar ingesta y eliminación en cada turno.

## SUPRESIÓN

- Se realizará tras la valoración conjunta del facultativo y enfermería
- Se hará de forma progresiva a medida que aumente el autocontrol.
- Se hará con personal suficiente valorando comportamiento.
- Anotar fecha y hora de retirada e incidencias.

## Complicaciones potenciales

- a) Úlceras por presión
- b) Isquemia periférica
- c) Compresión nerviosa
- d) Luxaciones, fracturas
- e) Tromboembolismos
- f) Broncoaspiración
- g) Insuficiencia respiratoria.



# **SISTEMAS DE CONTROL Y MEDIDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 D.N.I.: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social : \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Habitación: \_\_\_\_\_  
 Residencia: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

## SISTEMA DE CONTROL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE CON CONTENCIÓN MECÁNICA

### INFORMACION DE LA CONTENCIÓN:

Al paciente  Al Tutor  No fue posible  Comunicación al Juzgado

FECHA DE LA INDICACION: \_\_\_\_\_ HORA DE LA INDICACION: \_\_\_\_\_

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN: (Indicar institución que la indica): Residencia:  S.A.S :  Urgencias :

Facultativo responsable:  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

DUE responsable:  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Otros profesionales:  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

¿Es necesaria la presencia del Personal de Seguridad? SI  NO

### INDICACIONES DE LA SUJECION Y TIPO:

- Riesgo de lesiones a terceras personas: (enfermos, personal sanitario, .....): \_\_\_\_\_
- Riesgo de lesiones a sí mismo (autolesiones, caídas, ...): \_\_\_\_\_
- Riesgo de interferencia en el proceso terapéutico: (arrancamiento vías, sondas, catéteres, soporte vital, ...) \_\_\_\_\_
- Evitar daños en el entorno físico: (mobiliario, material, ...): \_\_\_\_\_
- Otras (Especificar): \_\_\_\_\_

Tipo de sujeción:  COMPLETA ( cinta, manos, pies)  PARCIAL ( indicar miembros): \_\_\_\_\_  
 Duración prevista: \_\_\_\_\_ (indicar número de horas o días)

### ESTADO DEL PACIENTE:

AGITADO  VIOLENTO  CONFUSO / DESORIENTADO  RIESGO SUICIDAL

### INTERVENCIONES ASOCIADAS A LA CONTENCIÓN MECÁNICA:

Contencion verbal SI  NO   
 Medidas farmacológicas Medicación oral  Medicación parenteral

### TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

Medicación prescrita que acompaña a la contención:	Vía:	Hora:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PRORROGAS DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA: (Indicar institución que prorroga): Residencia:  S.A.S :  Urgencias :

Motivo:	Fecha:	Hora:	Duración prevista	Facultativo (firma)	DUE (firma)

SUPRESIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA (Indicar institución que la suprime): Residencia:  S.A.S :  Urgencias :

Motivo:	Fecha:	Hora:	Facultativo:	DUE:

### EVALUACION:

Duración total	Comentarios:	Facultativo:	DUE:

**CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON CONTENCIÓN MECÁNICA**

DIA Y HORA																								
Estado piel y zonas de sujeción																								
Necesidades de alimentación e hidratación																								
Necesidades de eliminación																								
Necesidades de aseo e higiene																								
Mantenimiento de permeabilidad de vías respiratorias																								
Constantes vitales																								
Cuidados posturales si procede																								
Evolución del paciente respecto al mantenimiento de contención																								
DUE RESPONSABLE																								

**ASPECTOS LEGALES.**

**Constitución Española: Art. 17.1** "Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley".

**Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Arts. 4, 5, 8 y 9**

**Código Civil (Art.211) y Ley de Enjuiciamiento Civil (Art.763)** sobre Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Los preceptos sobre internamiento involuntario, establecen la necesidad de autorización judicial previa o a posteriori cuando se trate de internamiento de persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí. En efecto, el art 763 LECivil expresa: "El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial...."

**Garantía judicial:** Si un paciente al que se le comunica la medida no se encontrará en situación de "ingreso involuntario", se tipificará como tal, notificándose al juzgado correspondiente.

**Información sobre la adopción de la medida:** La autorización de la medida excepcional y urgente, deberá ser comunicada al paciente de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y a las circunstancias existentes en el momento. También debe informarse a las personas que, vinculadas a él por razones familiares o de hecho, se encuentren acompañando al paciente. La información debe darse con carácter previo, durante el mantenimiento y posteriormente.

**Historia clínica y documentos del protocolo:** Debe quedar constancia en la Historia clínica de las circunstancias que han justificado tanto la adopción de esta medida como su mantenimiento en el tiempo

## **NORMAS DE CUMPLIMENTACIÓN DE HOJA DE REGISTRO Y CONTROL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON CONTENCIÓN MECÁNICA**

### **1. INTRODUCCIÓN**

Los registros desde la perspectiva ética tienen que ver con:

1. El derecho de los usuarios a tener una información por escrito de todas las acciones que llevamos a cabo,
2. El derecho de los usuarios a la intimidad, confidencialidad
3. El secreto profesional
4. La obligación que tenemos las enfermeras de llevar a cabo nuestro trabajo desde la autonomía profesional
5. La obligación de asumir la responsabilidad de nuestras acciones
6. La obligación de contribuir al desarrollo profesional

El artº. 56 del Código Deontológico de la Enfermería Española, dice que ***"la enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión"***, por tanto **las decisiones, como las consecuencias que de ellas se deriven deben quedar registradas.**

La "Contención Mecánica" e "Inmovilización de Paciente" tiene implicaciones legales. Ya en la misma Constitución se dice en el artículo 17.1 que: "Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley".

Es por todo ello que TIENE que registrarse esta actividad de forma escrupulosa y por ello se confecciona una HOJA DE REGISTRO DE CONTENCIÓN MECÁNICA E INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES en donde se detallan aspectos importantes para guardar observancia a los aspectos PROFESIONALES, ETICOS Y LEGALES de esta actividad.


## 2. HOJA DE REGISTRO Y CONTROL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON CONTENCIÓN MECÁNICA E INMOVILIZACIÓN. DETALLE.

Consta de una hoja con anverso y reverso

**ANVERSO:**

**Apartados:**

### 1. Encabezado



Servicio: \_\_\_\_\_

Nombre: _____	Apellidos: _____
Número de historia clínica: _____	
Número de Seguridad Social: _____	
Edad: _____	Habitación: _____

Diagnostico: \_\_\_\_\_

En este apartado identificamos al paciente. Nombre y apellidos. Número de Historia y Seguridad Social. Su edad y la habitación. Si se tiene, es el espacio destinado para pegar la ETIQUETA IDENTIFICATIVA que proporciona Admisión al ingreso del paciente o que podemos obtener del paciente a través de ARCHINET (aplicación informática del hospital)

Se indica también el Servicio o Unidad y el Diagnóstico del Paciente.

### 2. Información de la Contención

INFORMACIÓN DE LA CONTENCIÓN (SI O NO)			
Al paciente <input type="checkbox"/>	A la familia <input type="checkbox"/>	No fue posible <input type="checkbox"/>	Comunicación al Juzgado <input type="checkbox"/>

En los aspectos legales que implica la “sujeción mecánica” se habla de la obligación de información. Anotaremos en este apartado poniendo un aspa X en donde proceda. El ítem de “Comunicación al Juzgado” se señalará atendiendo y cuando proceda a lo que se dice en los aspectos legales del protocolo: “ **Garantía judicial:** Si un paciente al que se le comunica la medida no se encontrara en situación de “ingreso involuntario”, se tipificará como tal, notificándose al juzgado correspondiente “

### 3. Fecha y Hora de la Contención

FECHA DE INDICACION	HORA DE LA INDICACION

Se escribirá la fecha y la hora en la que se prescribe y/o autoriza la contención mecánica.

#### 4. Profesionales que intervienen

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN	
Facultativo responsable: Nombre: _____	Firma: _____
DUE responsable: Nombre: _____	Firma: _____
Otros profesionales:	
Nombre: _____	Firma: _____
Nombre: _____	Firma: _____
Nombre: _____	Firma: _____
Nombre: _____	Firma: _____
¿Es necesaria la presencia del Personal de Seguridad?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

En este apartado se recogerán los nombres y las firmas de todos aquellos profesionales que han intervenido en la inmovilización: El facultativo responsable máximo de la medida que es quien la indica. El enfermero responsable que es quién dirige la contención y la coordinación de la misma. En otros profesionales aparecerán todos aquellos que han intervenido además de los anteriores con sus nombres e igualmente con sus firmas. Si es necesaria la presencia del Personal de Seguridad también se recogerá.

#### 5. Indicación de la Contención Mecánica

INDICACIONES DE LA SUJECION Y TIPO:	
<input type="checkbox"/>	Riesgo de lesiones a terceras personas: ( enfermos, personal sanitario): .....
<input type="checkbox"/>	Riesgo de lesiones a sí mismo. (autolesión, caídas,): .....
<input type="checkbox"/>	Riesgo de interferencia en el proceso terapéutico: (arrancamiento v, las, sondas, catéteres, soporte vital) .....
<input type="checkbox"/>	Evitar daños en el entorno físico: (mobiliario, material,) .....
<input type="checkbox"/>	Otra (especificar): .....
<b>Tipo de sujeción:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Completa</b> (cintura, manos, pies) <input type="checkbox"/> <b>Parcial</b> (Indicar miembros): _____
<b>Duración prevista:</b>	_____

En este apartado se recoge la indicación de la sujeción y por qué se prescribe, además del tipo de sujeción y la duración prevista de la misma.

#### 6. Estado de paciente

ESTADO DEL PACIENTE:			
<input type="checkbox"/> <b>AGITADO</b>	<input type="checkbox"/> <b>VIOLENTO/AGRESIVO</b>	<input type="checkbox"/> <b>CONFUSO/DESORIENTADO</b>	<input type="checkbox"/> <b>RIESGO SUICIDAL</b>

Se marcará un aspa X en donde proceda.

### 7. Intervenciones asociadas y tratamiento farmacológico:

INTERVENCIONES ASOCIADAS A LA CONTENCIÓN MECÁNICA:		
Contención verbal:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Medidas farmacológicas:	<input type="checkbox"/> Medicación oral	<input type="checkbox"/> Medicación parenteral
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:		
Medicación prescrita que acompaña a la contención:	Vía:	Hora:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Previamente a la contención mecánica si es posible se intentará una contención verbal. Se pondrá un aspa X en donde proceda (si ha sido posible o no ha sido posible). Asimismo si se instauran medidas de tipo farmacológico señalaremos de que tipo (oral y/o parenteral). A continuación describiremos que medicamentos se la han administrado (por indicación facultativa, siempre) la vía y la hora.

### 8. Prórrogas y supresión de la contención mecánica:

PRORROGAS DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA:					
Motivo:	Fecha	Hora	Duración prevista	Facultativo (firma)	DUE (firma)
SUPRESIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA:					
Motivo:	Fecha:	Hora:	Facultativo	DUE	

Cuando se prescribe la Inmovilización se hace por un máximo de 8 horas que puede ser prorrogado en periodos de 8 horas por prescripción del facultativo y valoración además de enfermería. En el apartado motivo de la prórroga se señalara, indicando si el paciente continua agitado, no cooperador, agresivo, etc. Se escribirá la fecha, la hora de la prórroga así como la duración prevista. Firmará el facultativo y el DUE responsable.

Cuando se determine la supresión se escribirá el motivo por el que se toma esta decisión la fecha la hora y nuevamente la firma de los responsables (médico y enfermera/o)

### 9. Evaluación

EVALUACION			
Duración Total	Comentarios	Facultativo	DUE

Para su posterior tratamiento y estudios señalaremos en este apartado la duración total de la contención, si procede algún comentario, y la firma del médico y DUE.

**REVERSO**

**Apartados:**

#### 1. Control y seguimiento del paciente inmovilizado.

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON CONTENCIÓN MECÁNICA													
Día y hora													
Estado piel y zonas de sujeción													
Necesidades de alimentación e hidratación													
Necesidades de Eliminación													
Necesidades de aseo e higiene													
Mantenimiento de permeabilidad de vía respiratoria													
Constantes Vitales													
Cuidados posturales si procede													
Evolución del paciente respecto al mantenimiento de la contención.													
DUE RESPONSABLE													

El paciente inmovilizado lo privamos de “libertad” en sus movimientos. Pasa a ser dependiente total. Sus necesidades básicas deben ser cubiertas además de vigilar y controlar todas aquellos factores de riesgo que implica la propia sujeción.

Tras discusión en la Comisión de Seguridad y de Registros y Protocolos se decide que al existir una Hoja de Registro de Constantes y también de Evolución de Enfermería; evitar duplicidad en los mismos.

En este apartado se recogen en forma de tabla aquellos aspectos que deberemos estar vigilantes y controlar tal como se indica en el protocolo para ser “chequeados” a lo largo del tiempo, asegurándonos así que hemos prestado los cuidados necesarios.



A modo de ejemplo, teniendo en cuenta que las constantes vitales se tomarán al inicio de la contención y al menos una vez en cada turno, señalaremos con un aspa X en el cuadro correspondiente y el día y la hora en que se ha llevado a cabo. El registro de las cifras se escribirán en la Hoja de Constantes.

También a modo de ejemplo si se necesitan cambios posturales, señalaremos con un aspa X en el cuadro correspondiente y el día y la hora en que se ha llevado a cabo.

Se firmará por el DUE responsable.

## 2. Aspectos legales.

### ASPECTOS LEGALES.

**Constitución Española: Art. 17.1** "Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley".

**Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Arts. 4, 5, 8 y 9**

**Código Civil (Art.211) y Ley de Enjuiciamiento Civil (Art.763)** sobre Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Los preceptos sobre internamiento involuntario, establecen la necesidad de autorización judicial previa o a posteriori cuando se trate de internamiento de persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí. En efecto, el art 763 LECivil expresa: "El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial..."

**Garantía judicial:** Si un paciente al que se le comunica la medida no se encontrara en situación de "ingreso involuntario", se tipificará como tal, notificándose al juzgado correspondiente.

**Información sobre la adopción de la medida:** La autorización de la medida excepcional y urgente, deberá ser comunicada al paciente de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y a las circunstancias existentes en el momento. También debe informarse a las personas que, vinculadas a él por razones familiares o de hecho, se encuentren acompañando al paciente. La información debe darse con carácter previo, durante el mantenimiento y posteriormente.

**Historia clínica y documentos del protocolo:** Debe quedar constancia en la Historia clínica de las circunstancias que han justificado tanto la adopción de esta medida como su mantenimiento en el tiempo.

Se decide también en la Comisión de Registros y Protocolos añadir en la Hoja de Registro de la Inmovilización de Pacientes, los Aspectos Legales que implica la misma.

# BIBLIOGRAFIA

## BIBLIOGRAFIA

- GRUPO DE TRABAJO ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2006 (Disponible en [www.juntadeandalucia.es/salud](http://www.juntadeandalucia.es/salud))
- Documento de Consenso elaborado por el Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud. 2005
- GRUPO DE TRABAJO DE CONTENCIÓN MECÁNICA. Protocolo de Contención Mecánica. Hospital 12 de Octubre de Madrid. 2003
- SANDRA PEREZ GONZALEZ. Protocolo de Restricción de Movimientos. Enfermería Global. Revista semestral electrónica de Enfermería Num. 2. Mayo 2003 ( Disponible en [www.um.es/eglobal](http://www.um.es/eglobal) ).
- RAMOS BRIEVA J.A. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento. Ed. Masson 1999
- MACPHERSON DS, LOEGREN RP, GRANIERI R, and MYLLENBECK 5. Deciding tu Restrain Medical Paticnts (ecisión de restricción de los pacientes médicos.) Am Geriatr Soc 1990; 38:5 1 6-20.
- LC)FGREN RP, MACPHERSON DS, GRANIERI R, MYLLEENBECKS 5, SRAFKE JM. Mechanical Restraints of the Medical Wards. Are Protective Devices Safe? (Restricción mecánica en las Unidades Médicas. ¿Son seguros los mecanismos de protección?;. Am 1 Puhlic Hcalth 1989; 735-38.
- BERLAND B, WACHTEL Ti, KIEL DP, PHILLIPS E. Patient Characteristics Associated with the Use of Mechanical Restaints. (Características asociadas con el uso de restricción). J. Gen Intern Med 1990; 5:480-5.
- JUNTA DE ANDALUCIA. CONSEJERIA DE SALUD. Trastorno Mental Grave: Proceso asistencial integrado. Sevilla 2006 (Se puede encontrar en [www.juntadeandalucia.es/salud](http://www.juntadeandalucia.es/salud))