

DOCUMENTO SOBRE LA SUJECCIÓN FÍSICA Y FARMACOLÓGICA EN EL ÁMBITO SANITARIO: ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Comité de Ética para la Atención Sanitaria

Área Sanitaria IV - Asturias

Oviedo, Abril de 2015



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 3 |
| 2. TIPOS DE SUJECIÓN: ASPECTOS GENERALES..... | 5 |
| 2.1 ABORDAJE VERBAL | 8 |
| 2.2 SUJECIÓN FARMACOLÓGICA | 12 |
| 2.3 SUJECIÓN MECÁNICA | 17 |
| 2.3.1 <i>SUJECIÓN MECÁNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA</i> | 17 |
| a) MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE AGITADO | 17 |
| b) SUJECIÓN MECÁNICA EN LOS SERVICIOS SOCIALES RESIDENCIALES | 19 |
| 2.3.2 <i>SUJECIÓN MECÁNICA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA</i> | 22 |
| SUJECIÓN MECÁNICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO | 22 |
| 2.3.3 <i>SUJECIÓN MECÁNICA EN EL MENOR DE EDAD</i> | 24 |
| 3. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA | 26 |
| 4. ANEXOS | 28 |
| Anexo 1..... | 28 |
| Anexo 2..... | 30 |
| Anexo 3..... | 31 |
| Anexo 4..... | 32 |

1. INTRODUCCIÓN

Dentro de la asistencia sanitaria, el empleo de métodos de sujeción o contención física o mecánica y química o farmacológica, entendiéndose como tal el uso de medidas destinadas a privar a una persona de su libertad de movimientos, es uno de los temas de más actualidad y que genera mayores controversias por las notables repercusiones éticas, sociales y jurídicas que conlleva.

El uso de sujeciones, con independencia del tipo que sean, tiene importantes implicaciones ya que afecta a un derecho fundamental de las personas como es la libertad, además de atentar contra la dignidad y la propia autoestima personal y todo ello en personas que en muchas ocasiones tienen limitada su capacidad decisoria y a las que deberíamos prestar una especial protección. Ahora bien, frente a ello, encontramos que, en circunstancias excepcionales, ha de recurrirse a su uso ante situaciones urgentes que suponen un compromiso vital o para la aplicación de medidas esenciales para la supervivencia y que son rechazadas por los propios pacientes.

Por otra parte, hay estudios que demuestran la falta de efectividad de las medidas de sujeción para disminuir los problemas por los que se prescribieron, así como los posibles efectos secundarios adversos que estas medidas pueden conllevar, tanto físicos como psicológicos. Sin olvidar que en ocasiones se constata un uso de sujeciones poco racional y proporcional sujeto a la libre elección de los profesionales encargados de la asistencia y con una escasa supervisión y limitación en el tiempo.

Todo lo anterior ha propiciado que desde hace años nos encontremos con una creciente preocupación entre los pacientes, los familiares y los profesionales sobre el empleo de métodos de sujeción en un contexto en el que en la atención sanitaria se plantean retos que satisfagan escalas de valores personales cada vez de mayor nivel y, como consecuencia de ello, las organizaciones y los profesionales han comenzado a elaborar protocolos y manuales sobre este tema.

Los protocolos de sujeción o contención supusieron un avance en el manejo de esta práctica clínica, pero en muchas ocasiones, se reducen a formas de actuación de los profesionales encargados de prestar la asistencia sanitaria y sin considerar las

repercusiones jurídicas, sociales y éticas que su empleo conlleva. Un paso más en este tema ha sido el reciente Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas elaborado por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología en el que, además de recoger los avances y evidencias en el conocimiento científico-técnico de esta materia, se toma en consideración la dignidad, derechos, libertades y calidad de vida del colectivo con el que se trabaja, en su caso las personas mayores.

Desde el punto de vista legislativo, no existe en el momento actual una normativa específica de ámbito nacional que regule el empleo de métodos de sujeción en la atención sanitaria y sirva de referencia para las actuaciones de los profesionales sanitarios en su práctica clínica. Sin embargo, la mayoría de las leyes autonómicas más recientes relativas a los Servicios Sociales incluyen ya el derecho a la no aplicación de sujeciones físicas o farmacológicas de manera sistemática como uno de los derechos de los usuarios. La Comunidad Foral de Navarra ha regulado esta circunstancia a través de un Decreto Foral en 2011 en el ámbito de los Servicios Sociales residenciales.

2. TIPOS DE SUJECIÓN: ASPECTOS GENERALES

ABORDAJE VERBAL

Es una medida terapéutica útil para afrontar situaciones en las que el sujeto tiene un comportamiento hostil y su pérdida de control no es total.

Objetivo: Disminuir la agresividad u hostilidad; negociar soluciones terapéuticas y lograr alianzas que permitan al profesional pasar de ser una posible amenaza a un apoyo para el paciente, informar del carácter transitorio de la crisis y potenciar el autocontrol del paciente.

Consideraciones a tener en cuenta:

- Conocer la situación clínica y antecedentes personales del paciente.
- Intentar un ambiente de la mayor intimidad posible.
- Buscar en la conversación el tono adecuado, consensuando alianzas sencillas que refuercen su sentido de la realidad, con flexibilidad y acorde con los límites permisivos.
- Hacer hincapié en el carácter transitorio de la crisis, potenciando su autoestima.
- Aceptar soluciones en base a propuestas del propio paciente.

SUJECIÓN FARMACOLÓGICA

Se emplea para controlar la agitación psicomotriz y/o agresividad de un paciente mediante la utilización de los fármacos adecuados cuando el abordaje verbal no haya sido eficaz o suficiente.

Objetivo: Tranquilizar al paciente lo antes posible, con el fin de evitar que se lesione a sí mismo, o a las personas que le rodean.

Consideraciones a tener en cuenta:

- La prescripción será realizada por personal médico.
- Se deberá utilizar la menor dosis posible que permita tranquilizar al paciente lo suficiente para disminuir el riesgo de daño.

SUJECIÓN MECÁNICA

Limitación intencionada de la libertad de movimientos o actividad física total o parcial de un paciente con procedimientos físicos o mecánicos de los que no puede liberarse con facilidad.

La sujeción mecánica parcial es la que únicamente se limita la movilidad bien del tronco, o bien de una extremidad. Se utiliza fundamentalmente para evitar caídas, arrancamiento de vías u obstrucciones posturales de las mismas que dificulten el paso de medicación.

La sujeción mecánica total es aquella en la que se emplean sistemas de inmovilización globales que impiden la mayoría de los movimientos del paciente. Es la forma más traumática de sujeción.

Objetivo: Evitar situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de su entorno o asegurar el cumplimiento terapéutico en pacientes muy agitados y/o desorientados en los que la sujeción parcial sea insuficiente. Es un procedimiento de protección de última elección en los casos en que hayan fallado otras alternativas o como coadyuvante de los métodos anteriores.

Consideraciones a tener en cuenta:

- Para que la sujeción de movimientos sea admisible desde el punto de vista ético se debe respetar en todo el procedimiento la dignidad del paciente y su privacidad así como utilizar los medios físicos y humanos adecuados.
- Como norma general, la sujeción mecánica no es un procedimiento que pueda aplicarse en cualquier situación. Se trata de una medida sanitaria excepcional, por lo tanto deberá ser decisión del personal sanitario.
- La indicación de una sujeción mecánica parcial podrá ser realizada por el personal de enfermería responsable del paciente dejando constancia de la misma en la hoja de enfermería, así como de los controles y revisiones periódicas que precise.
- En los casos en que sea necesaria una sujeción mecánica total, el paciente debe ser evaluado por el médico responsable, quien establecerá la indicación de la misma dejando constancia en las ordenes médicas y en el curso clínico, junto con el resto de medidas a aplicar. Los controles a realizar durante el tiempo que dure, y cada cuanto se realizará la reevaluación de la sujeción mecánica. En caso de urgencia el ATS/DUE puede iniciar el procedimiento, comunicándolo al médico lo antes posible.

- El miembro del personal (médico o enfermería), que indique la sujeción informará con carácter previo siempre que las circunstancias lo permitan, tanto al paciente como a la familia, de la medida terapéutica que se va a prescribir, así como del motivo de la misma y de los criterios para su retirada. Se solicitará el consentimiento explícito para dicha actuación dejando constancia de ello en la historia clínica. Cuando vayan a utilizarse sujeciones más allá de un episodio agudo motivado por un riesgo vital urgente, deberá solicitarse un consentimiento informado por escrito. Nos encontramos ante procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de previsible y notoria repercusión sobre la salud del paciente y atentan contra derechos fundamentales de las personas como la libertad y contra principios y valores como la dignidad y la autoestima, y además entrañan riesgos físicos y psíquicos.

2.1 ABORDAJE VERBAL

Medida terapéutica útil en situaciones en que el sujeto tiene un comportamiento hostil y su pérdida de control es parcial.

Paso previo a la sujeción con sedación farmacológica y/o mecánica (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations).

Finalidad

“Enfriamiento” de la situación favoreciendo la disminución de la hostilidad o agresividad; posibilitando las alianzas y negociaciones necesarias para buscar soluciones terapéuticas, en personas agresivas, agitadas o violentas en todos los niveles de la escala.

Útil en los niveles más leves para prevenir una escalada de la conducta agresiva.

Advertencia: El sujeto agitado no debe ser confundido con el violento “per se”. Éste último genera un problema de orden y seguridad que deberá ser atendido por el personal de seguridad. La frontera entre ambos es, a veces, difícil de establecer ya que el estado de ánimo del paciente agitado puede manifestarse como nervioso, eufórico, colérico y, en ocasiones, con risas, llantos, gritos, etc.

Indicación

- Sujetos con trastorno de la personalidad.
- Agitación psicomotriz reactiva.
- Agitación situacional: Trastorno adaptativo como reacción a un entorno o contexto nuevo al cual le cuesta adaptarse.
- Reacciones de estrés agudo ante situaciones catastróficas (ira, rabia, agresividad/apatía, despersonalización).
- Reacciones emocionales ante accidentes, fallecimientos de familiares, malas noticias, etc.
- Reacciones de agresividad por privación sensorial (cuadros de agitación frecuentes en intervenciones oftalmológicas, o en UCI tras la retirada de la sedación).

Advertencia: La agitación no siempre es manifestación de:

- enfermedad orgánica con alteración de conciencia (demencias, síndromes confusionales agudos, consumos o dependencias, síndromes de abstinencia, alteraciones endocrinas o metabólicas, hipo/hipertermias, hipo/hiperglucemias, encefalopatías, etc);
- trastorno psicótico de difícil abordaje verbal debido a su desconexión de la realidad (esquizofrenia, con mayor frecuencia de cuadros de agitación en descompensaciones o reagudizaciones; trastornos bipolares en fase maníaca, el más peligroso funcionalmente hablando; etc.).

En estos casos es menos eficaz el abordaje verbal por existir alteración de conciencia o desconexión de la realidad.

Detección

Importante el diagnóstico rápido del riesgo de agresividad.

Factores predictores:

- Desde el punto de vista verbal, amenazas poco claras, tono de voz alterado, hostil y amenazante...
- Desde el punto de vista motor, continuo movimiento, agitación, hiperactividad.
- Daño a mobiliario o enseres del entorno...

Todo el personal debería estar capacitado para reconocer precozmente la inminencia de un acto agresivo, violento o de agitación, con el fin de aplicar las medidas de sujeción precisas o advertir a otra persona más cualificada de su necesidad de actuación.

Actuación

El abordaje terapéutico debe ir dirigido, en la medida de lo posible, a abordar la causa que provoca la agitación.

Será llevado a cabo por el personal médico y/o de enfermería.

Pautas para el manejo de la situación

1. INFORMACIÓN:

Lo más completa posible, recabando en la historia clínica datos acerca de antecedentes, situación clínica actual y tratamiento que recibe, antes de entrar en contacto con el paciente.

2. MEDIDAS DE SEGURIDAD:

- En presencia de armas, objetos peligrosos o de riesgo inminente deben actuar las fuerzas de seguridad para mantener la integridad física del propio paciente y del personal sanitario. El intento de abordaje verbal se iniciaría una vez producida la reducción de la movilidad.
- Procurar un ambiente privado, donde hablar sea posible fuera de pasillos o la observación de personas ajenas.
- Sacar del entorno a las personas provocadoras que se enfrentan al paciente o lo irritan.
- No realizar la intervención en solitario. Procurar la presencia de otro miembro de equipo sanitario o persona significativa para el paciente que le inspire confianza o respeto, incluso la de un miembro de seguridad puede resultar disuasoria.
- Eliminar los estímulos provocadores o activadores como exceso de luz, ruido, gente gritando, música estridente o que distorsione la atención.
- Asegurar una vía de escape, evitando que el paciente se coloque entre el profesional y la salida. No darle nunca la espalda.

3. COMUNICACIÓN:

- Darse a conocer.
- Valorar orientación espacio-temporal y ubicarlo si fuera necesario.
- Preguntar sobre su estado y bienestar, dándole oportunidad de expresar sus preocupaciones o sucesos, pensamientos o sentimientos que puedan haber desencadenado su reacción actual.
- Con actitud abierta, tranquilizadora, pero de firmeza (aparentando calma y control de la situación) que invite al diálogo y a la privacidad. Sin gestos amenazadores o defensivos.
- Evitando la mirada fija con uso de desplazamientos naturales de la vista.
- Utilizando tono de voz calmado y de bajo volumen
- Con preguntas cortas, sin enfrentamientos ni prejuicios hacia él.
- Escuchando atenta antes de responderle, dejando que exprese la irritación y los motivos de sus temores o enfados. No interrumpiendo su discurso.
- Con diálogo flexible, aclarando cuales son los límites de la institución y del personal que trabaja en ella.

- Empatizando con la persona irritada cuando la hostilidad se haya reducido, sin necesidad de mostrar acuerdo, pero sí reservando las opiniones propias sobre lo que debería o no hacer.

Lo que nunca se debe hacer

- Avergonzar a la persona por su “mal comportamiento”.
- Decirle que se calme.
- Ofrecerle medicación para que se calme.
- Negarse a escucharle.
- Elevar el volumen de voz para “hacerse oír”.
- Empeñarse en seguir hablando aunque se esté en vía muerta.

2.2 SUJECIÓN FARMACOLÓGICA

Encontrar pacientes protagonizando una conducta agresiva o agitada puede suceder en cualquier centro, consulta o servicio hospitalario. Es necesario realizar una evaluación del estado clínico del sujeto, siempre y cuando sea posible y sin correr riesgos lesivos. Determinar la causa de la agitación nos orienta a la pauta farmacológica a elegir. Si esto no fuera factible, seguiremos las recomendaciones generales expuestas a continuación.

Objetivo

Su uso queda localizado en el momento que el abordaje verbal no sea eficaz o suficiente frente a la conducta hostil del enfermo. El objetivo es tranquilizar al paciente lo antes posible, con el fin de evitar que se lesione a sí mismo o a las personas que le rodean. En cualquier caso, debe utilizarse la menor dosis posible que permita tranquilizar al paciente lo suficiente para disminuir el riesgo de daño, pero sin que pierda la conciencia.

Selección farmacológica

Selección farmacológica según las características del fármaco (eficacia sedativa, farmacocinética y seguridad), destacando:

- Rapidez en el inicio de la acción.
- Administración por vía oral o intramuscular; siendo de elección la primera.
- Duración de acción no prolongada.
- Ausencia de metabolitos activos y de acumulación del fármaco.
- Bajo riesgo de aparición de efectos adversos importantes.
- Pocas contraindicaciones.

Benzodiazepinas

Grupo de fármacos cuya administración ofrece mayor margen de seguridad.

Indicadas en cuadros de agitación si el paciente no presenta actividad delirante o alucinatoria ni problemas respiratorios; predominante en las manifestaciones ansiosas de miedo y pánico.

- Pautas más utilizadas:

- Lorazepam v.o: 0.5-2mg. Puede repetirse a intervalos de 30min.- 2h hasta que el paciente se calme, siendo recomendable no superar 4-6mg en hora y media, ni de 10mg/día. Existe la vía sublingual, mayor rapidez de acción.
- Diazepam: 5-10mg, repitiéndose cada 1-2h si fuera necesario. La vía oral es la más utilizada y de mejor absorción. La vía i.m se debe administrar en músculo deltoides, teniendo en cuenta una absorción errática, un efecto de larga duración y la posibilidad de acumulación. La vía i.v. también es posible, pero atención con la depresión respiratoria.
- Clorazepato dipotásico: 25-50mg/día. Buena absorción v.o e i.m, pero esta última con duración de acción prolongada y riesgo de acumulación.
- Flunitrazepam: 2-4mg, vía i.m.
- Midazolam: 1-15mg, vía i.m, i.v, s.c. e intranasal.

- Efectos secundarios:

Reacciones paradójicas (en pacientes con enfermedades psiquiátricas): sueños vívidos, irritabilidad, hostilidad. Tratamiento: haloperidol.

Intoxicación: somnolencia, obnubilación e hipotonía. Tratamiento: flumacénilo (0.3mg) i.v en perfusión lenta.

Antipsicóticos

Junto a las benzodiazepinas es el grupo más empleado en situaciones de urgencia.

Indicados en las agitaciones psicóticas y, en general, ante la presencia de delirios, alucinaciones, confusión marcada y dificultades respiratorias.

Antipsicóticos típicos:

- Haloperidol: 5-10mg, vía i.m (puede repetirse cada hora, hasta un máximo de 6-8 ampollas de 5mg/día). Es posible complementar dosis globalmente menores de haloperidol con benzodiazepina (diazepam 10 mg o clorazepato 25-50 i.m). Efectos secundarios: las reacciones distónicas agudas no son necesariamente dependientes de la dosis, puede producirse entre la 1ª y 48h después de la dosis. Tratamiento con anticolinérgicos: ampolla de biperideno 2mg i.m. La acatisia (puede confundirse con un empeoramiento de la agitación). Tratamiento con benzodiazepinas.

- Clorpromacina: 25-50mg, vía i.m. Inconvenientes respecto a haloperidol: mayor acción anticolinérgica e hipotensora, además de los posibles efectos secundarios.
- Zuclopentixol: en forma de Acetato (Clopixol o Cisordinol Acufase), que mantiene concentraciones plasmáticas eficaces tras una aplicación durante 3 días (50-150 mg i.m). Indicado en agitaciones psicóticas. Como inconveniente la sedación de larga duración que no permitirá una inmediata colaboración del paciente.

Antipsicóticos atípicos:

- Olanzapina: i.m., v.o. Dosis inicial: 10mg (ancianos 2.5-5mg; si alteración renal o hepática 5mg). Dosis máx. (incluyendo olanzapina v.o): 40mg. Máximo de 3 inyecciones en 24h. y hasta 3 días de tratamiento.

NOTA: La inyección simultánea de olanzapina i.m y benzodiacepinas parenterales no está recomendada. Si fuera imprescindible administrar benzodiacepinas se recomienda dejar pasar un intervalo de una hora entre un fármaco y el otro. Si el paciente ha recibido benzodiacepinas parenterales, la administración de olanzapina i.m se debe considerar cuidadosamente sólo después de la evaluación de su estado clínico.

- Risperidona: 3-6 mg, v.o. Comienzo gradual. Inicio de 3 mg, incremento de 2 mg/día. Reducir dosis en ancianos e insuficiencia renal y hepática.
- Ziprasidona i.m: 20-80 mg (datos de bajo perfil de efectos secundarios, a considerar posible interacción con fármacos que prolongan el intervalo QTc). Indicado para el control rápido de la agitación en pacientes con esquizofrenia, cuando el tratamiento v.o no es apropiado, durante un máximo de 3 días consecutivos.

Antipsicóticos + benzodiacepinas

Puede ser útil para algunos pacientes, con menos efectos secundarios que las dosis altas de cualquiera de los dos grupos por separado. Además, los antipsicóticos disminuyen el riesgo de desinhibición benzodiacepínica, y las benzodiacepinas el riesgo de acatisia por antipsicóticos. La benzodiacepina mejora la tolerancia del neuroleptico.

En función de la etiología de la agresividad, de forma muy general podríamos decir:

- Casos de agresividad aguda y especialmente cuando el diagnóstico es incierto, se recomienda el uso de benzodiazepinas solas.
- Pacientes con sintomatología de estirpe psicótica, utilizar antipsicóticos solos (efecto sedante) o benzodiazepinas + antipsicóticos (mayor rapidez en el inicio de acción, administración de menor dosis y, por tanto, menor riesgo de aparición de efectos adversos, especialmente efectos secundarios).

Sujeción farmacológica en situaciones especiales

Gestante

Siempre intentar el control de la situación mediante medios no farmacológicos.

En caso de requerirse tratamiento con fármacos:

- Antipsicóticos: De elección, Haloperidol (a pesar de que su seguridad en el embarazo no ha sido establecida).
- Benzodiazepinas deberán evitarse. De utilizarse, es preferible las de vida media corta (lorazepam).

Cuadros sindrómicos confusionales

Como regla general, son de elección los antipsicóticos evitando las benzodiazepinas. Estas últimas por su poder para disminuir el nivel de conciencia pueden aumentar la confusión del enfermo y empeorar la agitación (agitación “paradójica” por el uso de benzodiazepinas en los ancianos dementes). No obstante, sí están indicadas en aquellos cuadros de delirium con alto riesgo de convulsiones (pacientes con daño cerebral previo), y en los causados por abstinencia a alcohol o hipnosedantes (incluidas las propias benzodiazepinas)

Demencia

Risperidona:2-6mg v.o. ; Olanzapina:5-20mg v.o.;Quetiapina 100-200mg

Delirium

Tratamiento etiológico de la causa orgánica responsable y sintomático de la inquietud/agitación en su caso.

Una alternativa interesante en Delirium con agitación moderada-severa y patología respiratoria intercurrente: Tiapride (Tiaprizal®, comp. y amp 100 mg) 200-300 mg v.o o parenteral/4-6h, i.v lentamente en 50 ml suero fisiológico.

Delirium tremens

De elección las benzodiacepinas. Una de las siguientes pautas:

- Diazepam iv, de 5-10mgr en bolus, continuando con dosis de 5mgr cada 5 o 10 minutos hasta llegar a la sedación.
- Clorazepato im, de 50-75mgr cada 30 minutos hasta sedación. Posteriormente, 50 mgr cada 6 horas, reduciendo progresivamente.

Estas recomendaciones farmacológicas están supeditadas a la evolución del conocimiento científico y por tanto deben ser reevaluadas periódicamente.

2.3 SUJECCIÓN MECÁNICA

2.3.1 SUJECCIÓN MECÁNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

a) MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE AGITADO

- En algunas ocasiones, la atención de un paciente agitado, ya sea en el Centro de Salud o fuera del mismo, y a requerimiento directo del enfermo, de terceros, o con frecuencia mediada a través del Centro Coordinador de Urgencias (112) puede conllevar la necesidad de la sujeción mecánica. Esta una decisión del médico de atención primaria que lo atiende, después de realizar la evaluación del mismo y siempre teniendo en cuenta que es una medida terapéutica excepcional y como último recurso ante conductas violentas o de alto riesgo para el paciente y/o terceros y que deberá mantenerse el menor tiempo posible. Se realizará en todo momento con el máximo respeto a la dignidad del paciente, al cual se le informará, dentro de sus posibilidades, del motivo de esta medida y del procedimiento a seguir, así como también se le ofrecerán otras posibles alternativas.
- Una vez tomada la decisión, la sujeción mecánica se llevará a cabo de manera planificada, mediante una actuación rápida y coordinada, por personal bien entrenado y con un número de personas suficientes, teniendo en cuenta que para sujetar a un enfermo se necesitan un mínimo de cuatro personas. Se evitará toda expectación y se alejará a los demás pacientes y al personal que no colabore en la sujeción.

En el medio extrahospitalario en él que nos encontramos nos adaptaremos a los recursos disponibles, pero nunca se sujetará un paciente agitado en un sillón o silla de ruedas por el elevado riesgo de caídas. La posición de decúbito supino permite un mejor control y vigilancia del paciente y si es preciso trasladarlo (a la habitación, a una camilla, o a la ambulancia) se evitará que se golpee la cabeza y se le sujetará por las piernas a la altura de las rodillas y por los brazos, a la altura de los codos, no forzando las articulaciones ni haciendo presión sobre ellas y prestando especial atención al acceso a la vía aérea. La sujeción, ya en la camilla, se realizará en decúbito supino y por este orden: cintura, miembros inferiores, miembros superiores y tórax si fuera necesario. Si la inmovilización es parcial se hará en diagonal y no se dejará nunca solo al paciente.

La retirada del personal que participa en la sujeción se hará de forma escalonada y pausada.

- No es obligatoria la solicitud del consentimiento informado y la comunicación judicial ante la necesidad de utilizar una medida de sujeción puntualmente de forma aguda o urgente por un episodio temporal de agitación o agresividad que entrañe riesgos a la integridad de la persona, de terceros o del entorno, incluso en el caso de negativa del paciente o tutor legal. En estas circunstancias se realizarán las medidas de sujeción pertinentes para controlar el episodio agudo y se efectuará la derivación al hospital. El médico del Equipo de Atención Primaria será el responsable de poner en marcha el traslado del paciente al hospital de acuerdo con su gravedad y estado, en especial, la necesidad de sujeción mecánica y a las condiciones propias del traslado como la distancia o el tiempo.
- Si en esta actuación sanitaria se presume o se comprueba que la oposición de dicho paciente a ser asistido o trasladado puede provocar una alteración de orden público o poner en peligro la integridad física de las personas y la conservación de bienes materiales, podrá solicitar el auxilio de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad sin necesitar ningún paso previo a través de Juzgados, de manera directa o a través del 112, si dichos servicios no han sido requeridos.
- La misión de los Cuerpos y Fuerzas de seguridad del Estado se centra exclusivamente en facilitar la actuación sanitaria en base a criterios médicos y terapéuticos, previniendo situaciones de riesgo, procediendo a la reducción del paciente agitado, facilitando su sujeción y acompañando al transporte sanitario en vehículo oficial, si las circunstancias lo aconsejan.
- La decisión de la retirada de la sujeción mecánica corresponde al médico, tras consulta al equipo de enfermería y después de conseguir el efecto terapéutico buscado. Se ejecutará de forma progresiva, estarán presentes al menos dos personas y se le explicará al paciente el procedimiento a seguir
- Los profesionales de Atención Primaria que participen en un procedimiento de sujeción mecánica deberán dejar constancia escrita de todos los pasos realizados en la historia clínica, con especial referencia a la realización de sujeción farmacológica y a las medidas de sujeción física empleadas. Dichas medidas son consideradas elementos de índole terapéutico en base a una circunstancia especial de patología de riesgo. Se reseñará también el tipo de traslado realizado y si fue precisa la

intervención o no de los Cuerpos de Seguridad. Finalizado el episodio se puede efectuar de forma garantista una comunicación a los juzgados.

b) SUJECIÓN MECÁNICA EN LOS SERVICIOS SOCIALES RESIDENCIALES

AMBITO DE APLICACIÓN: Población de los Centros Residenciales y Centros de Día para la tercera edad y las personas con alguna discapacidad física y/o psíquica con independencia de la edad, todos ellos de carácter público y/o privado.

OBJETIVO: Limitar intencionadamente los movimientos de las personas con conducta violenta por agitación psicomotriz con el fin de reducir el riesgo de caídas, autolesiones, daño a terceros o al entorno y para facilitar las medidas terapéuticas programadas pero nunca por razones de disciplina o conveniencia.

PROFESIONALES IMPLICADOS. Personal de atención directa de los diferentes turnos, médico, diplomados en enfermería, auxiliares, cuidadores, director o responsable autorizado para atender eventualidades.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTUACIÓN:

1-Prevención: detectar al residente de riesgo por deficiencias sensoriales, medicación que toma, estado mental, anomalías en el caminar, problemas de conducta.

2-Se trata de una actuación terapéutica que requiere prescripción médica obligatoria y que debe ser considerada como medida excepcional, cuando las demás alternativas de sujeción no han sido eficaces. En situaciones de emergencia o casos excepcionales se contará con la autorización del director de la residencia o del responsable autorizado para atender a eventualidades, registrando documentalmente la aplicación y dando cuenta ulteriormente al correspondiente facultativo o técnico responsable para que decida sobre su prescripción.

3-Informar a la persona residente del Centro Residencial o de Día de la medida terapéutica que se va a adoptar siempre en función de sus posibilidades e informar también a su familia o su representante solicitando el consentimiento explícito ya sea a

la persona usuaria, y en caso de no ser ésta competente, a su familia, y dejando constancia de ello en la historia o ficha clínica del usuario. Será preciso el consentimiento informado por escrito cuando se prevea que vayan a utilizarse sujeciones tanto químicas como mecánicas más allá del episodio agudo que motivó la sujeción. Además se recomienda la comunicación judicial por parte del centro de las medidas de sujeción cuando se utilizan a largo plazo, ante la falta de una normativa expresa para la aplicación de las mismas.

4- La inmovilización del residente, tanto en situaciones excepcionales o como parte de una estrategia de cuidado individualizada se realizará con el máximo respeto a la dignidad de la persona y con todas las medidas de seguridad necesarias para evitar efectos secundarios de la misma. Se realizará preferentemente sobre una superficie horizontal, debiendo evitarse los sillones o las sillas de ruedas. La sujeción se mantendrá el mínimo tiempo posible y haciendo constar de forma explícita qué profesional es el responsable en cada etapa del proceso según el organigrama del centro. Teniendo en cuenta que los elementos utilizados en la sujeción mecánica serán de tipo homologado y que cuando a una persona usuaria se le apliquen estas medidas será preciso intensificar las funciones de acompañamiento y de observación por parte del personal asistencial según el protocolo de actuación, con el fin de no causar un mal mayor del que se pretende evitar.

5- Salvo en situaciones de urgencia o gravedad, las personas usuarias o sus tutores legales podrán rechazar las medidas de sujeción prescritas, debiendo constar por escrito la negativa a la aplicación de la sujeción que será firmada por el interesado o, en su defecto, por su representante legal. En el documento se especificara también la asunción por su parte de las responsabilidades derivadas de no aplicar las medidas de limitación de la movilidad programadas. También se deberán buscar otras alternativas terapéuticas o asistenciales que en la mayoría de los casos las hay. A falta de otras soluciones, y de persistir la negativa, como no es posible el alta voluntaria, ni forzosa, del residente al no ser un hospital, si el facultativo entiende que esta decisión es contraria a los legítimos intereses del residente se pondrá en conocimiento del juzgado el rechazo de la medida prescrita, para que valore sobre la aceptación o no de la misma.

REGISTROS:

En cada Centro habrá un libro de registro de incidencias, donde se reflejarán diariamente y por turnos de trabajo las incidencias producidas, la forma en que se produjeron y las medidas adoptadas.

En cada Centro existirá un protocolo escrito de actuación ante situaciones específicas tales como la sujeción mecánica y que describirá el procedimiento a seguir si ésta es necesaria, tanto como parte de un plan terapéutico individual como en las situaciones de urgencia.

Cada residente del Centro Residencial tendrá una ficha actualizada con los datos personales, familiares responsables y los datos del informe médico y donde constará haber solicitado y obtenido el consentimiento para la sujeción mecánica si ésta fuese necesaria.

LEGISLACIÓN DE APOYO:

Dados los escasos preceptos legales que regulan los procedimientos de sujeción mecánica de los pacientes, para el apoyo jurídico de esta medida terapéutica en el ámbito de los Centros Residenciales de los Servicios Sociales se ha acudido a los siguientes artículos:

Nacionales:

-C.E. art.15 y 18

-Artículo 8-10 y 16 ley 41/2002 del 14 de noviembre de autonomía del paciente

-artículo 211 del Código Civil

-artículo 763 de la ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil

Autonómicos:

-Decreto 79/2002 del 13 de junio (BOPA) y Resolución del 22/6/2009 (BOPA) por los que se aprueba el reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales en el ámbito del Principado de Asturias

-Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra.

2.3.2 SUJECIÓN MECÁNICA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

SUJECIÓN MECÁNICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

En la atención sanitaria hospitalaria la inmovilización puede estar justificada en determinados casos. Es muy conveniente que las indicaciones estén siempre “personalizadas” y haya un protocolo estandarizado en cada hospital sobre el uso de los mecanismos de sujeción mecánica en los pacientes ingresados en los mismos, para disminuir la variabilidad en la práctica clínica de los profesionales que trabajan en dicho ámbito y considerando siempre la sujeción mecánica como una medida terapéutica.

Entre las indicaciones se encontrarían las siguientes:

- En previsión de lesiones en el propio paciente. Las autolesiones y caídas accidentales suelen acontecer en enfermos que sufren estado confusional, de edad avanzada, en pacientes con pérdida de facultades, en postoperatorios inmediatos, en intoxicados e hipotensos con bajo nivel de conciencia...
- En previsión de lesiones a otras personas / pacientes.
- Para evitar interrupciones del programa terapéutico, tanto del propio paciente como de otros enfermos (pérdida de vías, sondas, sistemas de soporte...).
- Para evitar daños físicos en el entorno.
- Si hay un deterioro grave de la conducta.
- A voluntad del paciente, con justificación clínica y/o terapéutica.

Otras circunstancias, ajenas a una acción terapéutica, quedan fuera de estas indicaciones, por lo que la inmovilización estaría contraindicada en los siguientes casos:

- Inmovilización efectuada para suplir falta de medios y/ o recursos materiales o humanos para el correcto manejo de un paciente.
- Obviamente no se utilizarán como procedimiento coercitivo ante pacientes molestos y conductas inadecuadas.
- Cuando existe una situación de violencia delictiva (puesto que es cuestión de orden público).
- Si la situación conflictiva pudiera solucionarse mediante otros medios (planteamiento verbal).

Aunque pueden quedar exentas de solicitar el consentimiento informado las situaciones asistenciales que conlleven un riesgo vital urgente, siempre que sea posible hay que informar a los familiares o acompañantes de la necesidad de aplicar esta medida. Se solicitará el consentimiento para la misma y este quedará reflejado en la historia clínica. Cuando las sujeciones vayan a persistir en el tiempo se recurrirá a la mayor brevedad posible a solicitar el consentimiento informado y por escrito del paciente o en su defecto del representante legal. Si se prevé la posibilidad de recurrir a estos procedimientos se podría incluir, en el documento de consentimiento informado que se da a los familiares, una referencia explicativa de esta posible situación, si bien el consentimiento deberá ser explícito para la situación y en el momento que se tenga que tomar la decisión y no diferido en el tiempo.

En cuanto a las disposiciones legales, puesto que mediante la inmovilización se pretende reconducir una situación de agitación o desorientación o facilitar un acto terapéutico en un momento puntual y por un tiempo limitado, puede llevarse a cabo sin notificación al juez. Esta notificación sería preceptiva si la sujeción es por situaciones de otra naturaleza, o si va a ser mantenida en el tiempo. En casos de discrepancias o rechazo de la misma por parte del paciente o de su representante legal, si el facultativo entiende que esta decisión es contraria a los legítimos intereses del paciente, se pondrá en conocimiento del juzgado el rechazo de la medida prescrita, para que valore sobre la aceptación o no de la misma.

La indicación de la sujeción mecánica, en cualquier caso, deberá ser firmada por el responsable de enfermería y el médico responsable o el facultativo de guardia, dejando constancia en la historia clínica. Una vez tomada la decisión, el procedimiento para llevar a cabo esta actuación vendrá definido con claridad en el Protocolo de Sujeción Mecánica aprobado para cada centro hospitalario (Hospital Universitario Central de Asturias -HUCA- y Hospital Monte Naranco -HMN-). También constarán en el mismo el cronograma de valoración médica y de enfermería para intentar minimizar los potenciales peligros asociados a las contenciones mecánicas y las estrategias para disminuir el riesgo de lesiones en las inmovilizaciones.

La excepción, a lo referido con anterioridad para la sujeción mecánica en el ámbito hospitalario, se encuentra en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en régimen de internamiento total (24 horas), ya que en estas, cuando se requiere utilizar la sujeción de un paciente, con alteraciones conductuales importantes, se recomienda usar siempre la sujeción completa. En estos casos, como se trata de un internamiento involuntario este

hecho ha de comunicarse al Juzgado correspondiente, el cual pasa a supervisar la situación legal de esta persona, asumiendo su situación de incapacidad. La indicación de la sujeción será realizada por el médico.

En algunas ocasiones, en los centros de atención de Salud Mental con internamiento de 24 horas, se contempla el uso de la sujeción parcial para las técnicas de cuidados somáticos o por motivos de seguridad del paciente, siempre que no concurren alteraciones conductuales importantes.

Los anexos 1, 2, 3 y 4 corresponden a las diferentes pestañas o carátulas que componen los formularios de registro de los procedimientos de sujeción mecánica y vigilancia de los mismos en los dos programas informáticos de uso hospitalario: SELENE y Millenium.

2.3.3 SUJECIÓN MECÁNICA EN EL MENOR DE EDAD

En los pacientes menores de edad debemos prestar especial atención a la patología que presentan y a la causa que justifica la necesidad de limitar temporalmente determinados movimientos.

Así por las características especiales de estos pacientes la restricción física o limitación de movimientos tendría lugar en las siguientes situaciones:

- De manera urgente, cuando el grado de agitación que presentase el menor hiciera necesario limitar sus movimientos mediante la sujeción, ya sea en la urgencia hospitalaria, durante el ingreso en la planta o en las consultas de pediatría.
- De manera ordinaria, dentro de un plan terapéutico ante posibles interferencias con las medidas empleadas (goteos, sondas, intubaciones..) sobre todo en unidades de cuidados intensivos, bien por la corta edad del paciente o por presentar alguna deficiencia intelectual.

En muchas ocasiones en los pacientes pediátricos, la permanencia de los padres junto al niño durante la hospitalización puede ser suficiente para garantizar el tratamiento sin necesidad de medidas de sujeción. Si la limitación de movimientos del menor es necesaria, con independencia de la causa que la motive, se utilizaran siempre las

medidas adecuadas a cada situación clínica, procurando que el procedimiento empleado sea el menos traumático para el paciente, y considerando que cada técnica asistencial lleva implícita una restricción determinada de movimientos y que la duración de la sujeción estará condicionada al tiempo que dure el tratamiento a realizar.

Los profesionales sanitarios responsables de la indicación de sujeción, informarán del procedimiento a los padres del menor o a sus representantes legales contemplando la posibilidad de trasladar la información a éste en función de su edad y su capacidad de entendimientos y recabarán el consentimiento explícito para la misma. En general, el consentimiento en los menores ha de ser prestado por representación siendo la persona encargada de ello la que tenga atribuida su tutela o la patria potestad, y deben actuar siempre a favor del menor y con respeto a la su dignidad personal, siendo obligatorio que el menor participe en la toma de decisiones siempre que tenga cumplidos doce años. La excepción a esta regla general se presenta cuando se trate de menores entre doce y dieciséis años considerados “maduros” para la toma de esta decisión sanitaria por el médico responsable, o con dieciséis años cumplidos, mayoría de edad sanitaria, en ambos casos serán ellos los encargados de prestar el consentimiento.

Es posible que una vez informados los padres o representantes, éstos se nieguen a la sujeción mecánica, o incluso, una vez que ha sido autorizada soliciten su retirada. En tales supuestos se debe insistir nuevamente en la información sobre el tratamiento, explicando la causa que justifica ese tratamiento, y los riesgos de la decisión de rechazarlo. Si aún así se rechazase, éste hecho se constatará por escrito, y se estudiarán los tratamientos alternativos a la sujeción, que serán consentidos o no nuevamente por el padre, el tutor o el menor según su edad. Si la iniciativa de otro tratamiento surge del tutor o del menor, el facultativo únicamente lo aceptará si éste no es contrario a la *lex artis*.

A pesar de la negativa del paciente o de su representante legal es posible acudir a la sujeción mecánica de menores. En primer lugar, si el representante legal rechaza el tratamiento y el facultativo entiende que esta decisión es contraria a los legítimos intereses del menor lo pondrá en conocimiento del juzgado para que valore la aceptación o no del mismo. En segundo lugar, se realizará la sujeción en los casos de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del menor o riesgo para terceros. En estos casos, se ha de proporcionar la información a los familiares en cuanto la atención de la situación urgente lo permita, para que éstos decidan sobre la retirada o no de la misma.

3. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- SULLIVAN, M. “La entrevista psiquiátrica”. Ed. Psique. 1974
- CALCEDO BARBA, A. “Derechos de los pacientes en la práctica clínica”. Edit. Entheus. 2005
- CAÑAS DE PAZ, F. “Urgencias Psiquiátricas”. Monografías de Salud Mental. CAM. 1995
- DÍAZ GONZÁLEZ, R.; HIDALGO, I. “Práctica Clínica Psiquiátrica: Guía de Programas y Actuaciones Protocolizadas”. Edit Mosby. 1999
- FERNÁNDEZ, R. “La contención”. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1990.
- KAPLAN & SADOCK’S. “Synopsis of Psychiatry. Ninth Edition. Sadock, B.J.
- LAVORE, F.W. “Consent, involuntary treatment, and the use of force in a urban emergency department”. Ann Emerg Med 1992; (1):25-32.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Sentinel Event Alert, November 18, 1998
- RAMOS BRIEVA, J.A. “Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento”. Edit. Masson. 1999
- Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina: Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Accesible en: (consultado 25/2/2015) <http://www.unav.es/cdb/coeconvencion.html>
- PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA DE MOVIMIENTOS. Hospital 12 de Octubre (Madrid), 2003. Hospital 12 de Octubre 2003 -Protocolo C.
- Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria. Alerta N°5: Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes. Fundación Avedis Donavedian y Fundación Mapfre.
- Quintana S, Font. Medidas de restricción física en un hospital de agudos y en dos centros de media y larga estancia: estudio de prevalencia y análisis de aspectos éticos relacionados con su indicación y puesta en práctica. Rev Calidad Asistencial.2003;18:33-38.
- PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA Servicio Andaluz de Salud, 2010. SAS 2010 -Protocolo de Contención-.pdf
- PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE MOVIMIENTOS DE PACIENTES. Hospital Clínico San Carlos (Madrid), 2010. Hospital San Carlos 2010 -Protocolo de C

Protocolo de atención y traslado de la urgencia psiquiátrica. Servicio Extremeño de Salud. Consejería de sanidad y consumo. Junta de Extremadura.

Accesible en: (consultado el 25/2/2015)

http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Protocolo_de_Atencion_y_Traslado_a_la_Urgencia.pdf

Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas elaborado por la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (Comité Interdisciplinar de Sujeciones) (Julio de 2014) Accesible en: (consultado el 25/2/2015)

https://www.segg.es/info_prensa.asp?pag=1&cod=349

Declaraciones del Comité de Bioética de Aragón sobre las sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito social y sanitario (Diciembre de 2014)

4. ANEXOS



Anexo 1

Carátula informatizada que el programa SELENE oferta en su menú para cumplimentar en la sujeción física a pacientes hospitalizados.

| | | | |
|-------------------------------|------------|--|---|
| HOSPITAL MONTE NARANCO | | ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE GERIATRÍA |  SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS |
| Ed: 01 | Enero 2011 | REGISTRO PARA LA CONTENCIÓN/SUJECCIÓN MECÁNICA | |

Nueva Toma - CONTENCIÓN-SUJECCIÓN MECÁNICA
 017A - ALERGIA MEDICAMENTOSA (intolerancia a...

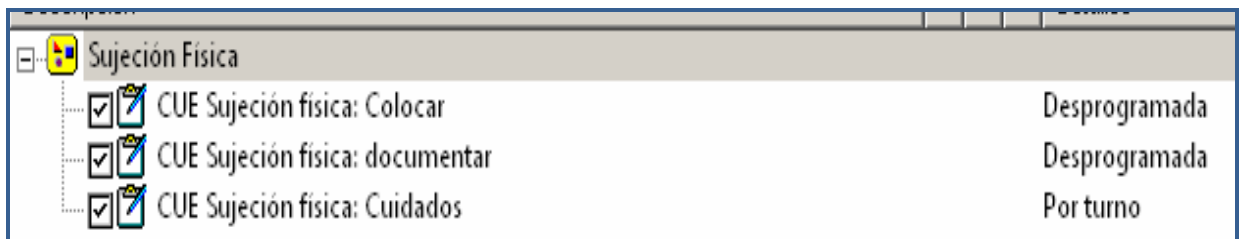
| | | |
|---|---|--|
| | ■ Fecha Toma: 16/11/2011 | ■ Hora Toma: |
| Diagnóstico médico | <input type="text"/> | |
| Orden médica | SI - NO | |
| Decisión de enfermería | ▼ | |
| Fecha de inicio | 16/11/2011 dd/mm/yyyy | |
| Hora de inicio | <input type="text"/> hh:mm | |
| Turno | M - T - N | |
| Información a la familia | SI - NO | |
| Justificar la NO información a la familia | <input type="text"/> | |
| Riesgo de caídas previo | ▼ | |
| Tipo de sujeción | <input type="checkbox"/> Muñequeras <input type="checkbox"/> Tobilleras <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Todos | |
| Indicaciones de la contención | <input type="checkbox"/> Riesgo de lesión a 3ª persona <input type="checkbox"/> Riesgo de lesión a sí mismo <input type="checkbox"/> Riesgo de interrupción del proceso terapéutico <input type="checkbox"/> Otros | |
| Estado | <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Violento/Agresivo <input type="checkbox"/> Confuso/Desorientado <input type="checkbox"/> Suicida | |
| Medidas antes de la contención | <input type="checkbox"/> Farmacológicas <input type="checkbox"/> Refuerzo verbal <input type="checkbox"/> Ayuda familiar <input type="checkbox"/> No fue posible intentar otros medios | |

| | | |
|---|---|------------|
| Fármaco administrado previo a la contención (Nombre y dosis) |  | |
| Retirada de contención | | dd/mm/yyyy |
| Hora de retirada | | hh:mm |
| ¿Ha presentado complicaciones derivadas de la contención? Especificar |  | |

⇨ Cancelar

SUJECIÓN FÍSICA

El power plan de Sujeción física está compuesto de tres indicaciones:



| Sujeción Física | |
|---|---------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> CUE Sujeción física: Colocar | Desprogramada |
| <input checked="" type="checkbox"/> CUE Sujeción física: documentar | Desprogramada |
| <input checked="" type="checkbox"/> CUE Sujeción física: Cuidados | Por turno |

- 1. Sujeción física: colocar:** Indicación para la auxiliar que firma la colocación de la sujeción física. Se firmará una sola vez como el inicio de la sujeción hasta su retirada.
- 2. Sujeción física: documentar:** Indicación para la enfermera que irá vinculada a la documentación de la sujeción física en vista interactiva, se hará una sola vez exceptuando si hubiera que documentar cambio de localización de la sujeción.
- 3. Sujeción física: cuidados:** Indicación para la enfermera por turno con un texto de referencia que enumera los cuidados, registro y vigilancia a hacer a un paciente con sujeción física.

NIC: **SUJECION FÍSICA**

Definición: Aplicación, control y extracción de dispositivos de sujeción mecánica o manual utilizados para limitar la movilidad física del paciente.

Actividades:

- Vigilar estado general
- Vigilar color, temperatura y sensibilidad frecuentemente de las extremidades sujetas/Vigilancia de la piel.
- Proporcionar al paciente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador no esté presente.
- Vigilar mecánica respiratoria, eliminación e hidratación.
- Vigilar estado de las contenciones.
- Signos vitales: T.A., F. Cardíaca, Tª.
- Registro de control y revisión en observaciones de enfermería.

Anexo 4.

Carátulas del formulario que el programa Millenium oferta en su menú para cumplimentar en la sujeción física a pacientes hospitalizados



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

| |
|--|
| Contención Mecánica |
| Fecha / Hora Indicación |
| Indicación |
| Indicación de la Contención Mecánica |
| Medios Fracados Antes de la Contención |
| Se ha explicado la necesidad de la conte |
| Uso de material homologado |
| Localización |
| Retirada |

FORMULARIO

CONTENCIÓN MECÁNICA

| | | |
|--|-------------------------|---|
| Contención Mecánica | Fecha / Hora Indicación | 10:56 |
| Contención Mecánica | Fecha / Hora Indicación | 10:56 |
| Indicación | | |
| Indicación de la Contención Mecánica | | Indicación X |
| Medios Fracados Antes de la Contención | | Medico |
| Se ha explicado la necesidad de la conte | | Enfermera |
| Contención Mecánica | Fecha / Hora Indicación | 10:56 |
| Indicación | | |
| Indicación de la Contención Mecánica | | Indicación de la Contención Mecánica X |
| Medios Fracados Antes de la Contención | | Riesgo de caidas |
| Se ha explicado la necesidad de la conte | | Riesgo de obstrucción / autoextracción de venodisis, drenaj |
| Uso de material homologado | | Riesgo de violencia autodirigida |
| Localización | | Riesgo de violencia dirigida a otro |
| Retirada | | Riesgo de suicidio |
| | | Otros |
| Contención Mecánica | Fecha / Hora Indicación | 10:56 |
| Indicación | | |
| Indicación de la Contención Mecánica | | |
| Medios Fracados Antes de la Contención | | Medios Fracados Antes de la Contención X |
| Se ha explicado la necesidad de la conte | | <input type="checkbox"/> Desactivación verbal |
| Uso de material homologado | | <input type="checkbox"/> Medicación oral o parenteral |
| Localización | | <input type="checkbox"/> No había otra opción |
| Retirada | | |
| Contención Mecánica | Fecha / Hora Indicación | 10:56 |
| Indicación | | |
| Indicación de la Contención Mecánica | | |
| Medios Fracados Antes de la Contención | | |
| Se ha explicado la necesidad de la conte | | Se ha explicado la necesidad de la conte X |
| Uso de material homologado | | <input type="checkbox"/> Al paciente |
| Localización | | <input type="checkbox"/> A la familia |
| Retirada | | <input type="checkbox"/> No fue posible ni a uno ni a otro |
| Contención Mecánica | Fecha / Hora Indicación | 10:56 |
| Indicación | | |
| Indicación de la Contención Mecánica | | |
| Medios Fracados Antes de la Contención | | |
| Se ha explicado la necesidad de la conte | | |
| Uso de material homologado | | Uso de material homologado X |
| Localización | | <input type="checkbox"/> SI |
| Retirada | | <input type="checkbox"/> No |
| Contención Mecánica | Fecha / Hora Indicación | 10:56 |
| Indicación | | |
| Indicación de la Contención Mecánica | | |
| Medios Fracados Antes de la Contención | | |
| Se ha explicado la necesidad de la conte | | |
| Uso de material homologado | | |
| Localización | | Localización X |
| Retirada | | <input type="checkbox"/> MSO |
| | | <input type="checkbox"/> MSI |
| | | <input type="checkbox"/> MID |
| | | <input type="checkbox"/> MII |
| | | <input type="checkbox"/> Tronco |

| Contención Mecánica | |
|--|--|
| Fecha / Hora Indicación | |
| Indicación | |
| Indicación de la Contención Mecánica | |
| Medios Fracasados Antes de la Contención | |
| Se ha explicado la necesidad de la conte | |
| Uso de material homologado | |
| Localización | |
| Retirada | <input type="text" value="****/****"/> <input type="button" value="↑"/> <input type="button" value="↓"/> |