

1. OBJETIVO:

Con este protocolo se pretende dotar a los profesionales de la Clínica 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 que implica una "Inmovilización del paciente"
6. Normalización en la clínica de esta práctica de seguridad utilizando registros en donde quede constancia de su aplicación, seguimiento, etc. y que permitan posteriormente su evaluación
7. Proteger al usuario de caídas o lesiones físicas.
8. Mantener el usuario en determinada posición cuando es necesario en usuarios con alteraciones de conciencia.
9. Limitar el movimiento de las extremidades en los usuarios, para que el tronco quede libre cuando hay problemas respiratorios.

2. DEFINICIONES:

Férula: Aparato de madera, metal, cartón u otros elementos, rígido o flexible, que se aplica para mantener en su posición partes móviles o desplazadas, especialmente huesos fracturados o luxados.

Inmovilización o contención mecánica: 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.

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 (medicamentosa) 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.

3. PACIENTES SUSCEPTIBLES:

1. En pacientes con **cuadros confusionales** "Delirium". Es la situación que con más frecuencia se da en la clínica 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**

4. MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS:

Insumos	Cantidad
Inmovilizadores por paciente	4
Gasa ancha	A necesidad
Férula almohadillada o acojinada.	A necesidad
Microporo	A necesidad
Sábanas (para neonatos)	1

5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Responsabilidad personal médico: el medico es el máximo responsable de la Contención Mecánica. Indica la medida, o la autorizan (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.

Nº	Actividades esenciales	Responsable
1.	INMOVILIZACIÓN DE FÉRULA PARA NIÑOS.	
	Colocar la férula de tal manera que su parte media quede en la articulación que se pretende inmovilizar.	Personal de enfermería
	Proteger la piel con gasa o algodón laminado.	Personal de enfermería
	Fijar la férula con microporo, realizando el mínimo de presión.	Personal de enfermería
	Cambiar la inmovilización y haga ejercicios en la articulación cada 12 horas.	Personal de enfermería
2	▪ INMOVILIZACION DE ADULTOS	
2.1	▪ Inmovilización de Extremidades	
	Colocar al usuario en decúbito dorsal.	Personal de enfermería
	Colocar la pulsera protectora de gasa en muñeca y tobillos antes de colocar los inmovilizadores.	Personal de enfermería
	Sujetar los inmovilizadores, sobre el protector de la piel en muñeca y tobillos.	Personal de enfermería
	Asegurar los extremos del inmovilizador a las barandas de la cama de tal manera que se le permitan ciertos movimientos de comodidad o funcionalidad al usuario.	Personal de enfermería
	Verificar que haya una buena sujeción de los inmovilizadores	Personal de enfermería
	▪ 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.	Personal de enfermería
	▪ 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.	Personal de enfermería

6. CONTRAINDICACIONES:

- Realizar cuidados de enfermería para evitar la formación de escaras.
- Cerciorarse que el usuario quede cómodo y que los inmovilizadores no le impiden expansión torácica.
- En usuarios muy agitados, esta inmovilización del tronco se complementa con inmovilización de las cuatro extremidades.
- Observar color, calor y movilidad de la zona inmovilizada, para evitar complicaciones.
- Observar que la inmovilización colocada al nivel de tórax, no impida la respiración del usuario.
- Al movilizar utilizar la presión necesaria para sujetar al usuario sin llegar a traumatizarlo.

7. RECOMENDACIONES ADICIONALES:

El procedimiento debe realizarse en pacientes con:

- Paciente en agitación psicomotora.
- Paciente con alteración del estado de conciencia.
- Paciente con proceso de la liberación de ventilación mecánica.

- Pacientes quienes estando conscientes, en estado de alerta tienden a retirarse voluntaria o involuntariamente dispositivos como sondas, tubos, apósitos, entre otros.
- Pacientes quienes pueden causar daño al entorno físico.
- Pacientes quienes pueden causar daño o lesiones a terceras personas. (enfermeros o personal de apoyo).
- Riesgos de caídas.
- La inmovilización puede ser total o parcial.
- Soltar los inmovilizadores por períodos cortos para dar descanso al usuario.
- Nunca utilizar inmovilizadores como castigo.
- Evitar el uso de nudos corredizos.
- Evaluar la continuidad del inmovilizador cada 24 horas o antes si es necesario.
- Mientras dure la sujeción es conveniente que se intensifiquen los controles del personal sanitario encargado del paciente.
- La sujeción debe permitir administrar perfusión endovenosa por el antebrazo, así como recibir líquidos o alimento.

Nota: en caso de que un paciente que se encuentre inmovilizado durante su estancia (urgencias, hospitalización, UCE, UCI) deba ser trasladado a cirugía la inmovilización se mantendrá hasta que se administre la anestesia con el objetivo de prevenir caídas desde la mesa de cirugía.

8. RIESGOS:

Formación de escaras.

Utilizar correas o vendas finas para evitar ruptura, lo que puede traer traumas grandes.

Agitación excesiva del usuario.

Lesiones en plexos nerviosos.

Riesgos de tromboembolismo.

Lesiones al forzar la inmovilización: Fracturas, luxaciones, etc.

Bronco aspiraciones

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.

9. INDICACIONES AL USUARIO:

- Debe informarse al paciente y/o a sus familiares del procedimiento que se le va a realizar, así como los motivos y el objeto del mismo, quedando constancia en la historia clínica de esta información.
- El equipo que realiza el procedimiento (ideal 4 personas con un coordinador) podrá seguir un orden idóneo según las necesidades del paciente: sujeción torácica, de manos y pies, cruzada de hombros, un miembro superior y otro inferior, procurando evidentemente, que el material usado no ocasione lesiones, para lo que es aconsejable la sujeción mecánica.

10. ASPECTOS ETICOS DE LA CONTENCIÓN MECANICA:

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 explicitará 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.

Aun 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 de salud.

11. REFERENCIAS:

1. GRUPO DE TRABAJO ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2006 (Disponible en www.juntadeandalucia.es/salud).

10. CONTROL DE CAMBIOS:

Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Agosto 2011	Creación del documento	Comité técnico de enfermería	Comité técnico de enfermería	Dr. Carlos Jaime Bahamón
002	Febrero 2012	Modificación del documento	Erika Espinosa	Dr. Natasha Molina	Comité técnico de enfermería
003	Enero 2013	Modificación del documento	Comité técnico de enfermería	Dr. Natasha Molina	Comité de Seguridad Clínica
004	Abril 2013	Modificación del documento	Sindia Restrepo Asistente de calidad	Dr. Natasha Molina	Comité de Seguridad Clínica