



Resolución Directoral

Lima, 14 de ~~SEPTIEMBRE~~ de 2021

Visto el Expediente 20-029376-001, conteniendo el Memorando 121-2021-SE-DEYCC/HNHU, mediante el cual la Sra. Jefa del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos solicita la aprobación de la Guía Técnica: "Protocolo de Sujeción Mecánica del Paciente del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Hipólito Unanue", mediante acto resolutivo; y

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley 26842, Ley General de Salud disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla, promoverla y asegurarla.

Que, mediante Resolución Ministerial 826-2021/MINSA, de fecha 5 de julio del 2021, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras.

Que, la Guía Técnica es el Documento Normativo con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias, estableciendo en ellas metodologías, instrucciones o indicaciones que permita al operador seguir un determinado desarrollo, orientando al cumplimiento del objetivo de un proceso, procedimientos o actividades, y al desarrollo de una buena práctica médica; la denominación Guía Técnica incluyendo a los denominados "protocolos" que pueden ser aplicados al campo asistencial, sanitario o administrativo.

Que, el Artículo 3 del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado con Resolución Ministerial 099-2012/MINSA; señala entre otros; que son funciones generales del Hospital administrar los recursos humanos, materiales, económicos y financieros para el logro de su misión y sus objetivos, en cumplimiento de las normas vigentes; así como mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de la salud a favor de la población, estableciendo las normas y parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar.



S. VARGAS

Que, con Memorando 121-2021-SE-DEYCC/HNHU, la Sra. Jefa del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos de la Institución, solicita la aprobación de la Guía Técnica: Protocolo de Sujeción Mecánica del Paciente del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Que, con Nota Informativa 488-2021-OGC/HNHU, la Oficina de Gestión de la Calidad adjunta el Informe 177-2021-KMGM-HNHU mediante el cual opina que la Guía Técnica: Protocolo de Sujeción Mecánica del Paciente del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Hipólito Unanue cumple los lineamientos de la estructura de las Guías Técnicas según la normatividad vigente, recomendando su aprobación.

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en el Informe 460-2021-OAJ/HNHU; y a lo opinado por las Jefaturas del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos y la Oficina de Gestión de la Calidad, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 26842, Ley General de Salud y de acuerdo a las facultades otorgadas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial 099-2012/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- APROBAR LA GUÍA TÉCNICA: "PROTOCOLO DE SUJECIÓN MECÁNICA DEL PACIENTE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE", la misma que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones proceda a la publicación de la presente Resolución en la Página Web del Hospital.

Regístrese y comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unanue

Dr. Andrés Martín ALCÁNTARA DÍAZ
Director General (e)
CMP N° 028813

AMAD/GFM
Marlene G.
DISTRIBUCIÓN.
() D. Adjunta
() Dpto. de EYCC
() OAJ.
() Of., Gestión de la Calidad
() Oci
() Archivo.



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA
Y CUIDADOS CRÍTICOS



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE



Guía Técnica: Protocolo de Sujeción Mecánica del Paciente del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

Elaborado por Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos	Revisado por Oficina de Gestión de la Calidad	Aprobado por Oficina de Gestión de la Calidad
Fecha: 27/05/2021	Fecha: 30/05/2021	Fecha: 15/07/2021

2021



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA
Y CUIDADOS CRÍTICOS



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Equipo de Gestión del Hospital Nacional Hipólito Unanue

M.C Andrés Martín Alcántara Díaz

Director General

M.C Yudy Miluska Roldan Concha

Directora Adjunta

ECON. Ruth Roció Moreno Galarreta

Directora Administrativa

M.C Silvia Paola Vargas Chugo

Jefa De la Oficina de Gestión de la Calidad

Grupo Elaborador del Protocolo Basado en Evidencias

MC. YRMA VALDIVIESO PACORA

**JEFA DEPARTAMENTO EMERGENCIA Y
CUIDADOS CRITICOS (DE Y CC).**

MC. AUGUSTO CRUZ CHEREQUE

JEFE DE SERVICIO DE y CC.

MC. JESUS G. HUARANCCA PARRALES

MEDICO ASISTENCIAL DE y CC.

LIC. AYDEE RAMIREZ CARRASCO

LIC.ASISTENCIAL DE y CC.

LIC. DORA CUNO HUARCAYA

LIC. ASISTENCIAL DE UCI.

LIC. JESUS F. HERRERA DE QUIÑONES

LIC. ASISTENCIAL DE UCI.

LIC. IRIS SORIANO VASQUEZ

LIC. ASISTENCIAL UCI-NEONATOLOG.



Guía Técnica: Protocolo de Sujeción Mecánica del Paciente

ÍNDICE

I. FINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN	4
II. OBJETIVO	4
2.1. OBJETIVO GENERAL	4
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
III. AMBITO DE APLICACIÓN	4
IV. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR	4
V. CONSIDERACIONES GENERALES	5
5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS	5
5.2 CONCEPTOS BASICOS	7
5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS	7
5.3.1 RECURSOS HUMANOS	7
5.3.2 MATERIALES	8
5.3.3 EQUIPOS	9
5.4. POBLACIÓN DIANA	9
VI. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS	9
6.1 METODOLOGÍA	9
6.2 DESCRIPCION DETALLADA DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS	10
6.3 INDICACIONES	15
6.4 CONTRAINDICACIONES	15
6.5 EVALUACIÓN	16
6.5.1 INDICADORES DE EVALUACION	16
VII. RECOMENDACIONES	17
VIII. ANEXOS	22
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36





I. FINALIDAD Y JUSTIFICACIÓN TÉCNICA

La contención física supone un confrontamiento ético entre los principios de autonomía (limitación de la libertad del paciente en contra de su voluntad) y de beneficencia (deseo bien intencionado sanitario de protección al paciente, a su entorno y autoprotección física y legal del personal cuando la propia seguridad está comprometida). Este conflicto ético, junto a los riesgos que pueden suponer la restricción e inmovilización de los pacientes (fracturas, muertes por asfixia...) y sus posibles consecuencias legales, exigen que el procedimiento sea realizado siguiendo una normativa que contemple claramente desde lo adecuado de la prescripción y metodología, hasta el papel de todo el equipo implicado, así como la obligación de informar a la familia sobre el proceso.

Por tanto, se busca establecer pautas técnicas, para la implementación de prácticas seguras y unificar criterios de actuación, en relación a la necesidad de inmovilización de pacientes y aplicación de sujeción mecánica, para la prevención de agresiones o autolesiones, en las UPPS del Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

- Estandarización del protocolo de sujeción mecánica.

2.2. Objetivos Específicos

- Aplicar sujeción mecánica a todo paciente que pertenezca a los grupos de riesgo.
- Establecer que toda sujeción mecánica en el paciente, sea ejecutada a través de la respectiva prescripción del médico y/o de enfermería.
- Se debe realizar un monitoreo y seguimiento permanente de los procesos de sujeción mecánica a pacientes, que se están realizando en la respectiva UPSS.
- A través de la sujeción mecánica, garantizar la seguridad de pacientes, de familiares y de profesionales.
- Prevenir eventos adversos y otras complicaciones derivadas de la sujeción mecánica.
- Disponer de una herramienta de evaluación periódica y mejora continua de la calidad en las sujeciones mecánicas.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente protocolo, será de aplicación obligatoria, por parte de todos los profesionales de salud de las UPSS del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.

IV. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR

- Guía Técnica: Protocolo de Sujeción Mecánica del Paciente.





V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Accidente.** - Suceso aleatorio imprevisto e inesperado que produce daño al paciente o pérdida de materiales o de cualquier tipo. Evento que involucra daño a un sistema definido, que rompe el seguimiento o futuro resultado de dicho sistema.
- **Buenas Prácticas.** - Son guías internacionales nacionales o de la especialidad, que orientan al trabajador de la salud en la labor asistencial.
- **Caída.** - Es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.
- **Caidas Accidentales.** - Cuando un factor extrínseco actúa sobre una persona en estado de alerta sin dificultad para caminar. Originando un tropezón o resbalón como resultado de caída.
- **Caidas no Accidentales.** - Estas pueden ser de dos tipos; aquellas en las que se producen una situación de pérdida súbita de conciencia en un sujeto por lo demás activa y aquellas que ocurren en personas con alteración de la conciencia o dificultad para la deambulación.
- **Caso Adverso.** - Daño o lesión causados por el modo en que los profesionales de la atención de salud han gestionado la enfermedad o condición del paciente y no por la propia enfermedad o condición. Concomitante. Que actúa, acompaña o colabora.
- **Cintas Antivuelco.** - Cintas que permiten la sujeción del paciente.
- **Cuidado.** - Asistir a alguien que lo necesita. Poner interés y esmero en la ejecución de algo.
- **Conducta de Prevención de Caídas.** - Acciones personales o del cuidado familiar, para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.
- **Daño.** - Deterioro, destrucción, mal, o sufrimiento que causa a las personas.
- **Escala de Valoración.** - Instrumento por medio del cual se mide. Las escalas de valoración se deben utilizar como un complemento del juicio clínico y no de forma aislada respecto a otros aspectos clínicos.
- **Efectos Adversos.** - Lo que se deriva de una causa desfavorable.
- **Entorno del Cliente.** - Ambiente que rodea al cliente como: factores físicos, biológicos, psicosociales, ambientales, que influyen o afectan la vida y la supervivencia del cliente.
- **Estrategia.** - Arte de planear y dirigir operaciones. Técnica y conjunto de actividades destinadas a conseguir un objetivo.
- **Estándar.** - Sirve como modelo, norma, patrón o referencia que demuestran superioridad o excelencia.
- **Evento Adverso.** - Todo accidente o suceso recogido de la historia clínica del paciente, que ha causado daño al paciente. El accidente puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela al momento del alta, una lesión o la muerte, directamente ligado con la atención al paciente que al proceso de la





enfermedad o a sus condiciones propias. Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de la atención médica.

- **Factores de Riesgo.** - Elemento o condición que implica aumentar la probabilidad o posibilidad de que suceda un evento determinado.
- **Factores Extrinsecos o Ambientales.** - Son factores presentes en el entorno inmediato en el que se mueve el paciente, que pueden facilitar las caídas o incrementar las consecuencias graves de estas.
- **Factores del Paciente o Intrinsecos.** - Son aquellos factores asociados a la situación personal y clínica del paciente, que pueden determinar un aumento del riesgo de caídas.
- **Incidente.** - Acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad o por una intervención oportuna. Suceso imprevisto que pudo dar lugar a un accidente y afecta a un paciente o acompañante.
- **Lesión.** - Cualquier daño que deja huella material en el cuerpo humano.
- **Negligencia.** - Descuido, omisión o falta de atención en el cumplimiento de las obligaciones o en el ejercicio de los derechos inherentes a la prestación de servicios.
- **Omisión.** - Efecto de no hacer, olvidar o abandonar.
- **Perfil del Paciente con Riesgo de Caídas.** - Toda persona con movilidad limitada, alteración del estado mental, polimedicado, necesidades especiales de aseo, déficit sensitiva e historia de caídas previas.
- **Prevención de Caídas.** - Se refiere a todas las acciones que se proporcionan al paciente a fin de evitar la precipitación del paciente al suelo en contra de su voluntad, para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno mientras esté hospitalizado.
- **Riesgo de Caídas.** - Aumento en la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.
- **Reporte de Enfermería.** - Es el tiempo que emplea la enfermería al finalizar el turno, para dar informe a la enfermera del turno siguiente sobre el servicio, la situación de los pacientes y su evolución, así como del personal, patrimonio y otra eventualidad.
- **Seguridad.** - Minimizar los riesgos y posibles daños a los usuarios del sistema de salud.
- **Seguridad del Entorno.** - Factores físicos y psicosociales que influyen o afectan la vida y la supervivencia del usuario.
- **Seguridad del Paciente.** - Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.





5.2 CONCEPTOS BASICOS

5.2.1.- Definición Conceptual

Sistema de inmovilización mediante el uso de dispositivos, materiales o equipos aplicados cerca del cuerpo y que no pueden ser controlados o retirados fácilmente por el paciente y que previene o pretende prevenir el movimiento de la persona a una posición de su elección y/o un acceso normal a una parte de su cuerpo.

La sujeción mecánica o física es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo en un paciente que lo precise, para tratar de garantizar la seguridad de él mismo o de los demás.

5.2.2.- Habitación Individual de Sujeción.

Es necesario que en el Servicio de Observación u Hospitalización, se disponga de, al menos, una habitación de sujeción, con elementos estructurales vinculados a la seguridad de los/las pacientes y de los/las profesionales indicados para el resto de habitaciones y zonas comunes de la unidad.

Esta habitación, debería encontrarse lo más cercana posible al control de enfermería y disponer de circuito cerrado de televisión.

No requiere mobiliario accesorio como mesilla o sillón auxiliar; además, debe contar con una cama con medidas específicas de seguridad y fijación al suelo de forma reversible, así como de material homologado de sujeción mecánica, que podría utilizarse, en caso necesario, en cualquier otra cama de la unidad.

La ubicación de la cama en la habitación, debe permitir la libre circulación de los/las profesionales alrededor de la misma; no debe estar junto a la pared.

En caso de disponer de baño propio, éste no necesitaría puerta, pero debería estar dotado de sanitarios y espejo no fragmentables, así como del resto de medidas de seguridad propias de todos los baños de la Unidad.

En el caso de no disponer de una habitación de contención, se puede utilizar cualquier otra habitación, siempre y cuando permita una alta supervisión (con cámara si es posible), cercana al control de enfermería, con buena ventilación y temperatura fresca.

5.3 REQUERIMIENTOS BÁSICOS

5.3.1 RECURSOS HUMANOS

La reducción de un/a paciente y su inmediata sujeción mecánica, implica a todo el personal presente en la unidad, al margen de la categoría profesional y a todo aquel/aquella que pueda ser requerido de modo inmediato.

Todo el personal tanto sanitario (médicos, enfermeras, auxiliares y técnicos de enfermería) como no sanitario (celadores, personal de seguridad) disponible en cada UPSS del





Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, está obligado a prestar su colaboración si ésta es requerida por el responsable de la sujeción.

Los supervisores de enfermería de cada unidad, son los responsables de velar por el cumplimiento de este protocolo.

Médico:

- La indicación de sujeción mecánica, debe figurar por escrito en las órdenes médicas.
- Informa al paciente y a sus familiares de los motivos y objetivos de la medida.
- Decide su finalización tras la valoración conjunta con el resto del equipo.

Enfermera:

- Dirige la sujeción y coordina su ejecución.
- La indica en caso de urgencia y ausencia del médico.
- Es responsable de la sujeción mecánica.
- Es responsable de los cuidados y controles posteriores.

Auxiliar de Enfermería (3 o 4 personas):

- Coopera en la ejecución y supresión de la sujeción mecánica.
- Participa en los cuidados, el control y observación del paciente.
- Se ocupa de la custodia y mantenimiento de los equipos materiales de la contención.

Celador:

- Colabora en la instauración de la contención y transporte del paciente.

Personal de Seguridad:

- Pueden ser requeridos para colaborar en el procedimiento, con su presencia y/o intervención en la reducción del paciente si, excepcionalmente, no es suficiente con el personal de la propia unidad.

5.3.2 MATERIALES

Se debe utilizar siempre material de sujeción de tipo estandarizado y homologado que impida ejercer una excesiva presión en las extremidades, que sea confortable, no lesivo, de ajuste rápido y con fácil acceso a los puntos de fijación.

Un equipo completo de sujeción mecánica (con independencia de que la inmovilización sea total o parcial) está compuesto por:

- Cinturón ancho abdominal y cintas anti-vuelco.
- Cintas para miembros superiores e inferiores.
- Cintas cruzadas para tórax.





- Cinturones estrechos para fijar las contenciones a la cama.
- Botones magnéticos de fijación.
- Llave magnética (imán para anclajes).
- Barandas.
- Chalecos de sujeción.
- Manoplas o mitones.
- Muñequeras y tobilleras acolchadas.
- Sabanas.

Utilizaremos siempre sujeciones de tipo estandarizado y homologado que impida ejercer una excesiva presión en las extremidades, que sean confortables, no lesivos, de ajuste rápido y con fácil acceso a los puntos de fijación.

5.3.3 EQUIPOS

El personal de Salud, durante la atención de los pacientes en las UPSS del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, hará uso de los equipos de atención médica de acuerdo a su especialidad, siendo estos Tensiómetros, Estetoscopios, Pulsioxímetros, Termómetros, Material de Curación y Debridación de Heridas u otro que se requiera de acuerdo a la situación clínica del paciente.

5.4 POBLACIÓN DIANA

El presente protocolo elaborado por el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Nacional Hipólito Unanue; tendrá como población diana, a todos los pacientes en situación de observación u hospitalizados, en las UPSS del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, que pertenezcan a los grupos de riesgo, los cuales son:

- Conducta violenta de un paciente con peligro para el mismo o para los demás
- Situaciones que representen una amenaza para su integridad física (evitar caídas).
- Contención temporal para recibir la medicación, realizar procedimientos invasivos (colocación de sondas, vías periféricas, etc.).
- Alteración del estado de conciencia (agitación psicomotriz, desorientación, confusión, etc.) por diferentes etiologías.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 METODOLOGÍA

- Se Realizó la búsqueda bibliografía del término "Sujeción mecánica en pacientes hospitalizados" en los siguientes motores de búsqueda:
 - PUBMED.
 - MEDLINE.
 - COCHRANE.





Encontrándose los siguiente:

- Pubmed: No se reportan resultados al respecto.
- Medline: No se reportan resultados al respecto.
- Cochrane: No se reportan resultados al respecto.

- Asimismo, se realizó búsqueda Bibliográfica de los siguientes textos:
 - ✓ Protocolo de Contención Mecánica de las Unidades de Hospitalización de Psiquiatría de la Red de Salud Mental de Extremadura-Febrero 2017.
 - ✓ Inmovilización de Pacientes y Sujeción Mecánica-Protocolo Consensuado-Revisión Junio 2015-Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Encontrándose lo siguiente:

1. Definición, Objetivos, Indicaciones, Contraindicaciones, Procedimientos para la Sujeción, Complicaciones de la Sujeción, Indicadores de Evaluación, Aspectos Ético-Legales de la Sujeción Mecánica.

6.2 DESCRIPCIÓN DETALLADA DE ACTIVIDADES O PROCEDIMIENTOS

6.2.1.- Medidas Alternativas a la Sujeción Mecánica

Las medidas alternativas que se pueden adoptar antes de realizar una contención o sujeción mecánica, se tomarán cuando se detecten los primeros indicios de que el/la paciente está entrando en una situación de pérdida de control y que ésta va en aumento.

En primer lugar el/la profesional responsable del/de la paciente y de la indicación de la medida, se informará tanto de la historia del/de la paciente como de sus circunstancias actuales.

Dependiendo de esta información, del medio en que nos movemos y los recursos de que dispongamos, podremos tomar alguna o varias de las siguientes medidas:

6.2.2.- Medidas Ambientales y/o Conductuales

- Procurar un ambiente calmado y silencioso que evite reacciones de tensión o violencia.
- Permitir, si es posible, la presencia de una persona que facilite la relación con el/la paciente (una figura que represente autoridad o confianza) y limitar la permanencia de aquellas personas o estímulos que puedan producir respuestas negativas.
- Posibilitar o facilitar, en la medida de lo posible, actividades que disminuyan la respuesta agresiva (llamar por teléfono, caminar,).
- Ayudar a la realización de respuestas desactivadoras: técnicas de relajación (muscular, respiratorias,).
- Tratar de orientar al/a la paciente en tiempo y espacio, si es necesario, dejar luz encendida durante la noche.





- Informar al/a la paciente sobre su situación, su ubicación en el hospital, procedimientos y técnicas a realizarle, así como la finalidad de ayuda, ante demandas, quejas o críticas del mismo.
- Cubrir zonas de inserción de sondas gástricas, catéteres, para evitar su manipulación por parte de los/las pacientes.
- Ubicar a los/las pacientes con riesgo de agitación, desorientación, agresividad o impulsividad suicida en habitaciones próximas al control de enfermería.
- Utilizar alternativas fisiológicas: reducir el dolor, revisar y comprobar la medicación del/de la paciente y tratar el insomnio, la alteración mental (reorientar al/a la paciente en tiempo y espacio), las infecciones, etc.

6.2.3.- Contención Verbal

Siempre que sea posible, además de las medidas ambientales y conductuales, se debe empezar mediante este abordaje, con el fin de calmar la situación que ha provocado la agitación, desorientación y/o impulsividad del/la paciente, disminuyendo la ansiedad, la hostilidad y la agresividad y prevenir posibles ataques violentos.

Para ello se debe hacer un acompañamiento individual al/a la paciente, invitándole a expresar verbalmente la irritación y la hostilidad.

Se ha de transmitir al/a la paciente, tanto de forma verbal como no verbal, que la intención del personal sanitario no es hacerle daño, sino ayudarlo.

Esta medida, está indicada en aquellos casos en los que la pérdida de control sea moderada y puede ser adoptada por cualquier miembro del equipo profesional (de psiquiatría, psicología clínica, enfermería, auxiliares de enfermería), que esté presente en ese momento, teniendo en cuenta la relación terapéutica que tiene con el/la paciente tratado/a.

Las pautas a seguir, para mantener la seguridad del/de la paciente, de profesionales y del entorno son:

- Vigilar signos de alerta: tono de voz, tensión muscular, hiperactividad motora, agitación creciente, alucinaciones auditivas, amenazas paranoides, ...
- Mantener una distancia de seguridad, colocándose fuera del espacio personal del/de la paciente y asegurar una vía de salida accesible.
- Si se utiliza un despacho, dejar la puerta semiabierta, situándose el/la profesional cercano a ella, evitando la interposición del/de la paciente entre la puerta y el/la profesional, no debe realizarse la entrevista en solitario.
- Mantener una actitud terapéutica en todo momento, utilizando un tono de voz calmado, neutral y de bajo volumen.
- Evitar juicios de valor y ser respetuoso.
- Evitar contacto visual fijo durante mucho tiempo, ya que el/la paciente lo puede percibir como amenaza.
- Dejar que el/la paciente verbalice las preocupaciones y razones o impulsos que le motivan.





- En caso contrario, y sin dar lugar a discusión verbal, se procederá a **reducirle y trasladarle** a una habitación cerca del control de enfermería o que permita una alta supervisión.

Para ello se seguirán los siguientes pasos:

1.- Reducción y Traslado:

A.- Si es un/a paciente que colabora y cuyo estado lo permite y desea ir a pie; para acompañarle a la habitación, pueden ser suficiente dos personas que le sujeten por las axilas empujando hacia arriba y por la muñeca, tirando hacia abajo. Esta maniobra se realizará con la suficiente firmeza para dar seguridad al procedimiento, pero sin extremarla para no lesionar al/a la paciente (figura 1).



Figura. 1.

B.- Si es un/a paciente que no colabora y está agitado y/o violento; la reducción se realizará preferentemente cuando esté distraído.

- Se debe tumbar al/a la paciente en decúbito supino sobre el suelo, controlando su cabeza para evitar que se golpee o pueda golpear a algún miembro del equipo.
- Cada miembro del equipo inmovilizará una extremidad del/de la paciente: los miembros superiores se sujetan por los hombros y antebrazos y los miembros inferiores se cogen por encima de las rodillas y de los tobillos (figura 2).
- Los puntos de retención deben estar cerca de las articulaciones mayores, para así disminuir el riesgo de fracturas y esguinces. Hay que salvaguardar las partes más vulnerables del/de la paciente (cuello, tórax y abdomen), y el grado de fuerza debe ser el mínimo para controlar la situación.
- Evitar, en lo posible, hablar con el/la paciente mientras se realice la inmovilización; si es necesario, será la persona que coordina el procedimiento quien lo haga.





Figura. 2.

El traslado del/de la paciente a la habitación; lo realizarán 4 personas. Dos de ellos sujetarán los miembros superiores (alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros), otras dos sujetarán los miembros inferiores (a la altura de las rodillas) (figura 3). Si hubiera un quinto miembro del equipo, deberá estar preparado para sostener la cabeza si el/la paciente la agita mucho para evitar que se la golpee o lesione a alguien. No deben forzarse las articulaciones más allá de los límites fisiológicos.



Figura. 3.

2.- Sujeción Mecánica

Para la sujeción mecánica, se tumbará al/a la paciente en la cama en decúbito supino (excepto en pacientes intoxicados o con disminución de conciencia que se dejarán en posición de seguridad) y se procederá a la sujeción indicada (completa o parcial), por este orden:

1.- Cintura: Queda inmovilizada mediante el cinturón ancho o abdominal, que la rodea y se abotona al vientre. Las cintas de este cinturón se sujetarán a ambos lados del bastidor de la cama, nunca a las barandillas. El/la paciente podrá girar a cada lado 90° sin peligro de caída. Si se desea mayor sujeción, se colocarán las cintas antivuelco.





2.- Miembros Inferiores: Las piernas se colocarán extendidas y ligeramente abiertas, poniendo las cintas de sujeción alrededor de los tobillos y fijándolas al cinturón estrecho mediante las tiras que tiene éste en su parte central.

3.- Miembros Superiores: Se colocarán los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, poniendo las cintas de sujeción alrededor de las muñecas y fijándolas al cinturón abdominal mediante las tiras que tiene éste en su parte central.

4.- Tórax: (opcional) las cintas para el tórax se fijarán, sobre el cinturón abdominal, pasándolas cruzadas por la zona clavicular en dirección a los hombros y fijándolas a su vez en el somier de la cama sobre la zona del cabecero (también se pueden fijar sobre un cinturón estrecho fijado en el cabecero de la cama).

- Las cintas se tensarán y anudarán a ambos lados del marco de la cama, **nunca a las barandillas.**
- La intensidad de la agitación o de la violencia del/de la paciente aconsejará **el tipo de sujeción:**
 - o **Sujeción completa:** inmovilización del tronco + 4 extremidades
 - o **Sujeción parcial:** inmovilización del tronco + 2 extremidades contralaterales.
- Las piernas deberán sujetarse extendidas y ligeramente abiertas para sujetarlas por los tobillos.
- Los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, para sujetarlos por las muñecas.

6.3 INDICACIONES

El siguiente protocolo será indicado en la siguiente situación:

- Pacientes agitados por causas orgánicas, psiquiátricas o derivadas del abuso-deprivación de sustancias tóxicas.
- Prevención de daños o lesiones inminentes al/a la paciente, cuando otros medios de contención (ambiental, verbal o farmacológica) han resultado ineficaces.
- Prevención de daños al entorno (familia, otros pacientes, profesionales, instalaciones...).
- Evitar disrupciones graves del programa terapéutico del/de la paciente u otros enfermos/as (arranque de vías, sondas, otros sistemas de soporte vital, etc.).
- Si lo solicita voluntariamente el/la paciente y existe justificación clínica y/o terapéutica.

6.4 CONTRAINDICACIONES

El siguiente protocolo será contraindicado en las siguientes situaciones:

- Orden Médica Expresa de No Aplicar.
- Si la situación puede resolverse con medidas alternativas.





- Si no hay personal suficiente.
- Como medida punitiva-represiva.
- Pacientes Policontusos.
- Pacientes con Fracturas.
- Pacientes con Diagnostico de Tromboembolismo.
- Pacientes con Problemas Respiratorios

6.5 EVALUACION

Se realiza a partir del cumplimiento de metas e indicadores de estructura, proceso y resultado.

La contención mecánica e inmovilización de pacientes tiene implicaciones ético-legales, por lo que existe obligación legal de documentar la prescripción y realización de esta intervención, dejando constar en la historia clínica, por parte de la enfermera y el médico correspondiente, fecha y hora en la que se realiza, razón de su indicación, procedimiento y situación clínica del paciente durante el procedimiento, así como si se han empleado medidas alternativas.

6.5.1 INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LA SUJECION MECANICA

El control de la calidad, de la sujeción o contención mecánica, se realizará a través de una evaluación anual de las contenciones mecánicas realizadas o un muestreo de éstas, en las que se revisarán los registros generados en las Historias Clínicas correspondientes.

La Oficina de Gestión de la Calidad y el Area de Seguridad de Pacientes, en coordinación con la Supervisora de Enfermería del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos y en el caso que exista, el grupo de trabajo de sujeciones mecánicas; realizará dicha evaluación, emitiéndose un informe de resultados, que se remitirá a la Dirección del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos y Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

El informe de evaluación, se realizará a través del seguimiento de los siguientes indicadores:

6.5.1.1 Nombre del Indicador: Tasa de Sujeción Mecánica Anual

Numerador: N° de Sujeciones Mecánicas realizadas en la Unidad, en un año.

Fuente: Historias Clínicas.

Denominador: N° de Estancias en la Unidad, en un año

Fuente: Unidad de Estadística.





VII. RECOMENDACIONES

7.1 Recomendaciones u 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.

7.2 Uso Mínimo de las Sujeciones:

Desarrollar estrategias de gestión alternativas para aquellos grupos de pacientes en los que la sujeción mecánica se emplea comúnmente:

A. Deterioro Cognitivo:

- Orientación continua en tiempo, espacio y persona.
- Alentar su participación en autocuidados.
- Animar a escuchar radio, televisión, conversar con familiares, amigos y/u otros pacientes.
- Ubicar a los pacientes con confusión cerca del control de enfermería.

B. Riesgo de Caídas y Problemas de Movilidad:

- Valoración del riesgo de caídas.
- Identificación de factores de riesgo.

C. Personas con Deambulación Errática:

- Comprobar que llevan pulsera identificativa.
- No dejarles solos.
- Proporcionarles actividades recreativas.

D. Usuarios que Manipulan los Equipos médicos:

- Terapia intramuscular en lugar de intravenosa.
- Manoplas o calcetines en las manos en lugar de sujeciones de muñeca.
- Proteger vías, sondas, para evitar su manipulación.

7.3 Disminuir el Riesgo de Lesión:

- 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.
- Evitar aislar al paciente inmovilizado, salvo que sea necesario por su propia seguridad





y debe permanecer vigilado y/o acompañado por familiares, cuidadores y/o personal sanitario.

- 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 y seguir las instrucciones del fabricante.
- No cubrir la cara del paciente como parte del proceso terapéutico.
- 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.

7.4 Medidas Postsujeción

La observación y el seguimiento del/de la paciente, durante el tiempo que dure la contención mecánica, la realizará **el/la psiquiatra** responsable en cada momento y **el personal de enfermería y auxiliares de enfermería** que estén a cargo del/de la paciente en cada turno.

La **evolución del/de la paciente** (psiquiatra c/ 8h) y las **incidencias** detalladas del plan de cuidado (Enfermería y Aux. Enfermería c/ turno) se anotarán en la Historia Clínica.

En los casos en los que el/la profesional de psicología clínica hiciese alguna evaluación del estado psicopatológico, en coordinación con el/la psiquiatra, lo anotará también en la Historia Clínica del/de la paciente.

La frecuencia de las rondas de observación dependerá de la situación clínica y de la previsión de posibles complicaciones orgánicas, estableciéndose como recomendación:

Una ronda de observación por **psiquiatría en la 1ª hora** tras la contención y **cada 8h**, en la que se confirmará el mantenimiento o cese de la medida.

Una ronda de observación por **enfermería cada 2h** y por **auxiliares de enfermería cada 30 minutos**. (15 minutos en caso de intoxicación o alteración nivel conciencia).

Estas pautas mínimas están **sujetas a variación** según indicación médica que así lo justifique.

La hora e incidencias de las Rondas de Observación se registrarán en la Historia Clínica del/de la paciente.





Dependiendo de la causa orgánica, que determina la sujeción del paciente, se puede prescribir tratamiento antitrombótico, para la prevención de enfermedad tromboembólica venosa; como Ácido Acetil Salicílico, Clopidogrel o Heparinas de Bajo Peso Molecular como Enoxaparina Subcutánea.

7.5 Aspectos a Observar y Monitorizar en el Tiempo que Dure la Sujeción

Un/a paciente inmovilizado/a requiere una máxima atención en la evaluación de su estado general y de sus necesidades fisiológicas y emocionales.

Durante el tiempo que se mantenga en esta situación, será necesario que, por turnos, y siempre y cuando sea necesario, **el personal de enfermería y auxiliares de enfermería**, vigile, monitorice y registre los siguientes aspectos:

- **Constantes Vitales** por turno y/o cuando se establezca según el estado general del/de la paciente; presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y temperatura.
- **Nivel de Conciencia:** efecto de la medicación y nivel de sedación. Supervisar también el estado mental del/de la paciente y la orientación en las 3 esferas: tiempo, espacio y persona.
- **Hidratación y Alimentación:**
 - ✓ Comprobar y registrar la hidratación adecuada del/de la paciente, ofreciendo líquidos siempre y cuando su estado lo permita.
 - ✓ Asegurar una dieta adecuada y registrar si la ingesta aumenta o disminuye.
 - ✓ Entregar cubiertos y demás utensilios con precaución y siempre que esté presente, durante su uso, algún profesional.
 - ✓ Valorar la posibilidad de ayuda total o parcial (dejando una mano con mayor rango de movimientos) para las comidas siempre que el estado del/de la paciente lo permita.
 - ✓ Realizar cuidados de higiene bucal si procede.
- **Eliminación Intestinal y Vesical:**
 - ✓ Vigilar el número y aspecto de las deposiciones y registrar por turno.
 - ✓ Valorar diuresis por turno; ofertar la botella o cuña.
 - ✓ En caso de retención urinaria, valorar medidas físicas y, si es necesario, poner sonda vesical.
- **Movilidad:**
 - ✓ Valorar cambios posturales mientras dure la inmovilización.
 - ✓ Supervisar signos de inflamación (enrojecimiento, tumefacción), heridas o quemaduras por rozamiento y coloración de la parte distal de las extremidades (palidez y cianosis), aparición de parestesias y disestesias en extremidades superiores o inferiores (hormigueo y pérdida de sensibilidad), temperatura distal, etc.
 - ✓ Liberar de forma rotativa una extremidad si el estado del/de la paciente lo permite.





- ✓ Valorar la administración de heparina si la inmovilización dura más de 24 h o más de 12 h y presenta factores de riesgo.

• Reposo y Sueño:

- ✓ Registrar horas de sueño nocturno, sueño interrumpido, somnolencia excesiva, pesadillas, insomnio.
- ✓ Valorar la necesidad de medicación hipnótica si es necesario.
- ✓ Facilitar el reposo administrando medicación y cuidados de enfermería en horarios adecuados.
- ✓ Evitar estímulos externos innecesarios (ruidos, luces, hablar en voz alta).

• Higiene Corporal:

- ✓ Realizar la higiene del/de la paciente y ayudarle en su autocuidado y bienestar al menos una vez por turno o cuando sea necesario, respetando en todo momento su sueño.
- ✓ Hidratar la piel.
- ✓ Aplicar AGHO (ácido graso hiperoxigenados) o similar en la zona de sujeción, coincidiendo con el aseo de primera hora de la mañana.
- ✓ Vestir al/a la paciente con pijama (excepto en los casos en los que la urgencia no lo ha permitido con anterioridad) y cubrirlo con una sábana.

• Peligros y Medidas Ambientales:

- ✓ Mantener cerrada la puerta de la habitación para proteger la integridad física de la persona con contención mecánica.
- ✓ Mantener la habitación con una temperatura y ventilación adecuadas (sobre todo si se ha realizado una neuroleptización rápida, ya que los neurolépticos entorpecen la regulación térmica del organismo).
- ✓ Reducir estímulos como ruidos o excesiva luz.
- ✓ Siempre que exista la posibilidad, el/la paciente permanecerá en una habitación individual que permita la mayor observación posible.

• Comunicación:

- ✓ Mantener la comunicación verbal para valorar el grado de control del/de la paciente.
- ✓ Escuchar activamente, facilitar soluciones sencillas y ofrecer todo aquello que podamos cumplir.
- ✓ Respetar, comprender y facilitar la relación terapéutica con el/la paciente.
- ✓ Evitar realizar comentarios negativos delante del/de la paciente cuando pensamos que no nos escucha.
- ✓ Valorar la actitud del/de la paciente ante la sujeción y su nivel de agitación, agresividad y ansiedad.

Se debe intentar que la inmovilización dure el menor tiempo posible. El tiempo máximo que se establece para toda sujeción de un/a paciente es el de 12 horas, prolongable a



un periodo que nunca debe superar las 72 horas. En cualquier caso, en cada prórroga se valorará la necesidad de prescribir tratamiento antitrombótico.

7.6.- Información Sobre la Adopción de la Sujeción

La utilización de la medida excepcional y urgente de sujeción mecánica y de acuerdo con el presente protocolo, como cualquier otra actuación sanitario-asistencial, deberá ser informada al/a la 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/a la paciente.

La información al/a la paciente y familiares, siempre que sea posible, debe darse con carácter previo, y si no, se dará posteriormente.

7.7.- Consentimiento Informado

- En los casos en los que el/la paciente, con capacidad y en condiciones de decidir dé su consentimiento para la adopción de la medida de contención, es conveniente que se recoja en un documento escrito firmado por el/la paciente. (ver documento anexo).
- En los casos de **paciente sin capacidad para tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de la situación**, se consultará a los familiares o a las personas vinculadas de hecho al/a la paciente, siempre y cuando las circunstancias lo permitan.
- En los casos en los que la **medida de contención tenga un carácter urgente**, que suele ser lo habitual, se informará a la familia después de indicar y realizar la sujeción.

7.8.- Comunicación Judicial

- En los casos de **ingreso voluntario**, en los que se practique **sujeción mecánica involuntaria**, se transformará el ingreso en involuntario y se dará parte al juez en un plazo no superior a 24 horas.
- En los casos de **ingreso voluntario**, en los que se practique **sujeción voluntaria** y con **capacidad de comprender y decidir**, no será necesaria la comunicación judicial, pero si será imprescindible el consentimiento informado.
- En los casos de **ingresos involuntarios con autorización judicial**, se informará al juez de la necesidad de sujeción mecánica si ésta se prolonga durante más de 12 horas.
- En los casos en los que se haga una comunicación judicial, se dejará constancia en la Historia Clínica y se incluirá una copia de ésta en la misma.





VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1

PROCEDIMIENTO DE SUJECION MECANICA

Hospital Nacional Hipólito Unanue Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos	PROCEDIMIENTO	Código: Versión: 001 Fecha elaboración: Mayo 2021 Validado: 2021 Página: 1 de 2
	SUJECION MECANICA	
Definición: Sistema de inmovilización mediante el uso de dispositivos, materiales o equipos aplicados cerca del cuerpo y que no pueden ser controlados o retirados fácilmente por el paciente y que previene o pretende prevenir el movimiento de la persona a una posición de su elección y/o un acceso normal a una parte de su cuerpo. Pudiendo ser parcial o total.		Consentimiento Informado Si () No (x)
Requisitos: Paciente Adulto / Pediátrico con indicación de Sujeción Mecánica valoradas por el médico: <ul style="list-style-type: none"> • Conducta violenta de un paciente con peligro para el mismo o para los demás • Situaciones que representen una amenaza para su integridad física (evitar caídas) • Contención temporal para recibir la medicación, realizar procedimientos invasivos (colocación de sondas, vías periféricas, etc.) • Alteración del estado de conciencia (agitación psicomotriz, desorientación, confusión, etc.) por diferentes etiologías. 		
Materiales: Barandas. Muñequeras. Chalecos de sujeción. Tobilleras acolchadas. Manoplas o mitones.		
Paso N°	Descripción de Acciones	Responsable
01	Recepción del paciente e ingreso al servicio de hospitalización.	Enfermera
02	Valorar la necesidad de sujeción mecánica, siendo la principal acción impedir las conductas que obliguen a usar la sujeción, recurriendo a ello como último recurso.	Médico / Enfermera
03	Informar a los familiares el procedimiento a realizar	Médico / Enfermera
04	Reducir la ansiedad del paciente, estimular su capacidad de pensar y explicar al paciente el procedimiento a realizar (en la medida de lo posible, según nivel de conciencia del paciente).	Médico / Enfermera
05	Disponer un entorno seguro. Respetar la intimidad del paciente.	Enfermera
06	Seleccionar el tipo de sujeción.	Enfermera
07	Valorar el estado de la piel (lesiones, heridas, suturas, hematomas, presencia de catéteres) y elegir las zonas adecuadas donde aplicar la sujeción.	Enfermera
08	Asumir el liderazgo del equipo al momento de iniciar la sujeción mecánica.	Enfermera
09	Designar a una persona para dirigir el procedimiento: Reducción-Traslado-Tumbar en Cama- Sujeción.	Enfermera





10	Permitir con la sujeción seleccionada el máximo de movilidad posible, no apretar las sujeciones de los miembros en exceso, para evitar lesiones por compresión.	Enfermera / Téc. de Enfermería
N° Paso	Descripción de Acciones	Responsable
11	En caso de paciente agitado que se encuentra deambulando, iniciar con contención física en la que cada miembro del equipo sujeta cada una de las extremidades del paciente en el siguiente orden: un integrante del equipo cogerá el miembro inferior derecho, el siguiente cogerá el miembro inferior izquierdo, el siguiente cogerá el miembro superior derecho, el siguiente cogerá el miembro superior izquierdo y el siguiente sostendrá la cabeza del paciente; ligeramente separadas de la cama y se traslada al paciente a la cama. Se debe permitir un mínimo de movimiento y evitar cianosis o dolor en manos y pies.	Enfermera/Equipo de Sujeción
Aplicación del Sistema de Sujeción		
12	Posición del paciente: Decúbito supino, excepto: Pacientes intoxicados o con disminución de conciencia: Decúbito lateral izquierdo (posición de seguridad)	Enfermera/Técnico Enfermería
13	Secuencia del proceso de inmovilización: • Inmovilización Total: 1. Colocación de Cinturón Abdominal. 2. Sujeción de Miembros Inferiores. 3. Sujeción de Miembros Superiores.	Enfermera/Técnico Enfermería
14	• Inmovilización parcial: Sistema de Sujeción en Diagonal: Brazo Izquierdo – Pierna Derecha o viceversa. No se debe inmovilizar un único miembro	Enfermera/Técnico Enfermería
15	Evaluar al paciente con sujeción mecánica cada 15 minutos, las 2 primeras horas. Proteger en todo momento la privacidad, dignidad y autoestima del paciente.	Enfermera
16	Luego cada 30 minutos para prevenir complicaciones; manchas de presión, laceraciones, edemas, equimosis, contracturas, flictenas, estrangulamientos, cianosis distal e hipotermia. Volviendo a sujetar si están muy apretadas.	Enfermera
17	Realizar cambios posturales periódicos (cada 2 horas como mínimo).	Enfermera
18	Valorar por turno la necesidad o conveniencia de continuar con la sujeción para evitar complicaciones e informar al médico tratante.	Enfermera
19	Registrar tipo y localización de la sujeción, hora en que se coloca y revisa, así como las incidencias ocurridas por turno.	Enfermera





ANEXO N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SUJECIÓN MECANICA

Nombre y Apellidos del Paciente.....

N° DNI/Carnet Extranjería.....

Edad:.....Sexo:.....Fecha de Ingreso:.....Hora:.....

(Para residentes con incapacitación judicial o presuntos incapacitados)

Nombre y Apellidos de la Persona Representante/Familiar/Tutor (a):.....

.....

N° DNI/Carnet Extranjería:.....Parentesco o Relación:.....

Nombre y Apellidos del Médico que prescribe:.....

Número de Colegio Médico/RNE.....; considera necesario aplicar la/s siguiente medida/s de sujeción física:

• **Medida/s de sujeción, características de colocación y tiempo de aplicación:**

.....

.....

.....

• **Motivos de la/s medida/s:** _____

• **Sistemas intentados con anterioridad que hayan fracasado:** _____

• **Otras actuaciones complementarias: vigilancia especial ante situaciones de riesgo, cambios posturales, otros:** _____

• **Fecha de Inicio:** _____ **Fecha Finalización:** _____ **Plazo de Revisión:** _____

Sujeción física es la intencionada limitación de la espontánea expresión o comportamiento de una persona, de la libertad de sus movimientos, su actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicado sobre ella, o adyacente a su cuerpo, del que no puede liberarse con facilidad. Es un procedimiento que supone riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud, que se puede rechazar sin temor al abandono del cuidado debido. Las sujeciones físicas pueden producir a corto plazo los siguientes efectos:





FISICOS	PSICOLOGICOS
Dolor	Miedo
Lesiones en las zonas de contacto del dispositivo (úlceras y laceracion	Verguenza
Lesiones inmediatas al intentar librarse la persona de ellas (fracturas, agotamiento por forcejeo, muerte súbita).	Agresividad
Lesiones por compresiones mantenidas de alguna parte del cuerpo (problemas circulatorios graves, neurológicos e incluso muerte por asfixia).	Aislamiento

Cuando se usan por largo tiempo, varias horas al día, durante varios días pueden producir los siguientes efectos:

FISICOS	PSICOLOGICOS
Aumentan el Riesgo de que se produzcan Úlceras por Presión	Ira/Agresividad
Aumentan el Riesgo de infecciones	Depresión
Aumentan el riesgo de Incontinencia	Aislamiento Social
Disminución del Apetito/Aumento del Riesgo de Desnutrición	Apatía
Aumentan el Riesgo de Estreñimiento e Impactación Fecal	Problemas de Conducta
Pérdida del Tono y Fuerza Muscular	Confusion
Mayor Riesgo de Caídas	Malestar Psicosocial

Los daños que pueden producir métodos y dispositivos no adecuados y/o no homologados para esos fines son imprevisibles y no han sido considerados en esta información. Asimismo, las complicaciones a corto y largo plazo aquí descritas no son todas las posibles, por lo que deben ser interpretadas como las consecuencias más frecuentemente evidenciadas y ejemplos de lo que puede ocurrir. Por lo que las personas expertas solo aceptan recomendar un uso puntual y limitado, en situaciones en que son absolutamente inevitables utilizando únicamente materiales homologados y en perfecto estado de mantenimiento.

Además, en su caso personal los riesgos son:

(Consignar sólo cuando existan riesgos individuales previsibles)

Firma y Nº Colegio Médico/RNE Responsable:

Fecha:..... Hora:.....





PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA
Y CUIDADOS CRÍTICOS



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Yo;con historia clínica N°..... identificado(a) con DNI N°..... DECLARO haber comprendido y recibido información clara y completa sobre la aplicación de medidas de sujeción mecánica, los riesgos inherentes al mismo, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el (la) médico tratante (a)..... con CMP..... y RNE..... del Hospital Nacional Hipólito Unanue, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria por lo que declaro estar debidamente informado (a), y firmo el consentimiento para la aplicación de medidas de Sujeción Mecánica, conociendo que el consentimiento informado puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Lima;de.....20.....

.....
Firma del paciente
DNI N°



Huella

.....
Firma del familiar
DNI N°



Huella

DENEGACIÓN

Yo;con historia clínica N°..... identificado (a) con DNI N°..... después de haber comprendido y recibido información clara y completa sobre los beneficios y riesgos de la aplicación de las medidas de sujeción mecánica, de forma libre y consciente expreso mi DENEGACIÓN para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Lima; de 20.....

.....
Firma del paciente
DNI N°



Huella

.....
Firma del familiar
DNI N°



Huella





PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA
Y CUIDADOS CRÍTICOS



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo,.....con historia clínica N°..... identificado (a) con DNI N°..... de forma libre y consciente he decidido RETIRAR EL CONSENTIMIENTO y no deseo proseguir con la aplicación de medidas de sujeción mecánica, que doy con esta fecha como finalizado. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Lima; de 20.....

.....

Firma del paciente
DNI N°

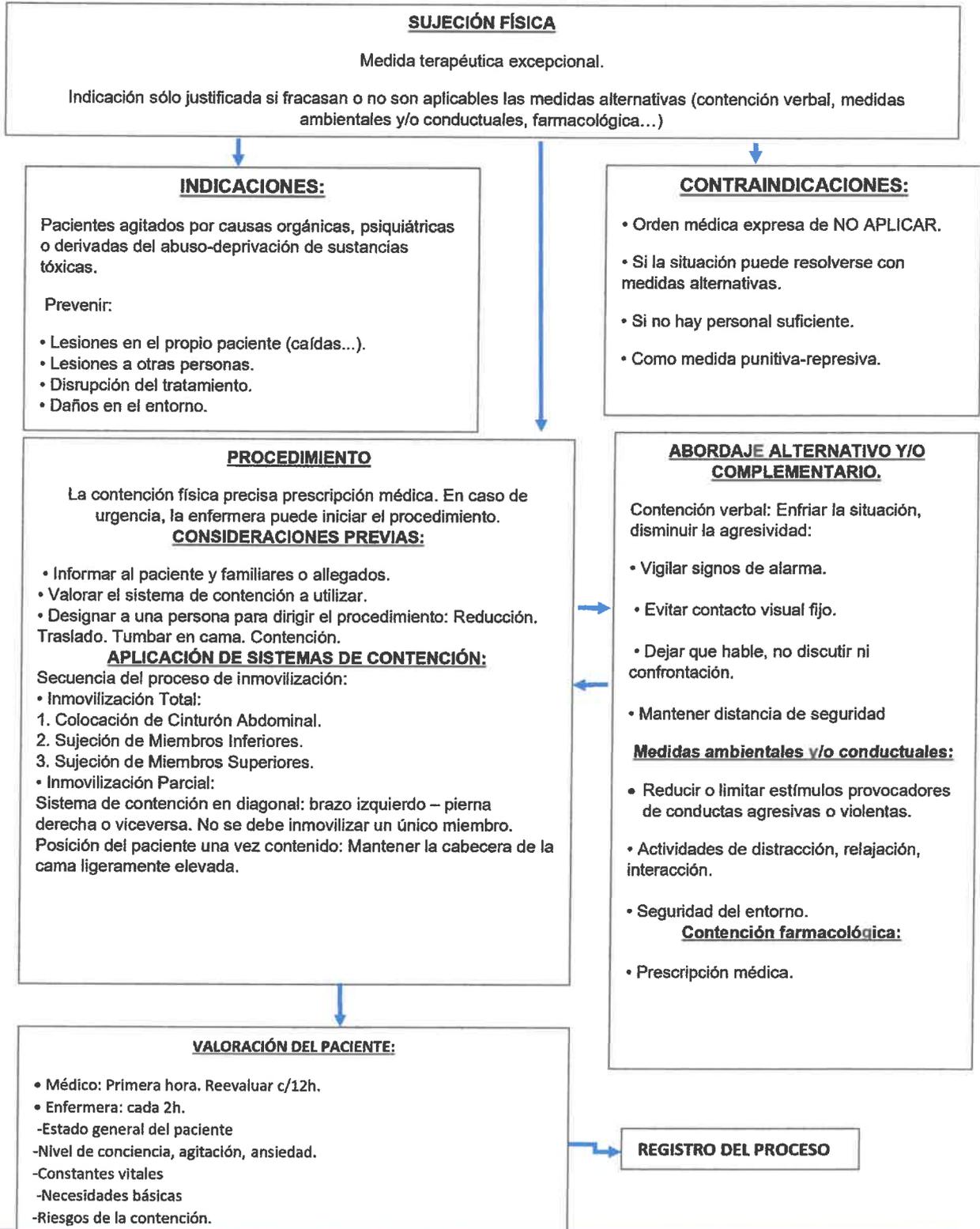
.....

Firma del familiar
DNI N°





ANEXO N° 3.- ALGORITMO DE DECISIONES





ANEXO N° 4

FICHA DEL INDICADOR

Tasa de Sujeción Mecánica Anual	
CONCEPTO/DEFINICIÓN	Proporción de pacientes hospitalizados que han sido sujeto de Sujeción Mecánica.
OBJETIVO	Establecer medidas de cuidado y prevención cuando se detecte la presencia de factores de riesgo, como conducta violenta o situaciones que representan una amenaza para su integridad física.
FORMULA DE CALCULO	$\frac{\text{N° de Sujeciones Mecánicas realizadas en la Unidad, en un año}}{\text{N° de Estancias en la Unidad, en un año}}$
FUENTE DE DATOS	Registro en Historias Clínicas. Registro Estadístico de Estancias Hospitalarias.
PERIODICIDAD	Anual
INTERPRETACIÓN	Indicador de Proceso
ESTANDAR	<1 %





PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA
Y CUIDADOS CRÍTICOS



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

ANEXO N° 5

	PERÚ Ministerio de Salud	Instituto de Gestión de Servicios de Salud	DIRECTIVA SANITARIA NR005 - IGSS/V.01	Fecha: 15 /09 /16
--	--------------------------	--	--	----------------------

ANEXO N° 01

- L. ROSALES P.
- DORIS PÉREZ LA
- L. FUENTES T.
- L. PENA D. S.
- L. QUIROZ
- Y. NUÑEZ S.
- J. TONAR

FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

N° DE FICHA:

FECHA DE NOTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

INCIDENSO DE SALUD / MED DE SALUD:

A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

N° DE HISTORIA CLÍNICA:

SEXO DEL PACIENTE:

EDAD:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

B. UBICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE

UNIDAD / SERVICIO:

C. SEVERIDAD (MARCAR CON UNA "X" SEGÚN CORRESPONDA)

INCIDENTE EVENTO ADVERSO EVENTO CENTINELA

* Este evento adverso puede haber ocurrido en días anteriores a este paciente
** Este establecimiento no pertenece al IGSS, es privado o de carácter no lucrativo, no pertenece al territorio de la red de servicios
*** Este evento adverso se refiere a un evento adverso, lesión física o psicológica o a la pérdida de un miembro o a la pérdida de un órgano vital

D. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO

FECHA DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO:

HORA APROX. DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO:

BRIEF DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO:

E. EJEMPLOS DE EVENTOS ADVERSOS:

EVENTOS ADVERSOS GENERALES (PUEEN OCURRIR EN CUALQUIER SERVICIO)	
Trasferencia de paciente con error	
Error de la identificación del paciente	
Falsificación de datos de laboratorio	
Error en la aplicación de medicamentos, transfusiones de sangre y administración de alimentos	
Errores en el modo de utilizar equipos y dispositivos	
Reacción de contaminación	
Caídas por eventos	

EVENTOS ADVERSOS QUÍMICOS	
Caídas en el lugar de trabajo del paciente	
Exposición al oxígeno durante procedimientos que generan	
Exposición al oxígeno durante procedimientos que generan	
Exposición de heridas quirúrgicas	
Exposición entre procedimientos	

EVENTOS ADVERSOS FÍSICOS	
Exposición al oxígeno durante procedimientos que generan	
Exposición al oxígeno durante procedimientos que generan	
Exposición de heridas quirúrgicas	
Exposición entre procedimientos	

F. EJEMPLOS DE EVENTOS CENTINELAS

EVENTOS ADVERSOS QUÍMICOS	
Caídas en el lugar de trabajo del paciente	
Exposición al oxígeno durante procedimientos que generan	
Exposición al oxígeno durante procedimientos que generan	
Exposición de heridas quirúrgicas	
Exposición entre procedimientos	

EVENTOS ADVERSOS FÍSICOS	
Caídas en el lugar de trabajo del paciente	
Exposición al oxígeno durante procedimientos que generan	
Exposición al oxígeno durante procedimientos que generan	
Exposición de heridas quirúrgicas	
Exposición entre procedimientos	

BASE LEGAL: Decreto Supremo N° 005-2005-SA que Aprueba el Reglamento de Infecciones y Síndromes de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD





PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UÑANUE
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA
Y CUIDADOS CRÍTICOS



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

ANEXO N° 6: CRITERIOS DE EVALUACION

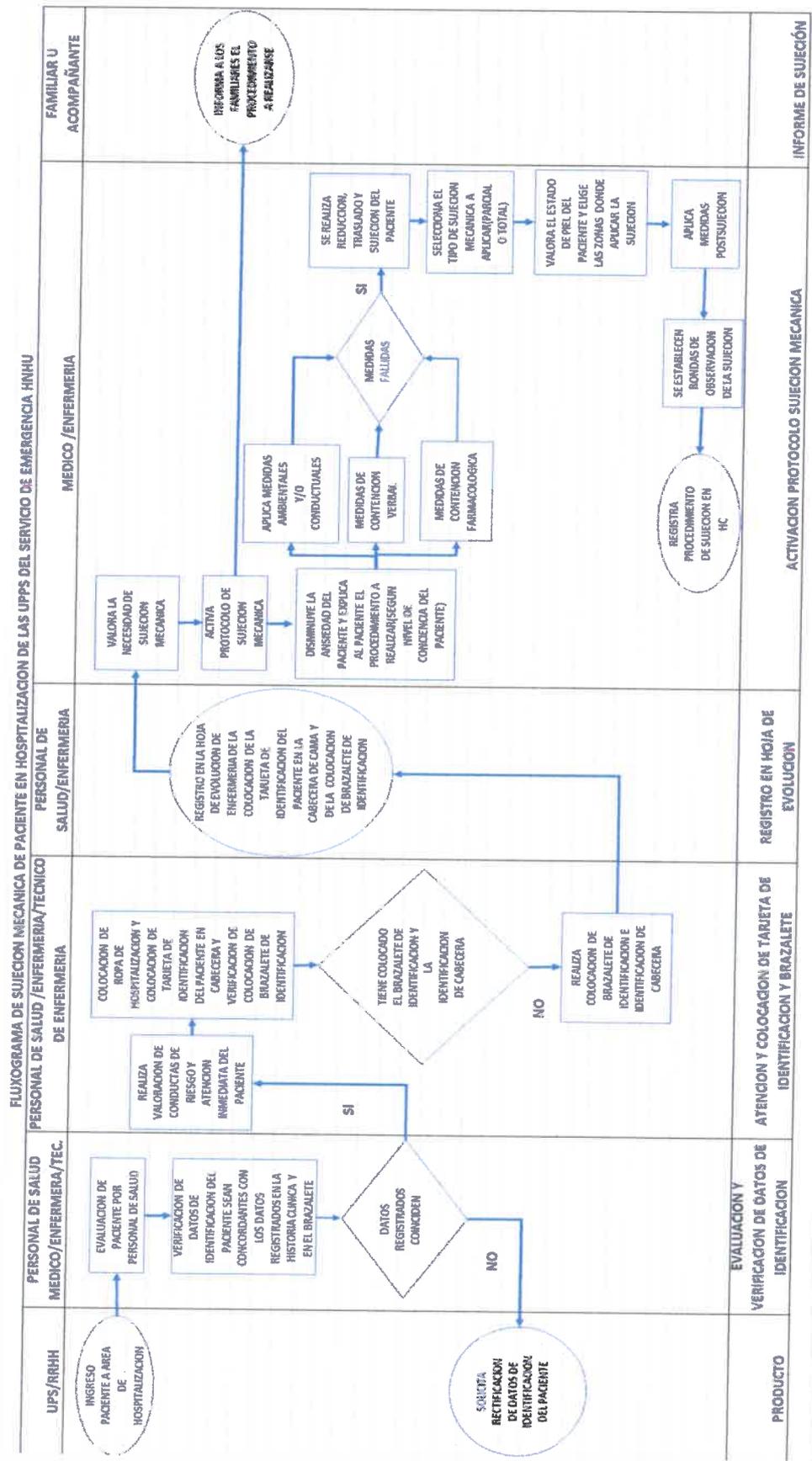
BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGIA DE EVALUACION DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD REFERENCIAL	CUMPLE		
				SI	NO	N.A
SUJECIÓN MECANICA	En casos de sedación o deterioro cognitivo severo se utilizarán barra de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	Observar según sea el caso, el uso de sujeción mecánica.	Nota Descriptiva N° 344-Caidas -Organización Mundial de la Salud/Estándares para la Acreditación de Hospitales de la Joint Commission International.			
	Protocolo que establezca, población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diferentes mecanismos de sujeción mecánica.	Verificar la existencia del protocolo respectivo.	Nota Descriptiva N° 344-Caidas -Organización Mundial de la Salud/Estándares para la Acreditación de Hospitales de la Joint Commission International.			
	Sistema de registros específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.	Nota Descriptiva N° 344-Caidas -Organización Mundial de la Salud/Estándares para la Acreditación de Hospitales de la Joint Commission International.			
	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	Verificar el retiro fácil de las técnicas de inmovilización utilizadas.	Nota Descriptiva N° 344-Caidas -Organización Mundial de la Salud/Estándares para la Acreditación de Hospitales de la Joint Commission International.			
	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	Verificar la movilidad del paciente.	Nota Descriptiva N° 344-Caidas -Organización Mundial de la Salud/Estándares para la Acreditación de Hospitales de la Joint Commission International.			
	Si el paciente se encuentra en decúbito prono, asegurar que las vías aéreas no estén obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se vea limitada.	Verificar que no estén obstruidas las vías aéreas.	Nota Descriptiva N° 344-Caidas -Organización Mundial de la Salud/Estándares para la Acreditación de Hospitales de la Joint Commission International.			
	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	Verificar en la HC, la indicación y cumplimiento de cambios periódicos de la inmovilización y verificación insitu de la ausencia de úlceras por presión en cualquier grado.	Nota Descriptiva N° 344-Caidas -Organización Mundial de la Salud/Estándares para la Acreditación de Hospitales de la Joint Commission International.			





"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

ANEXO N° 7

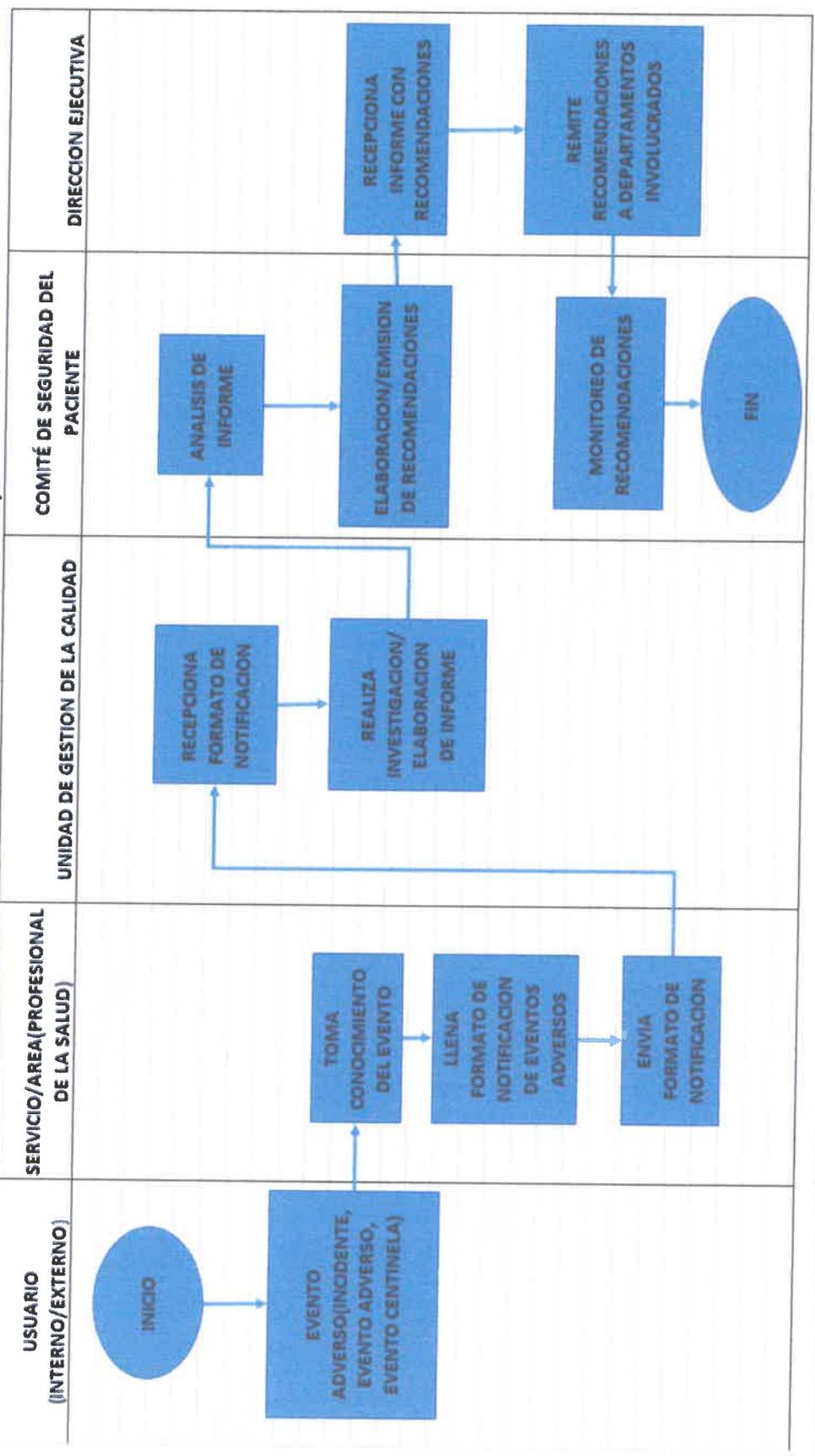




"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

ANEXO N° 8

FLUXOGRAMA DE NOTIFICACION DE EVENTOS ADVERSOS/INCIDENTES





ANEXO N° 9

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los siguientes profesionales firmantes, declaramos no tener conflicto de interés con respecto a las recomendaciones del protocolo, no tener ningún tipo de relación financiera o haber recibido financiación alguna por cualquier actividad en el ámbito profesional académico o científico.

GRUPO ELABORADOR DEL PROTOCOLO DE SUJECCIÓN MECÁNICA DEL PACIENTE	DEPARTAMENTO/ SERVICIO	FIRMA Y SELLO
MC. Irma Valdiviezo Pacora	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos/Emergencia	MC. IRMA VALDIVIEZO PACORA CMP 45872 RNE 14336 Medico Jefe del Depto. de Emergencia y Cuidados Críticos HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
MC. Augusto Cruz Chereque	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos/Emergencia	MC. AUGUSTO SHERLOCK CRUZ CHEREQUE CMP 051177 RNE 0 8112 MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
MC. Jesús G. Huarancca PARRALES	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos/Emergencia	DR. JESUS G. HUARANCCA PARRALES MEDICO Jefe de Emergencia RNE 8207
Lic. Aydee Ramirez Carrasco	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos/Emergencia	Lic. Aydee Ramirez Carrasco MEDICO Jefe de Emergencia y Cuidados Críticos
Lic. Dora Cuno Huarcaya	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos/UCI	LIC. DORA CUNO HUARCAYA GEP RNE 877
Lic. Jesús F. Herrera de Quíñonez	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos/UCI	Lic. Floriano Herrera Lic. en Enfermería CEP 10932
Lic. Iris Soreano Vasquez	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos/UCI Neonatología	Lic. Iris Soreano Vasquez CEP 30540 REE 5 Enfermera Jefe Neonata Hospital Nacional Hipólito Unanue

LIMA 27 DE MAYO DEL 2021

Conflicto de interés:

Un conflicto de interés se produce en aquellas circunstancias en que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar influenciado en exceso por otro interés secundario, sea este un beneficio financiero, de prestigio y promoción personal o profesional.

Los conflictos de interés más fácilmente identificables son los económicos, pero puede existir de otro tipo de circunstancias como relaciones personales, vinculaciones de familiares directos, implicaciones en proyectos académicos que tienen que ver con el protocolo.





En las relaciones de los profesionales con la industria de la salud (farmacéutica, tecnología sanitaria, etc) se pueden considerar 6 tipos de interacciones financieras:

- Apoyo para acudir a reuniones y congresos (inscripciones, becas de viaje, etc.).
- Honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria.
- Financiación de programas educativos o actividades de formación.
- Apoyo y financiación de una investigación.
- Empleo como consultante para una compañía farmacéutica.
 - Accionista o intereses económicos en una compañía farmacéutica





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA
Y CUIDADOS CRÍTICOS



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Protocolo de contención mecánica. Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. Servicio Extremeño de Salud. Octubre 2007.
2. Protocolo de contención mecánica. Unidad de Hospitalización Breve del Hospital de Llerena. Servicio Extremeño de Salud. 2008
3. Protocolo de contención mecánica. Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia. Servicio Extremeño de Salud. 2011
4. Protocolo de contención mecánica. Unidad de Hospitalización Breve del Hospital de Mérida. Servicio Extremeño de Salud. 2011
5. Protocolo de contención mecánica. Centro Sociosanitario de Plasencia. Sepad. 2014
6. Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes. Unidad de Calidad. Hospital Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata. 2014.
7. Elvira Peña, L, Rodríguez Pérez, B. Cuaderno Técnico de Salud Mental. Seguridad del/de la paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios en Salud Mental. Subdirección Salud Mental y Programas Asistenciales. Servicio Extremeño de Salud. 2011.
8. Elvira Peña, L. Cabrera Herrera, A. Cuaderno Técnico de Salud Mental. Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria.. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. SES. 2008.
9. Elvira Peña, L. Cabrera Herrera, A. Cuaderno Técnico de Salud Mental. Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Media Estancia.. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. SES. 2007.
10. Federación Mundial de la Salud Mental. Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental. Organización de Naciones Unidas, Auckland, 1989. <http://www.wfmh.org/PDF/DeclarationHR&MH.pdf>
11. Alerta N°5: Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización del/de la paciente. Centro de Investigación para la seguridad clínica de los/las pacientes. Fundación Avedis Donavedian. • Protocolo de contención de pacientes. Hospital universitario príncipe de Asturias. [Consultado 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.fundacionmanantial.org>
12. Protocolo operativo contención mecánica. Hospital universitario central de Asturias. [Consultado 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.hca.es>
13. Seguridad del/de la paciente: Protocolo de contención mecánica e inmovilización del/de la paciente. Hospital Universitario San Cecilio. Servicio Andaluz de Salud. Granada. 2007 • Protocolo de contención mecánica y terapéutica. Hospital Verge dels Liris. Agencia Valenciana de Salud. 2010. • Procedimiento de Enfermería sobre Contención Mecánica (CM) o Sujeción Terapéutica. U.G.C. Medicina Interna. [Consultado 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es> • Serie de nuevas estrategias en salud mental: Protocolo de contención mecánica. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2010. [Consultado 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es> .
14. Protocolo asistencial, contención mecánica. Hospital General Ciudad Real. 2010. [Consultado 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.hguocr.es>





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA
Y CUIDADOS CRÍTICOS



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

15. Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. Protocolo consensuado. Revisión 2012. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. SESCAM. 2012. [Consultado 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.chospab.es>
16. Protocolo de sujeción mecánica y su control. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Servicio Andaluz de Salud. 2012.
17. Protocolo sobre el uso de contención mecánica en el tratamiento de pacientes agitados en el ámbito hospitalario de la RSMB. Osakidetza. 2015.
18. Protocolo de inmovilización: indicación y cuidados. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Servicio Madrileño de Salud. 2015.
19. Ramos Brieva, J.A. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento. Barcelona: Ed. Masson; 1999.
20. Directiva-Essalud-2012-Practicas Seguras Para La Prevención Y Reducción De Riesgo De Caídas.
21. Protocolo Consensuado. Revisión 2012. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).
22. Protocolo de Contención Mecánica de las Unidades de Hospitalización de Psiquiatría de la Red de Salud Mental de Extremadura-Febrero 2017.
23. Protocolo de contención de movimientos en pacientes. Hospital Clínico San Carlos y Hospital de La Fuenfría; 2010.
24. Prevención de caídas y lesiones derivadas de las caídas en personas mayores. Guía de buenas prácticas en Enfermería. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Proyecto de Guías de buenas prácticas en Enfermería. [Internet] [Acceso 6 de junio 2012]. Disponible en: <http://www.mao.org/bestpractices>.
25. Seguridad del paciente: Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes. Granada. Dirección de Enfermería. Hospital Universitario San Cecilio; 2007.
26. Protocolos: protocolo de contención. Servicio Vasco de Salud. Hospital Psiquiátrico de Álava. [Internet] Disponible en www.aesm.net.
27. Ramos Brieva J.A. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento. Barcelona: Ed. Masson; 1999.
28. Molina Alen E. Manejo de enfermería en pacientes con cuadro de agitación. Ed. Glosa 2002.
29. Behavioral Health Care Restraint and Seclusion Standards. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2002.
30. Protocolos de contención y prevención de caídas. Hospital Da Costa. Burela. Lugo. 2002.
31. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Prevención de caídas. Recomendación científica 10/05/10 de 25 de junio de 2009.
32. Guía para la contención física de pacientes. Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial Servicio Cántabro de Salud. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Primera edición: marzo de 2011 ISBN: 978-84-692-2676-6. Depósito Legal SA-249-2011
33. Alarcón Alarcón, I. Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI ¿necesidad o falta de formación? Rev. Esp Geriatr Gerontol 2001; 36 (1): 46-50.
34. Sujeciones mecánicas 1ª Parte: Uso en Unidades de Agudos y Residencias. [Internet] Best Practice. Evidence Basad Practice Information Sheets for Health Professionals





PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA
Y CUIDADOS CRÍTICOS



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

- 2002; 6 (3):1-6 ISSN 1329-1874. Actualizado: 20-03-2007. Disponibles en www.joannabriggs.edu.au [Acceso 22 de mayo de 2012]
35. Sujeciones mecánicas 2ª Parte: Disminución del uso en Unidades de Agudos y Residencias. Best Practice. Evidence Basad Practice Information Sheets for Health Professionals 2002, 6(4):1- 6 ISSN 1329-1874. Actualizado: 10-04-2007. [Internet] Disponibles en www.joannabriggs.edu.au [Acceso 22 de mayo de 2012]
36. Caroff SN. Mann SC. Neuroleptic malignant syndrome. Med Clin N Am 1993;77:185-202.

