PROTOCOLO DE INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA

SERVICIO DE SALUD

DE CASTILLA-LA MANCHA

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

PROFESIONALES PARTICIPANTES

Coordinación:

- Mª Luz Fernández Marín, Asesora de la Dirección Regional de Salud Mental de SESCAM (2012 – 2015).
- José Antonio López Cócera, Asesor de la Dirección Regional de Salud Mental de SESCAM (2012 – 2015).

Elaboración:

- Natividad Alarcón Tobarra, Supervisora de Enfermería de Salud Mental Unidad de Media Estancia del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- Milagros Cortijo Santos, Supervisora de Enfermería de Salud Mental del Hospital General Universitario de Guadalajara.
- Rocío Gómez Porro, Supervisora de Enfermería de Salud Mental del Hospital Universitario de Ciudad Real.
- Daniel Olivares Zarco, Facultativo Especialista Psiquiatría del Hospital General Universitario de Guadalajara. excoordinador del Grupo Regional de Trabajo de Unidades de Hospitalización Breve de Salud Mental.
- Leonor Oviedo López, Supervisora de Enfermería de Salud Mental del Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina.
- Ana María Pérez Vera, Enfermera de la Unidad de Media Estancia de Salud Mental del Hospital Virgen de La Luz de Cuenca.
- Juana Ruiz García Enfermera de la Unidad de Hospitalización Breve de Salud Mental del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
- Grupo Regional de Trabajo de Unidades de Hospitalización Breve de Salud Mental.
- Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Ciudad Real.

- Unidad de Calidad del Hospital Universitario de Ciudad Real.

Revisión:

- Jaime Domper Tornil, Director Regional de Salud Mental, SESCAM (2012 – 2014).
- Víctor Devolx Neyra Coordinador Regional Adjunto de Salud Mental SESCAM.
- Mª Luz Fernández Marín, Asesora de la Dirección Regional de Salud Mental. SESCAM (2012 – 2015).
- José Antonio López Cócera, Asesor de la Dirección Regional de Salud Mental. SESCAM (2012 – 2015).
- Teresa Rodríguez Cano, Coordinadora Regional de Salud Mental del SESCAM.
- Ignacio Redondo García, coordinador de enfermería de Salud Mental del SESCAM

INDICE

1. JUSTIFICACIÓN 4-10

1.1. Evidencia científica sobre Inmovilización Terapéutica

1.2. Aspectos ético legales relacionados con la Inmovilización Terapéutica

2. DEFINICIONES Y SIGLAS 11-12

2.1. Definiciones

2.2. Siglas

3. OBJETIVO Y POBLACIÓN DIANA 12-14

3.1. Objetivo

3.2. Población Diana

4. RECURSOS NECESARIOS 14-17

4.1. Recursos humanos

4.2. Recursos materiales

5. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA 18-23

5.1. Abordaje verbal

5.2. Medidas ambientales y/o conductuales

5.3. Abordaje farmacológico

5.4. Inmovilización terapéutica

6. CUIDADOS EN LA INMOVILIZACIÓN TERAPEÚTICA 24-30

6.1. Instauración y seguimiento del paciente inmovilizado.

6.2. Retirada de la IT.

6.3. Derivación del paciente.

7. PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES 30

8. REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA 31

9. ANEXOS 32-38

10. EVALUACIÓN 39

11. BIBLIOGRAFÍA 40-41

1 JUSTIFICACIÓN

Los usuarios de los servicios de salud, especialmente aquellos que se encuentran en situación psicopatológica aguda, son vulnerables a un gran número de riesgos potenciales. Estos riesgos pueden derivarse de su propia conducta, del comportamiento de otros pacientes o de los procedimientos y cuidados que reciben. El hecho de sufrir una merma en sus capacidades cognitivas, volitivas y de introspección, aumenta aún más su vulnerabilidad.

Desde finales de la década de los 90 las organizaciones sanitarias han comenzado a prestar especial atención a la seguridad de sus procedimientos y estructuras asistenciales, así como a la identificación de incidentes, efectos adversos, sus consecuencias y posibilidades de mejora.

Los usuarios de los sistemas sanitarios son cada vez más conscientes de la necesidad de un entorno seguro y solicitan ser agentes activos de su salud. Los procedimientos son cada vez más efectivos pero a la vez más complejos y fragmentarios. A pesar de los esfuerzos por implantar una medicina basada en la evidencia científica, sigue existiendo una gran variabilidad en las prácticas asistenciales.

La seguridad del paciente es un elemento clave y prioritario de la calidad. Los errores y la falta de calidad redundan en perjuicios para usuarios y profesionales, aumentando los gastos sanitarios. La mayoría de estos errores se relacionan con el entorno asistencial, por lo que es necesario ir más allá de un modelo centrado en la depuración de la responsabilidad personal y la negligencia individual.

Debe ser la organización en su conjunto la que requiere ser evaluada y en donde deben implementarse actuaciones de mejora.

La atención a las personas con trastornos mentales más graves requiere una especial atención en cuanto a la seguridad de sus procedimientos y estructuras asistenciales.

Podemos considerar a las unidades de hospitalización como entornos de riesgo, ya que atienden a pacientes vulnerables que en muchos casos sufren alteraciones cognitivas, del juicio de realidad y de la conducta, y que podrán ser sometidos a ingresos e intervenciones terapéuticas involuntarias (con el consiguiente riesgo de quiebra de derechos). Algunos de estos pacientes no cumplimentan adecuadamente los tratamientos prescritos, intentarán abandonar la unidad hospitalaria, o presentarán comportamientos suicidas o heteroagresividad.

La inmovilización terapéutica, frecuente en este entorno, es una práctica de riesgo con numerosas complicaciones.

La IT debe ser una técnica terapéutica que se utiliza en situaciones extremas para controlar conductas que suponen alto riesgo tanto para el propio paciente como para otros pacientes y profesionales sanitarios, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas como el abordaje verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y el abordaje farmacológico.

El Consejo de Europa recomienda la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales (recomendación del comité de Ministros de 22 de septiembre del 2004) aplicando principios de restricción mínima y de proporcionalidad para el uso de medios coercitivos, así como la exigencia de su control médico, el registro por escrito y un seguimiento continuado en el empleo de todas las medidas.

La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del 2009-2013 recoge en sus objetivos y recomendaciones líneas de trabajo para mejorar la aplicación de la contención involuntaria:

En el objetivo general 5 relata:

> Implantar procedimientos de contención involuntaria que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto a los derechos y la dignidad de los/as pacientes.

En el objetivo específico 5-3 describe:

Regular por medio de protocolos, los procedimientos para **IT**, el tratamiento involuntario de pacientes hospitalizados y medidas restrictivas dentro del ordenamiento jurídico.

Recomendaciones

-Se elaborarán protocolos y vías para pacientes que requieran contención física y tratamiento involuntario durante la hospitalización.

-Los protocolos se ajustarán a la legislación vigente y contemplarán el principio de la mínima restricción necesaria, el respeto y la dignidad de las personas, evitando la estigmatización y poniendo especial énfasis en la agilidad y la reactividad del procedimiento.

En el Servicio Castellano Manchego de Salud antes de la elaboración de este protocolo se disponía de varios documentos para guiar la instauración de la IT en los distintos dispositivos sanitarios, todos ellos con el objetivo de articular un procedimiento de máxima dificultad en cuanto a los criterios de aplicación, pero con diferencias en algunos casos significativas.

Desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Calidad se valoró la necesidad de elaborar un procedimiento armonizado, consensuado, versátil para que fuese referencia para los centros y profesionales del SESCAM en la aplicación de IT.

La atención a las personas que requieran de un tratamiento hospitalario ha de basarse siempre en una práctica que garantice el respeto a su dignidad personal y a sus derechos.

Cuando se trata de pacientes que por razones de su enfermedad tienen disminuida su competencia y, por tanto, su capacidad para decidir con autonomía, puede ser necesario el uso de medidas de tipo restrictivo.

Las medidas restrictivas más habituales son: la hospitalización involuntaria, la IT, el aislamiento y la limitación de comunicación con el exterior (visitas, teléfono y correo).

En el medio sanitario la IT es una práctica utilizada en distintos servicios hospitalarios (Urgencias, Medicina Interna, Psiquiatría, Unidad de Cuidados Intensivos, Geriatría…), dadas las dificultades para prestar la atención y el tratamiento de algunos pacientes.

La IT de un paciente supone en sí misma un trauma físico como psicológico que afecta al paciente.

En torno al procedimiento surgen múltiples connotaciones de orden físico, psíquico y legal por lo que es especialmente importante una adecuada protocolización del mismo.

1.1 EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE IT

Teniendo como referencia en niveles de Evidencia Científica la escala de Joanna Briggs Institute.

En la revisión realizada se han encontrado estudios de al menos un ensayo controlado aleatorizado (Nivel de evidencia II) sobre IT que recomiendan:

- La formación sobre IT con consulta de un experto o sin ella puede reducir el número de IT no seguras en el ámbito geriátrico.

- Estimular la formación y entrenamiento del personal sanitario en alternativas que eviten el uso de las sujeciones y en las pautas a seguir en el caso de tener que utilizar la contención y/o inmovilización de pacientes. La formación sobre IT puede reducir con seguridad su uso.

En la revisión realizada también se han encontrado estudios obtenidos de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados, estudios de cohortes, de casos controles o de series temporales con grupo control o sin el y en estudios de series de casos pre y post test o solo post test (Nivel de Evidencia Científica III y IV) que recomiendan:

- La IT debe ser el último recurso terapéutico que se utiliza en situaciones extremas para controlar conductas que suponen alto riesgo para el propio paciente, como para otros pacientes y profesionales sanitarios, después de que hayan fracasado el resto

de medidas alternativas, como el abordaje verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y abordaje farmacológico.

-La IT requiere de una evaluación continua de los pacientes durante el proceso.

- La finalización del episodio restrictivo tendrá lugar tras la valoración conjunta del médico y la enfermera responsable del paciente, cuando la necesidad de tal medida haya cedido.

-Si debe usarse IT, se recomienda que solamente se emplee el nivel mínimo que garantice la seguridad del paciente, o que facilite el tratamiento.

1.2 ASPECTOS ÉTICO-LEGALES RELACIONADOS CON LA IT

Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere, que el usuario haya sido informado previamente de forma adecuada, dando éste su consentimiento específico de forma libre para la misma. La IT, como intervención o procedimiento del equipo terapéutico, ha de respetar los principios éticos de autonomía, justicia, beneficencia y derecho de intimidad del paciente, debido a la vulnerabilidad y alto nivel de dependencia que éste presenta.

La indicación de la IT ha de ser siempre médica, aunque el procedimiento, en caso de urgencia podría ser iniciado por la enfermera responsable, pero en cuanto sea posible debe ser ratificado por el médico facultativo responsable. En cualquier caso, es una intervención, como ya se ha dicho anteriormente, responsabilidad del equipo terapéutico.

La indicación de la IT debe ser siempre en el momento, no pudiéndose realizar de manera condicional o anticipada a la situación que puede justificar la misma.

Preceptos Legales de aplicación

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

- **Ley 41/2002**, de 14 de noviembre, reguladora de la **Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**. Arts. 4, 5, 8 y 9.
- **Ley de enjuiciamiento civil (Art. 763) Sobre internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.** Los preceptos sobre internamiento involuntario establecen la necesidad de autorización judicial previa o a posteriori cuando se trate del internamiento de personas que no estén en condiciones de decidirlo por sí. En efecto, el art. 763 LEC expresa: "El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá de autorización judicial..."
- **Garantía Judicial:** si un paciente al que se le aplica y comunica la IT no se encontrara en situación de "ingreso voluntario", hay que comunicarlo al juzgado en un plazo máximo de 24 horas solicitando la involuntariedad del ingreso. La notificación se debe realizar en el Juzgado de 1ª Instancia, que tenga jurisdicción sobre el lugar radique el centro donde se produzca el hecho, por medio de un método que acredite la recepción por el órgano judicial. A partir de la notificación, el Juez junto con el Médico Forense disponen de 72 horas para valorar al paciente y dar conformidad al ingreso involuntario, aunque generalmente esta valoración se realiza dentro de las 24 horas siguientes.
- **Información sobre la adopción de la medida**: La autorización de la medida excepcional y urgente, deberá ser comunicada al paciente de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y a las circunstancias del momento. También debe informarse a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho en cuanto sea posible, y siempre que no se incumpla un expreso deseo del paciente (derecho de confidencialidad).
- **Historia Clínica y documentación**: cualquier actuación ejecutada durante la aplicación y desarrollo de este proceso ha de quedar reflejada en la historia clínica del paciente, (indicación, circunstancias que han justificado la adopción de la medida en el tiempo, las diferentes reevaluaciones, tratamientos y cuidados

aplicados durante la misma, etc...) tanto en la parte del evolutivo del paciente (notas) como en el formulario específico de **IT** de uso y consulta por todo el equipo terapéutico.

Situaciones legales ante una IT

Ante una necesidad terapéutica que puede implicar la privación de libertad, la restricción o limitación de movimientos del paciente, mediante procedimientos de IT debemos distinguir los siguientes supuestos:

1) IT en pacientes con ingreso involuntario

Para efectuar un ingreso no voluntario de un paciente es necesario disponer de autorización judicial al efecto. El procedimiento legal se encuentra recogido en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil anteriormente enunciado.

Todos los ingresos de personas incapacitadas son considerados como ingresos involuntarios.

En este caso no es necesaria la comunicación de la IT pues ya esta comunicado el ingreso involuntario al juzgado.

2) IT en pacientes con ingreso voluntario

En aquellos pacientes, con ingreso voluntario, que requieran de una IT, se pueden dar dos situaciones:

a. Situación donde el paciente de forma clara y documental acepta por escrito la indicación de la Inmovilización Terapéutica (según anexo 1). En este caso no es necesario comunicarlo al juzgado ya que el paciente acepta el tratamiento.
b. Situación donde la voluntad del paciente y/o de la familia no acepte la IT indicada por el médico. En este caso es necesario solicitar el ingreso involuntario al Juzgado de 1ª Instancia antes de 24 horas.

2 DEFINICIONES Y SIGLAS

2.1 DEFINICIONES

Debemos considerar la utilización de una denominación adecuada a un proceso que implica la garantía de derechos fundamentales y la aplicación de una medida terapéutica.

La denominación **"Inmovilización terapéutica"** tiene implícita la implicación de la misma en el proceso terapéutico del paciente con la garantía de realizarse bajo la profesionalidad y la humanización necesarias.

Otras denominaciones como **"contención mecánica"**, contención física, implican connotaciones que se acercan más a las medidas coercitivas que al aspecto terapéutico natural del procedimiento y no ayudan a la reducción del estigma asociado a las personas que padecen trastornos mentales.

La Organización Mundial de la Salud introduce como definición del procedimiento de IT como:

"**Un método extraordinario de finalidad terapéutica**, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos, sólo serian tolerables ante aquellas **situaciones de emergencia** que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y **que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos**".

La definición en si misma deja manifiestamente clara la naturaleza extraordinaria del procedimiento, ya que puede suponer una situación donde se enfrenta un derecho fundamental, como es la pérdida de libertad del paciente en contra de su propia voluntad u opinión y el principio bioético de beneficencia o deseo bienintencionado sanitario de protección del paciente, a su entorno y autoprotección física y legal.

Este conflicto ético, junto a los riesgos asociados del procedimiento requiere de procedimientos adecuados unificados y basados en evidencia científica que garantice una práctica adecuada y garantista.

2.2 SIGLAS

FC	Frecuencia cardiaca.
IT	Inmovilización terapéutica.
MSI	Miembro superior izquierdo.
MSD	Miembro superior derecho.
MII	Miembro inferior izquierdo.
MID	Miembro inferior derecho.
Tª	Temperatura.
TA	Tensión arterial.
UHB	Unidad de Hospitalización Breve de salud mental.

3 OBJETIVO Y POBLACIÓN DIANA

.

3.1 OBJETIVO

Con este protocolo se pretende dotar a todos los profesionales de los centros sanitarios de Castilla La Mancha de los conocimientos mínimos y pautas a seguir, que ayuden a la toma de decisiones en el caso de que sea necesario una IT del paciente con respecto a:

- Garantizar la seguridad del paciente, de otras personas y medios materiales en situaciones de agitación.
- Evitar la fuga si se considera que existe riesgo y peligro para el paciente, no estando él capacitado para tomar tal decisión.
- 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 puede poner en peligro (mantenimiento de vías, catéteres, aparataje, administración de medicación).
- Trasladar el conocimiento suficiente a nivel teórico y práctico por parte del personal responsable de administrar cuidados (que implica la IT), como son los

fundamentos teóricos, procedimientos, material necesario y sistemas de inmovilización que se utilizan, así como:

- Indicaciones de la IT.
- Fases o secuencias de actuaciones.
- Procedimientos técnicos.
- Registro de datos de utilidad clínica y para la evaluación posterior.
- Conocer las complicaciones que pueden darse en una "inmovilización del paciente "

- Asegurar en todo momento el cumplimiento de las normas, así como los principios éticos de toda actuación con el paciente y con especial relevancia en estos casos, ya que requieren una especial sensibilización de los profesionales no sólo en relación al procedimiento técnico, sino también a la cuidadosa indicación, a la información adecuada al paciente, a su familia y al seguimiento del paciente.
- Asumir por parte de los profesionales unas pautas comunes de actuación y de coordinación correcta para cumplir de la forma más adecuada los objetivos anteriores. No obstante, las recomendaciones recogidas en este protocolo no reemplazan la decisión de los profesionales sanitarios, debiendo adaptarse siempre a cada caso concreto atendido.

3.2 POBLACIÓN DIANA

- Pacientes con cuadros confusionales asociados a situaciones **de agitación.**
- Pacientes con alteraciones de percepción de la realidad (delirios y/ o alucinaciones) que presenten **cuadros de agitación**.
- Pacientes donde la situación estresante (encamamiento, normas, situación social, afrontamiento ante situaciones de dolor e incluso muerte etc.) **puede desbordar su capacidad de autocontrol**.

- Pacientes con episodios de desinhibición y descontrol de los impulsos asociados a agitación.
- Pacientes con alteraciones conductuales importantes asociadas a deterioros cognitivos.
- Pacientes con abstinencia de sustancias psicoactivas y/o efectos paradójicos que presentan cuadros de agitación.

La IT es una medida terapéutica extraordinaria que solo se debe aplicar cuando el resto de medidas terapéuticas han fracasado para garantizar la seguridad del paciente, de otras personas y de medios materiales, así como para asegurar la instauración de un tratamiento en situaciones de agitación y confusión del paciente.

4 RECURSOS NECESARIOS

4.1 RECURSOS HUMANOS

Profesionales que intervienen en la IT

- Facultativos médicos (Responsables del procedimiento).
- Enfermeras/os.
- Auxiliares de enfermería
- Celadores.
- Personal de seguridad si se precisase.

La situación ideal sería que la indicación de la **IT,** debería efectuarla el **médico** responsable del paciente. Es aconsejable que el **médico** esté presente en la contención.

Si la situación clínica del paciente obliga a la toma de decisiones inmediata, **el enfermero/a está autorizado para iniciar el procedimiento y comunicarlo al médico en el menor tiempo posible.**

El número óptimo de personas necesarias para **INMOVILIZAR** a un paciente **es de cinco**.

Una persona para sostener cada extremidad del paciente y otra para sujetarle la cabeza.

La Inmovilización la realizará el **personal de Enfermería y Celadores**. Puede solicitarse la ayuda del **personal de Seguridad** (cuando el personal de turno sanitario se vea superado por las circunstancias).

4.2 RECURSOS MATERIALES

Los instrumentos con los que se realiza la IT deben ser homologados, con el objetivo de prevenir el deterioro de la integridad física, psicológica y moral de la persona sometida a inmovilización y deberán estar en las mejores condiciones de uso. Este material deberá estar identificado y en buen uso.

Para poder realizar una IT necesitaremos:

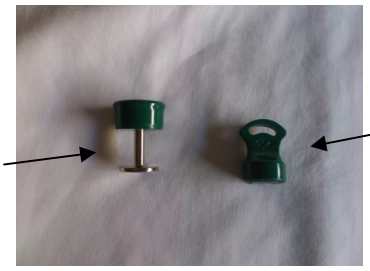
- Una cama para la inmovilización.
- Un cinturón abdominal
- Dos cintas para las muñecas
- Un cinturón para las extremidades inferiores
- Dos cintas para los tobillos
- Una llave magnética
- Nueve botones o cierres magnéticos de fijación
- Dos cintas de unión para la sujeción de muñecas y de tobillos.

Descripción del equipo

Cama de inmovilización: debe estar ubicada en una habitación especial, tiene que disponer de una fijación o frenado para evitar que sea posible que se desplace o vuelque.



Cierre magnético: el cierre magnético permite realizar las funciones de abrir y cerrar en décimas de segundo.



Llave magnética: abre el cierre en los elementos de inmovilización de forma rápida y sencilla.

Sujeción de manos: la sujeción de manos sirve para ajustar la muñeca del paciente a la cama o al cinturón abdominal. La muñequera en su parte interna tiene un almohadillado blando para evitar cortaduras o rasguños en la muñeca.



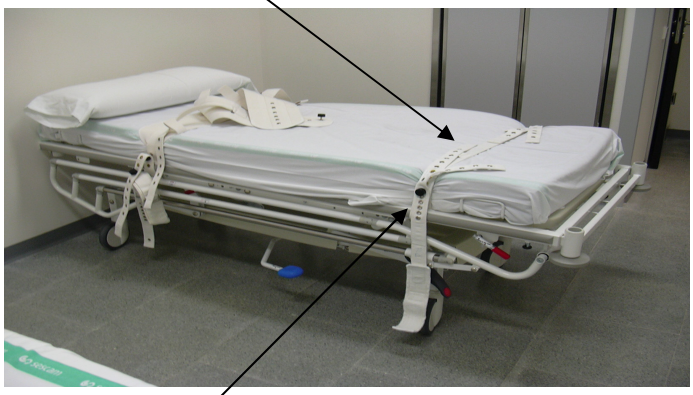
Sujeción de manos

Sujeción de pies: la sujeción del pie sirve para fijar "el pie" a la cama o al cinturón transversal, que a su vez está sujetado a la cama. Al fijar las inmovilizaciones holgadamente, si el estado clínico o de agitación lo permite, el paciente podrá girar el cuerpo en posición lateral.



Sujeción de manos y pies

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



Cinturón largo: es una cinta de unión de mayor longitud.

Sujeción estándar: es un tipo de sujeción abdominal, la cual permite al paciente mayor libertad de movimientos. Puede colocarse en la cama antes o después de que el paciente se haya acostado. También se le conoce por "cinturón ancho abdominal".



Cinturón ancho abdominal

4.3 RECURSOS DOCUMENTALES

Cada indicación de IT deberá estar reflejada de forma razonada en la historia clínica del paciente.

Documento de consentimiento informado (ANEXO 1)

Formulario de indicación seguimiento médico de IT (ANEXO 2)

Formulario de indicación/comunicación y seguimiento de enfermería de IT (ANEXO 3)

5 DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

La IT debe ser el último recurso terapéutico que se utiliza en situaciones extremas para controlar conductas que suponen un alto riesgo tanto para el propio paciente, como para otros pacientes y profesionales sanitarios, por lo que debemos considerar abordajes alternativos como el abordaje verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y la contención farmacológica.

Las medidas alternativas que se pueden adoptar antes de aplicar una IT, se tomarán cuando se detecten los primeros indicios de que el paciente está entrando en una situación de pérdida de control y que ésta va en aumento.

En primer lugar el profesional responsable se informará tanto de la historia del 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 estas medidas:

5.1 ABORDAJE VERBAL

5.1.1 Objetivos del abordaje verbal

- Lograr una alianza con el paciente que nos permita realizar una evaluación diagnóstica de presunción.
- Negociar soluciones terapéuticas en base a las propuestas que haga el paciente y a las que puede brindarle el profesional.
- Disminuir la hostilidad y la agresividad.
- Disminuir la hiperactividad y agitación psicomotriz.
- Prevenir posibles ataques violentos.
- Informar del carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autocontrol.
- Fomentar la verbalización de las preocupaciones y razones o impulsos que le motivan.

5.1.2 Procedimiento y técnica del abordaje verbal

Las pautas a seguir para mantener la seguridad del paciente, profesional y de los que le rodean son:

- Antes de hablar con el paciente conocer su historia clínica, para mejor manejo de la situación.
- Colocarse fuera del espacio personal del paciente (algo más lejos del alcance de sus brazos y piernas).
- Eliminar y/o reducir el número de estímulos provocadores de respuestas agresivas o violentas (ir a una sala silenciosa).
- Cambiar el entorno social:
    a) Introduciendo alguna persona en el contexto para que su presencia impida la realización de determinadas respuestas tales como una figura de autoridad, de fuerza, o que sea significativa para el paciente.
    b) Sacando del contexto a las personas provocadoras o que presenten confrontación con el paciente.

- Posibilitar o facilitar la ejecución de respuestas incompatibles con la agitación y/o alternativas, realizar alguna actividad física como pasear, llamar por teléfono, etc.
- Posibilitar y canalizar la manifestación del malestar, demandas, desacuerdos, tanto verbalmente como por escrito (escucharle, prestarle más atención, etc.)
- Ayudar a la realización de respuestas desactivadoras (relajación muscular, técnicas de respiración, etc.)

5.1.3 Precauciones respecto al abordaje verbal

- Asegurarse una vía de salida accesible. Si es posible hablar en un despacho con intimidad, pero con la puerta abierta o semiabierta, situándose el profesional

cercano a ella, no habrá obstáculos ni para el paciente ni para el profesional. Una mesa interpuesta entre ambos aumenta la seguridad.

- No realizar las intervenciones en solitario siempre que sea posible.
- Los gestos no han de ser amenazantes, ni defensivos. Evitar gestos bruscos y espontáneos.
- La actitud ha de ser abierta, tranquila, que invite al diálogo.
- No mirar de forma directa y continuada al paciente. Las miradas fijas aumentan la hostilidad.
- Mantener al paciente dentro de nuestro campo visual.
- Intentar que el paciente y profesional estén sentados a la misma altura, siempre que sea posible.

5.2 MEDIDAS AMBIENTALES Y/O CONDUCTUALES

- Procurar un ambiente calmado y silencioso que evite reacciones de tensión o violencia.
- Permitir la presencia de personas que faciliten la relación con el paciente (figuras de autoridad, figuras significativas para el paciente).
- Facilitar demandas posibles del paciente que aumenten su confianza y capacidad de acuerdo (realizar alguna actividad como pasear, llamar por teléfono…).
- Informar al paciente sobre su situación, llegada al hospital, proceder sanitario, finalidad de ayuda, ante demandas, quejas o críticas del mismo.
- Establecer acuerdos terapéuticos que ayuden a la relación con el paciente en el hospital y que éste acepte.

5.3 ABORDAJE FARMACOLÓGICO

- Se realiza mediante administración de psicofármacos que provocan una sedación en el paciente.

- Se deben mantener medidas de soporte vital general: control de constantes (TA, Tª, y FC) aconsejándose cada media hora en pacientes sedados y cada dos horas en pacientes sin riesgo.

5.4 INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA

5.4.1 Cuestiones previas a la IT

- Firma del consentimiento informado si la IT es voluntaria (ANEXO 1).
- La enfermera coordinará el proceso de inmovilización y los cuidados.
- La habitación preferiblemente estará cerca del control de enfermería, para facilitar el control continuado.
- Evitar la expectación, alejando al resto de pacientes y al personal que no vaya a intervenir en la IT.
- El auxiliar de enfermería debe comprobar cuál es el estado de la cama y la disponibilidad del material necesario para la IT.
- Transmitir calma, autocontrol y confianza.
- El personal sanitario no debe mostrarse nunca agresivo hacia el paciente, ni física, ni verbalmente.
- Moverse hacia un lugar seguro evitando rincones.
- Alejar del paciente cualquier objeto peligroso.
- Retirar las prendas de vestir y cualquier objeto que pueda dañarle (cinturones, relojes, pendientes, cadenas y otros objetos peligrosos).

5.4.2 Inmovilización

A. Traslado a la habitación (Figura 1). El paciente debe trasladarse a una habitación cercana al control de enfermería, solo, evitando la entrada del resto de pacientes (privacidad y seguridad general).

Si el paciente desea ir por su propio pie y su estado lo permite, puede ser suficientes dos personas que sujeten al enfermo por las axilas con la mano, empujando hacia arriba, y por las muñecas con la otra, tirando hacia abajo, con firmeza pero sin lesionar al enfermo.



Figura 1. Paciente acompañado a la habitación

B. Inmovilización en el suelo (Figura 2). Debemos coordinar la acción previamente con un responsable o persona que dirija la inmovilización, ejecutando los pasos de forma armonizada para garantizar la seguridad del paciente y el equipo. El paciente deberá ser colocado de espaldas sobre el suelo (si el paciente tiene disminuido el nivel de conciencia o está intoxicado, puede sustituirse el decúbito supino por el decúbito lateral), controlando su cabeza para evitar que se la golpee o que golpee a algún miembro del grupo. Una persona sujetará cada miembro. Para miembros superiores se sujetarán los hombros y antebrazos. Para los inferiores presionando inmediatamente por encima de las rodillas y los tobillos.



Figura 2. Inmovilización del paciente en el suelo

C. Traslado a la cama (Figura 3). El personal le sujetará por las piernas a la altura de las rodillas y por los brazos alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros. Un quinto miembro del grupo debe estar preparado para sostener la cabeza, frente-mentón, vigilando la correcta oxigenación del paciente y evitando compresión del cuello.

Una vez reducido el paciente de extremidades superiores e inferiores, se le echará en la cama con las inmovilizaciones previamente preparadas y se abrochará primero el cinturón abdominal y seguidamente las cintas de las extremidades inferiores y superiores, comprobando su correcta colocación y que no comprometa la circulación sanguínea del paciente. La cabeza debe estar semi-incorporada para evitar bronco aspiración. Evitar golpes en la cabeza para prevenir lesiones cerebrales. Comprobar que, aun teniendo cierta movilidad, el paciente no puede producirse ningún tipo de lesión.



Figura 3. Traslado del paciente a la cama.

Las fijaciones estarán bien aseguradas. Verificar los puntos de contacto de las sujeciones con la piel del paciente, observando que están bien acolchadas con algodón, gasas o cualquier otro material suave. Comprobar que los cinturones, anillos, pendientes, collares, relojes o cadenas, los objetos punzantes, cortantes, incendiarios y cualquier otro potencialmente peligroso se han retirado. La inmovilización terapéutica requiere que el paciente esté en una habitación solo.

6 CUIDADOS EN LA IT

La inmovilización terapéutica implica incrementar la atención y vigilancia del paciente por parte del equipo de profesionales responsables para garantizar que el procedimiento cumple las normas que van a mantener el protocolo con seguridad.

6.1 INSTAURACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE INMOVILIZADO

Un paciente Inmovilizado requiere una evaluación continuada de sus necesidades y un seguimiento del Médico y personal de Enfermería además de la participación de Celadores y personal de Seguridad en situaciones específicas que se describen a continuación.

6.1.1 Médico

- La propuesta de firma del consentimiento informado y la comunicación al Juzgado de 1ª Instancia antes de 24 horas de la petición de autorización del ingreso involuntario cuando proceda, debe ser realizada por el médico.
- Todo enfermo, que haya sido contenido, debe ser atendido y valorado por el médico a cuyo cargo se encuentra el paciente o por el facultativo de guardia, en la primera hora una vez instaurada la sujeción para realizar la evaluación de la situación clínica del paciente y determinar el origen de la conducta que motivó la indicación de la contención física, así como para solicitar las pruebas complementarias que se estimen oportunas e instaurar la pauta farmacológica a administrar para alcanzar lo más rápidamente posible la mejoría del enfermo.
- Los criterios de elección de la vía de administración de la medicación, oral o parenteral, depende del grado de colaboración del enfermo, de la intensidad de la agitación y de la enfermedad subyacente. Es obvio, que cuanto más rápidamente se logre la mejoría del enfermo, menos necesaria será la inmovilización terapéutica.

- El médico responsable del caso realizará al menos una visita en cada turno para interesarse por la evolución de la situación clínica del paciente y de cómo transcurre la inmovilización terapéutica.
- Como ya se ha señalado, rellenará, al igual que el enfermero/a la confirmación de la indicación de inmovilización terapéutica en el correspondiente formulario de indicación o impreso (Anexo 2).
- Dejará registrada en la historia clínica y hoja de tratamiento del paciente, la indicación de la IT y las pautas a seguir.
- Durante la IT no debemos olvidar los cuidados de patología base del paciente.
- Si la inmovilización sobrepasa las 24 horas, indicará la pauta de heparina pertinente.

6.1.2 Enfermera/o

- En caso de urgencia, el personal de enfermería podrá valorar la necesidad de adoptar la medida de IT de un paciente, debiéndolo registrar y comunicar al médico responsable, así como cuando se valore la conveniencia de su supresión.
- La enfermera es el profesional que coordina la IT.
- La enfermería realizará una visita al paciente inmovilizado cada 2 horas como mínimo al objeto de valorar, examinar y prestar los cuidados necesarios al paciente, rellenando el correspondiente formulario de seguimiento (Anexo 3) y de verificación de la inmovilización terapéutica por turno.

Los cuidados de enfermería en la IT

Aplicación, control y extracción de dispositivos de IT utilizaciones para limitar la movilidad del paciente (NIC 6580-Sujeción física)

a. **Valoración del estado general del paciente**
    i. **Monitorización de signos vitales (NIC 6680):** recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de la temperatura corporal

para determinar y prevenir complicaciones**. (Como mínimo se realizará por turno).**

ii. **Monitorización neurológica (NIC 2620):** recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minorizar complicaciones neurológicas. **(cada 2 horas como mínimo y en situaciones en que el paciente esta intoxicado o con disminución del nivel de conciencia las revisiones se acortaran a 30 minutos e incluso según necesidades a 15 minutos).**

1. Vigilar el nivel de conciencia.
2. Comprobar el estado respiratorio.
3. Observar si existen temblores.
4. Observar el nivel de orientación temporo-espacial.
5. Agitación, agresividad y ansiedad.

b. **Vigilar la respuesta del paciente al procedimiento (NIC 5390)**: potenciación de la conciencia de si mismo: ayudando ala paciente a que comprenda la situación, pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas**,** respetando su descanso **(cada 2 horas como mínimo)**

c. **Manejo ambiental: seguridad (NIC 6486)** vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad. Mantener un ambiente adecuado reduciendo ruidos y estímulos que puedan alterar el estado del paciente. **(cada 2 horas como mínimo)**

d. **Vigilancia y seguridad (NIC 6654)** observación de posibles complicaciones potenciales, asfixia, lesiones, muerte súbita. Comprobar el estado de los elementos de sujeción, permitir el movimiento de las extremidades sujetadas. Y regular la rotación de miembros liberados si es posible **(cada 2 horas como mínimo).**

e. **Documentación (NIC 7920)** Registro de los datos del proceso en la historia clínica) **(cuando se instaure la IT, cuando se realicen los cuidados y en la retirada)**

f. **Ayuda al auto-cuidado (NIC 1800) Necesidades básicas:** alimentación, hidratación, higiene, eliminación,…, si la situación lo permite podrá liberarse un miembro de manera alternativa para prevenir complicaciones y poder realizar necesidades bajo la supervisión de la enfermera. **(cada 2 horas como mínimo en eliminación hidratación, higiene diaria y alimentación en las distintas comidas)**

g. **Administración de medicación (NIC 2300),** preparar, administrar y evaluar la toma de medicamentos prescritos. **(según pauta).**

h. **Escucha activa (NIC 4920),** Mantener contacto verbal con intervalos regulares, respetando su descanso **(cada 2 horas como mínimo)**

i. **Precauciones en el embolismo (NIC 4110).**Valoración de la circulación y piel periférica (comprobar pulsos periféricos, edemas, parestesias, hormigueo, perdida de sensibilidad, llenado capilar, color y temperatura de extremidades y aplicar medidas de prevención como el fomento de movimientos y administración de tratamiento anticoagulante prescrito. Procurar que el paciente este con ropa cómoda para evitar riesgos. **(cada 2 horas como mínimo)**

6.1.3 Auxiliar de enfermería

El auxiliar bajo las indicaciones de la enfermera realizará las tareas de:

- Preparación, recogida y puesta a punto de materiales para la IT.
- Aseo diario y siempre que el paciente lo precise.
- Alimentación, dieta blanda durante la contención, ayudará a comer al paciente, comprobando la cantidad de alimento que ingiere.
- Registrará la ingesta y eliminación de líquidos.

- Controlará con rondas de vigilancia periódicas a cualquier paciente bajo IT, revisando cada vez el estado general del paciente, el estado de las sujeciones y cualquier otra necesidad que pudiera surgir, anotando en las hojas de observación las incidencias de cada visita.
- Las visitas de vigilancia y control se harán cada 30 minutos y cada 15 minutos si el paciente está intoxicado o con disminución del nivel de conciencia.

6.1.4 Celador

Además de la colaboración en la inmovilización terapéutica y retirada de la misma, el celador participará con enfermeras/os y auxiliares de enfermería en la movilización de pacientes para cubrir las necesidades de higiene, ir al baño, inmovilización para administrar inyectables, cambio de ropa etc.

6.1.5 Personal de seguridad

Se solicitará la presencia del personal de seguridad cada vez que se estime necesario, tanto al inicio de la inmovilización como en el proceso o finalización de la misma.

6.2 RETIRADA DE LA IT

La **IT** debe mantenerse únicamente hasta conseguir el efecto terapéutico deseado (sedación química, retorno a la calma, seguridad para el paciente y para su entorno, restablecimiento de límites, colaboración del paciente en la aplicación de medidas de tratamiento, etc.)

La decisión de retirarla de la IT corresponde al médico.

La supresión de la inmovilización y la liberación subsiguiente se hará de forma gradual, una mano, un pie, hasta la inmovilización de tres puntos en cruz (mano - abdomen - pie contrario a la mano).

La **IT no debe retirarse** sin la presencia de **personal suficiente** y sin valoración psicopatológica previa. En el momento de la liberación completa estarán presentes no menos de tres personas.

Resuelta la IT, evaluar con el personal y el paciente las circunstancias que han rodeado la adopción de la medida (**reunión de "debriefing").**

Las **IT** deben ser retiradas cuando no se estén utilizando con el paciente, no debiendo ser colgadas de la cama, colocadas entre las sábanas ni sueltas debajo de la cama o en la habitación, puesto que se corre el riesgo de manipulación de la mismas por el paciente, además de ser un elemento que puede ser percibido como amenazante .

Cuando se retiren las inmovilizaciones hay que asegurarse de que no faltan tornillos ni cierres magnéticos y que no han sufrido alteraciones que afecten a su posterior eficacia. Si están deterioradas se retirarán de su uso, comunicándolo a la supervisora de enfermería y procediendo a su reparación.

Finalizada la inmovilización se rellenarán los formularios pertinentes (Anexos 2 y 3)

6.3 DERIVACIÓN DEL PACIENTE

Tras el control de los síntomas valoraremos la actitud a seguir en función del tipo de agitación que hemos abordado, los antecedentes del paciente, su situación sociofamiliar y la disponibilidad de seguimiento.

- Las agitaciones de origen orgánico y cuadros confusionales generalmente van a requerir estudio en servicio de urgencias del hospital e ingreso en servicio correspondiente.
- La agitación de origen psicótico generalmente requiere (a veces de forma involuntaria) ingreso en la sala UHB de salud mental.

- La agitación de origen situacional o ansioso, tras su control inicial, suele permitir derivar al paciente a su domicilio, médico de familia, unidad de salud mental y/o recursos sociosanitarios.
- Los cuadros relacionados con consumo de sustancias pueden tener respuestas variables: observación inicial en urgencias, remisión al médico de familia y/o unidades de conductas adictivas o valoración de ingreso la UHB de Salud Mental.
- En las situaciones de violencia, presencia de armas, delitos, etc. tendrán que intervenir las fuerzas de seguridad.

7 PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

El conocimiento de los riesgos físicos y psicológicos derivados de la IT, es útil en la prevención de los mismos:

En la inmovilización abdominal pueden ocurrir situaciones críticas como el ahorcamiento, dificultad respiratoria y compresión nerviosa, todos ellos derivados de un ajuste incorrecto del cinturón abdominal y déficit de cuidados.

En la inmovilización de extremidades también podemos encontrar problemas tan importantes como la obstaculización de la circulación sanguínea (cianosis), compresión nerviosa, edemas y hematomas que pueden estar derivados de ajustes incorrectos de las distintas cintas de inmovilización y un déficit de cuidados.

No menos importantes son los riesgos generales derivados de la inmovilización como la alteración cutánea, las caídas, las bronco-aspiraciones, la incontinencia y el estreñimiento.

Y en general, todas las complicaciones derivadas de la inmovilización, problemas circulatorios, pérdida de fuerza y tono muscular, dependencia física y emocional del paciente.

En los cuidados de mantenimiento se han descrito todas aquellas medidas que van a ir encaminadas a prevenir las complicaciones de los riesgos asociados a la inmovilización terapéutica.

8 REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA

La inmovilización terapéutica de pacientes tiene implicaciones ético-legales, por lo que existe obligación legal de documentar la prescripción y realización de esta intervención, dejando constancia en la historia clínica del paciente, por parte de la enfermera y el médico responsable, 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 a la misma, cumplimentando el formulario de indicación y seguimiento existente para ello.

Indicación:

En la actualidad, el desarrollo de las nuevas tecnologías, supone el uso de aplicaciones informáticas, lo que en nuestro medio se traduce en “trabajar en el entorno de Mambrino XXI”.

Con esta herramienta de trabajo, se han desarrollado dos formularios uno de indicación y seguimiento que rellenarán los facultativos médicos (Anexo 2) y otro de indicación/ comunicación y seguimiento que rellenarán las enfermeras/os (Anexo 3), que no excluye de la justificación razonada en la historia del paciente de la inmovilización terapéutica.

9 ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE SOBRE INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA

D. /Dª _____ con DNI_____

Ingresado en la planta _____ del Hospital _____

del SESCAM.

Declara, que acepta ser inmovilizado en una habitación preparada a tal efecto, como parte de las medidas terapéuticas acordadas con los médicos que me atienden. Se me han explicado detalladamente las indicaciones de este procedimiento, sus fundamentos y objetivos que se persiguen en mi situación actual, así como la existencia de otras terapias diferentes a ésta. Acepto la limitación de movimientos voluntariamente que finalizará cuando médicamente se considere o yo lo solicite voluntariamente.

En, _____ a _____ de _____ de _____

FDO: _____

ANEXO 2

FORMULARIO DE INDICACIÓN Y SEGUIMIENTO MÉDICO DE INMOVILIZACION TERAEUTICA

a. Motivo por el que se prescribe la Inmovilización Terapéutica:

- Riesgo de autolesión.
- Riesgo de heteroagresión.
- Riesgo de interrupción de un tratamiento.
- Otros (especificar):

b. Tipo de inmovilización:

- Cintura
- MSI
- MSD
- MII
- MID
- Total

c. Estado clínico del paciente:

- Agitado.
- Violento.
- Confuso, desorientado.
- Impulsividad suicida.
- Otros (especificar):

d. Medidas fallidas previas a la Inmovilización Terapéutica:

- Contención verbal
- Contención farmacológica
- Medidas distractorias.
- Conversación con un familiar.
- Otros (especificar):

e. Revisión/ratificación de la inmovilización terapéutica antes de la primera hora:

SI □

NO □

f. Tiempo previsto para la IT.

- Menos de 2 horas.
- De 2 a 6 horas.
- De 6 a 12 horas.
- De 12 a 24 horas.
- Más de 24 horas fundamentar:

g. Comunicación a:

- Paciente.
- Familiares.
- Otros Especificar:

h. Valoraciones por turno.

- Continúa IT.
- Retirada IT.

i. Medidas de prevención de complicaciones:

- Heparina
- Otros (especificar)

j. Reunión de debriefing al terminar la inmovilización

SI □

NO □

k. Consideraciones especiales

En la retirada de la IT automáticamente quedará reflejada la fecha y la hora en la que se realiza la indicación, así como el facultativo que la prescribe.

En los casos donde la IT se realice de manera urgente por parte de la enfermera/o el facultativo tiene que confirmar la inmovilización en un periodo de **1 hora.**

De la misma manera, una vez desaparece la causa que motivó la IT el médico responsable, reflejará en el formulario o impreso Anexo 2 la retirada de este tratamiento.

(En aquellos centros donde no exista la historia electrónica ni la aplicación Mambrino XXI, se procederá de la misma manera solo que con un impreso en formato papel que recogerá toda la información anterior, más los datos del paciente, fecha y hora de la inmovilización y de la retirada de la misma, y que finalmente debe ir firmado por el facultativo responsable. Por otro lado se debe escribir en la historia clínica, en el evolutivo del paciente las circunstancias que concurren en este proceso.)

ANEXO 3

FORMULARIO DE INDICACIÓN/COMUNICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA DE INMOVILIZACIÓN TERAPÉUTICA

a. Indicación (por qué se ha contenido al paciente y por qué se mantiene contenido)

- Riesgo de autolesión
- Riesgo de heteroagresión
- Riesgo interrupción de un tratamiento
- Otros (especificar):

b. Comunicación al médico (si no esta presente) de la Inmovilización Terapéutica.

Presencia del médico en la inmovilización

Comunicación al médico de la inmovilización

c. Tipo:

- Cintura
- MSI
- MSD
- MII
- MID
- Total

d. Habitación donde está ubicado el paciente

Especial

Habitación correspondiente a su ingreso

Box urgencias

e. Estado del paciente:

- Tranquilo
- Intranquilo
- Agresivo/violento
- Desorientado/confuso
- Dormido
- Psicótico
- Otros (especificar):

f- Medidas de apoyo sustitutitas fallidas:

a. Contención verbal
b. Contención farmacológica
c. Medidas distractorias
d. Conversación con un familiar

g. Complicaciones o efectos adversos de la IT.

a. Rozaduras
b. Lesión traumática
c. UUP
d. Otras (especificar):

h. Revisiones de enfermería cada dos horas.

SI ☐

NO ☐

i. Indicación de revisión de auxiliares de enfermería

a. Cada 15 minutos.
b. Cada 30 minutos.

j. Observaciones: (Texto abierto)

k. **Finalización de la medida por indicación médico.**

SI ☐

NO ☐

(En aquellos centros donde no exista la historia electrónica ni la aplicación Mambrino XXI, se procederá de la misma manera pero con un formulario en formato papel que recogerá toda la información anterior, más los datos del paciente, fecha y hora de la contención y retirada de la misma (al final), y médico que la indica. Por otro lado se debe escribir en la historia clínica, en el evolutivo del paciente las circunstancias que concurren en este proceso.)

10 EVALUACIÓN

Número de IT realizadas por nº de ingresos en unidad de hospitalización específica en un año.

% de IT comunicadas al médico por año.

% de IT en que se realiza debriefing por año.

% de complicaciones que aparecen por la IT.

% de IT revisadas por el médico antes de 1 hora.

% de IT que cumplen las revisiones de enfermería cada 2 horas.

% de IT que se indica revisiones auxiliares enfermería cada 15 minutos.

% de IT que se indica revisiones de auxiliares enfermería cada 30 minutos.

% de formularios de enfermería de IT completados en relación al formulario de IT médico.

11 BIBLIOGRAFÍA

1-"Behavioral Health Care Restraint and Standards ". Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations .2002.

2- 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. BON Nº 204 - 14 de octubre de 2011.

3-Jesús A. Ramos Brieva. "Contención Mecánica". Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y Protocolos de procedimiento .Libro. Ed. Masson .1999.

4-Informe de grupo de expertos "Elaboración de criterios para el empelo de medidas coercitivas durante la hospitalización psiquiátrica y en el traslado hasta el hospital" Grupo Andaluz de investigación en salud mental Universidad de Granada, solicitado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, 20 de marzo de 2010.

5-Norma para la evaluación de la gestión y control de sujeciones en centros de atención socio-sanitaria fundación cuidados dignos / norma libera-ger / versión abril 2011

6-Protocolo de Contención Mecánica Unidad de Media Estancia Psiquiátrica del Instituto de Enfermedades Neurológicas de Castilla La Mancha. Hospital Universitario de Guadalajara, SESCAM 2008.

7-Protocolo Contención Mecánica Hospital Universitario Ciudad Real SESCAM 2010.

8-Protocolo Inmovilización de Pacientes y Sujeción Mecánica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete SESCAM junio 2012.

9-Protocolo de actuación ante la Contención Mecánica Hospital Nuestra Señora del Prado Talavera de la Reina SESCAM.

10-Protocolo de contención mecánica Unidad de Agudos del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca SESCAM, 2009.

11-Protocolo de Contención Mecánica e inmovilización de pacientes del Hospital Universitario San Cecilio de Granada 2007.

12- Protocolo de Contención de Movimientos de Pacientes. Hospital Clínico San Carlos. Mayo 2010.

13- Protocolo de Contención. Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. 2003.

14- Protocolo de Contención Mecánica y Terapéutica. Servicio de salud Mental Hospital Clínico Universitario de Valencia. Julio 2004.

15-Protocolo de Sujeción Mecánica y su control, Mª Angustias Navarro Guzmán y Mª Victoria Rodríguez López. Hospital Universitario Virgen de las Nieves 2012.

16- Protocolo Contención Mecánica Servicio Andaluz de Salud, 2010.

17- Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en salud mental, Leopoldo Elvira Peña, Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales Dirección General de Asistencia Sanitaria Servicio Extremeño de Salud