PROTOCOLO SUJECION DE PACIENTES

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES

REGISTRO DE ELABORACION Y APROBACION DEL DOCUMENTO

	ELABORO	**REVISO**	**APROBO**
Nombre	FUNDACION STEFF SALUD-LINA RODRIGUEZ	YURI JOSE ARIAS SILVA	YURI JOSE ARIAS SILVA
Firma			
Cargo	Contratista	Gerente	Gerente
Fecha	Diciembre 21 del 2023	Diciembre 21 del 2023	Diciembre 21 del 2023

Contenido

1. OBJETIVO 3
   1.1. OBJETIVO ESPECÍFICOS 3
2. ALCANCE 3
3. RESPONSABLES 4
   3.1. RESPONSABLES DE EJECUCION 4
   3.2. RESPONSABLE DE ADHERENCIA 4
4. MATERIAL Y EQUIPO 4
5. MARCO NORMATIVO 4
6. DEFINICIONES 5
7. INDICACIONES 5
8. PRECAUCIONES 5
9. GENERALIDADES 6
   9.1. PROTOTOCOLO PARA LA SUJECION MECANICA 6
10. ACTIVIDADES DE VIGILANCIA Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES 9
11. CRITERIOS PARA LA RETIRADA DE LA SUJECIÓN MECÁNICA 10
12. REGISTROS 10
13. PRECAUCIONES 10
14. CONCLUSIONES 11
15. CONTROL DE CAMBIOS 12

1. OBJETIVO

Generar la seguridad del paciente y contribuir a la búsqueda de barreras, evitando eventos adversos con caídas, laceraciones que complique el estado del paciente en la ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCON TORRES

1.1. OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Garantizar al paciente la instauración, evitar la interrupción y administración de todas aquellas medidas terapéuticas necesarias para su tratamiento y que debido a su estado temporal pueda poner en peligro, como es, por ejemplo, el mantenimiento de vías, catéteres, administración de medicación, etc.

- Controlar la actividad física del paciente y protegerlo de lecciones que sobre sí mismo o a otra persona puede infringir.

- Cubrir la Necesidad de Seguridad del paciente evitando que se caiga de la cama o silla.

- Evitar que se autolesione debido a su desorientación o/y agresividad.

2. ALCANCE

Aplica a todo paciente que ingrese a la institución y requiere inmovilización y/o sujeción por fracturas, comportamientos agresivos y conductas de enfermedades mentales y otros

3. RESPONSABLES

3.1. RESPONSABLES DE EJECUCION

Está a cargo del personal de enfermería de los servicios (auxiliares y enfermeras jefes).

3.2. RESPONSABLE DE ADHERENCIA

Auditor de Calidad y funcionarios y/o contratistas con funciones de Coordinadores de la ESE Hospital Jorge Isaac Rincón Torres.

4. MATERIAL Y EQUIPO

Juego de inmovilizadores de tela diseñados por el personal de enfermería.

Cóctel de medicamentos según orden médica.

Personal de enfermería, y vigilancia.

5. MARCO NORMATIVO

Decreto 1011 del 2006

Resolución N.° 3100 de 2019

guía técnica 'buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud"

6. DEFINICIONES

Inmovilización del Paciente: Entendemos por inmovilización el uso de procedimientos físicos, mecánicos o farmacológicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o todo el cuerpo de un paciente. La sujeción mecánica es un método físico para restringir los movimientos a un paciente adulto en la silla o en la cama.

7. INDICACIONES

Conducta agresiva o violenta auto o heterodirigida que resulta peligrosa para él, para los demás pacientes o para el personal hospitalario.

Agitación que no se puede controlar con medicación. Pacientes que requieran hospitalización urgente y se nieguen a recibir atención

Cuando presentan marcada inestabilidad para la marcha y tengan inquietud motora Cuadros confesionales “delirium”, La causa es orgánica que puede ser o no conocida. Riesgos de caídas Instauración, mantenimiento, administración, de medidas terapéuticas necesarias que estén interferidas por el estado mental del paciente (mantenimiento de catéteres, vías, sondas, otros sistemas de soporte vital, etc.

8. PRECAUCIONES

Siempre debe estar prescrito por el médico, por escrito.

Principios generales:

- Debe existir un plan de actuación preacordado.
- Informar al paciente y familiares de la necesidad de sujetarle.
- Despojar al paciente de todo objeto peligroso para su integridad física y también la nuestra (gafas, pulseras, relojes, pendientes…)
- Mantener la intimidad del paciente, estando el personal imprescindible.

Elegir el tipo de sujeción:

- Ligaduras de manos (vendas) que son normalmente usadas para mantener una vía venosa, no arrancarse el tubo endotraqueal y/o las sondas.
- Cinturones de seguridad: se usan para evitar las incorporaciones de pacientes con riesgo de caerse de la cama a pesar de las barras de la cama.
- Ligaduras de pies: cuando no se usa la sujeción de cintura, se realiza de forma cruzada con la sujeción de mano.
- Almohadillar las prominencias óseas antes de atarlas para proteger la piel de lesiones.
- Aplicar las ataduras de forma que puedan quitarse con facilidad en caso de emergencia.
- Atar siempre el miembro con un nudo que no apriete cuando el paciente tire (evitar nudos corredizos).
- Atar los extremos de la ligadura corporal a la parte de la cabecera que se eleva. Nunca hacerlo a una barandilla o a un marco fijo si la posición de la cama se va a cambiar

9. GENERALIDADES

9.1. PROTOTOCOLO PARA LA SUJECION MECANICA

En una situación de emergencia es importante que el personal se muestre protector y firme, aunque no autoritario y evitando en todo momento actitudes de provocación.

Encuentra al paciente agitado, distraer la atención del paciente, colocándonos a una distancia prudente e informándole que está perdiendo el control y que se le quiere ayudar, utilizando términos comprensivos pero firmes.

Evitaremos un contacto visual fijo durante mucho tiempo pues se puede percibir como amenaza, pero tampoco rehusaremos este contacto visual.

Informar al paciente y familiares:

Debe informarse al paciente y/o a su familiar del procedimiento que se le va a realizar, así como los motivos y el objeto del mismo.

Determinar Tipo de Inmovilización: La inmovilización puede ser parcial o total.







Utilizar un plan preestablecido entre el personal de la unidad, se despojan de todo objeto peligroso como gafas relojes, pulseras etc.

Evitar público indicándoles que se alejen.

Seremos respetuosos en cada momento aún en situaciones en donde se produzcan amenazas, insultos, etc. Tono de voz calmado y neutral.

Dejaremos que hable el paciente pues debe sentirse escuchado. Evitaremos discutir, responder hostilmente o mostrarnos desafiantes o agresivos hacia sus argumentos. Ello podría producir riesgo de violencia. Utilizaremos un discurso empático: “comprendo que la situación lo haga estar nervioso” aunque ello no implica nuestra conformidad.

Nos reservaremos los juicios propios.

Preparar Equipos y Cuerpo de Trabajo: El equipo que realiza el procedimiento (idealmente 4 personas con 1 coordinador) podrá seguir un orden idóneo según las necesidades del paciente: sujeción torácica, de manos y pies, cruzada de hombros un miembro inferior y otro superior, procurando evidentemente que el material usado no cause lesiones.



Un funcionario de enfermería se encarga de preparar los medicamentos para sedar al paciente.

El número de personas que intervendrá en la sujeción será mínimo de cuatro A la llegada de todo el personal se prepara para realizar inmovilización.

Cuando el paciente está muy violento se utilizará una sábana para cubrir la cabeza, de inmediato cada funcionario sujetará cada una de las extremidades en la zona más distal sin olvidar contener codos y rodillas, colocándole los inmovilizadores, y pasándolo a la cama para asegurarlos.

Aplicar la sedación intramuscular según orden médica. Registrar en las notas de enfermería la razón de la contención, su duración, y evolución mientras está sujeto

Sujeción en Decúbito Supino:

Mínimo deben estar 3 personas. Un miembro del equipo siempre estará visible para el paciente y su cometido será tranquilizarle durante la sujeción. De esta manera se ayuda al paciente a aliviar su temor al desamparo, impotencia y pérdida de control.

Colóquele al paciente las piernas extendidas y ligeramente abiertas y ponga el material de inmovilización en los tobillos y sujételas al travesero de la cama y ciérrelas.

Póngale los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste y ponga en las muñecas material de inmovilización

El tronco se debe sujetar firmemente a la cama con la correa especial (más ancha) diseñada para ese efecto.

Cuidado que no esté floja, porque podría deslizarse por ella y ahorcarse, ni tampoco excesivamente fuerte, que le dificulte la respiración. Se ata al somier de la cama.

Sujeción en Decúbito Lateral:

Para movilizar al paciente, lo primero es desatarle.

Para ello, los miembros del equipo deberán estar pendiente en todo momento de controlar las manos del paciente y tranquilizarle.

Realice el cambio postural y vuelva a sujetar al paciente siguiendo las mismas normas básicas expuestas anteriormente.

Fin del Procedimiento: Mientras dure la sujeción (mínimo imprescindible) es conveniente que este acompañado de un familiar o amigo.

OBSERVACIONES: El personal de Enfermería debe vigilar:

- Estado de la piel en zona de presión.
- Necesidad de alimentación e hidratación.
- Vigilancia de respiración comprobando la permeabilidad de la vía aérea.
- Posturas y la repercusión que la misma puede tener en su patología.
- Escaras y/o, además, realizar cambios posturas cuando precise.
- Evaluación del paciente con respecto al criterio que indico la inmovilización

10. ACTIVIDADES DE VIGILANCIA Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES

- Establezca contacto verbal con intervalos regulares mientras se halle despierto.
- Valore la tolerancia a la sujeción comprobando las constantes vitales periódicamente.

- Mantenga la cabeza de la paciente ligeramente levantada, para disminuir los sentimientos de indefensión y para evitar la Broncoaspiración.
- La sujeción debe permitir administrar perfusión endovenosa cuando sea por vía periférica, así como recibir líquidos o alimento.
- Valore la correcta inmovilización c/ 2 h.
- Valore la necesidad de seguir con la restricción una vez por turno.
- Realice los cambios posturales que sean necesarios.
- Facilite apoyo emocional.
- Registre el motivo de la sujeción y las acciones realizadas.

11. CRITERIOS PARA LA RETIRADA DE LA SUJECIÓN MECÁNICA

- La sujeción mecánica debe mantenerse el menor tiempo posible. La decisión de suspender el uso de las mismas debe basarse en criterios objetivos:
- Agitación psicomotora reducida manifestado por una menor intranquilidad, descenso de la PA y de la FC.
- Estabilización del estado de ánimo.
- Respecto a los procesos cognitivos: Retorno a la orientación espacio-temporal, aumento de la capacidad de concentración, mejora de la comprobación de la realidad.
- Desaparición de la causa que ha motivado la prescripción

12. REGISTROS

- Historia Clínica.
- Notas de Enfermería.

13. PRECAUCIONES

La actitud del personal debe ser con intención terapéutica nunca de castigo, esto quiere decir que el personal que interviene debe asumir una actitud profesional, no

mostrara cólera, violencia ni burla; comportamiento enérgico pero amable, respetuoso, evitando golpearlo o someterlo a posturas humillantes.

Preservar la intimidad y mantener la autoestima.

Realizar comunicación verbal explicando porque se inmovilizo y cuando se retirarán los inmovilizadores.

No retirar Las sujeciones cuando haya solo un funcionario.

Mantener la cabeza del paciente ligeramente levantado para evitar que bronco aspire.

Vigilar patrón respiratorio y otros signos vitales.

Verificar periódicamente (mínimo cada dos horas) que los inmovilizadores no queden demasiado apretados para evitar laceraciones o edemas.

Realizar cambios de posición según necesidad. Evitar posiciones inadecuadas y lesivas. (Lesión de nervio braquial). Brindar comodidad en sus necesidades físicas y de aseo

En delirium es importante que el personal de enfermería sepa detectar indicios para su prevención, así como adoptar medidas para evitarlo. Tal es el caso de mantener la orientación temperó espacial, estimulación del paciente, detectar precozmente déficits en la atención, desorientaciones, confabulaciones, etc.

14. CONCLUSIONES

- Consecuencias perjudiciales de la inmovilización de los pacientes
- Daños severos o permanentes: compresión de nervios, contracturas y muerte (por asfixia, estrangulación, PCR o fuego)
- Úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal y aumento de la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales. Factores que pueden contribuir o aumentar el riesgo de muerte
- Inmovilización de pacientes fumadores

- Inmovilización en posición supina sin elevación que predispone al riesgo de bronco aspiración.
- Inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia
- Inmovilización a pacientes que se encuentran en una habitación en la que no hay observación continua del personal sanitario.
- Inmovilización de pacientes con deformidades
- Inmovilización de mujeres embarazadas

15. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	PROCESO ACTUALIZADO		FECHA			INFORMACION DE CAMBIOS			ELABORO/ACTUALIZO	DESCRIPCION DEL CAMBIO
	PROCESO	SUBPROCESO	DIA	MES	AÑO	E	M	X		
1	Prestación de Servicios de Salud	Urgencias	21	12	2023	X			Stef Salud	