DEFINICIÓN

Sujeción mecánica: Consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, las muñecas y los tobillos, principalmente, en los casos que el paciente tenga una conducta violenta que pueda ser peligrosa para sí mismo o los demás y/o estados de confusión.

Inmovilizaciones: Se define como el uso elementos en forma correcta con el fin de limitar el movimiento de un paciente, sujetándolos a una cama, camilla o silla evitando que se haga daño a sí misma o a alguien más y /o permita la administración de fármacos o mecanismos terapéuticos. Se utilizan como último recurso.

OBJETIVOS

- Garantizar acciones que permitan disminuir riesgos de caída, lesión al personal y/o auto lesión en pacientes con conductas irracionales por edad y/o enfermedad.
- Establecer medidas que permitan evitar la interrupción y administración terapéuticas necesarias y que debido a su estado temporal pueda poner en peligro, como es, el mantenimiento de vías, catéteres, administración de medicación, etc.
- Evitar que el paciente se retire los elementos utilizados para su recuperación y altere su tratamiento como los con catéteres periférico , tubo a tórax, sondas de gastrostomía ,sonda vesicales, etc.

CONSIDERACIONES GENERALES

AMBITO DE APLICACIÓN

Domiciliario

POBLACION DIANA

El grupo de población al que se debe aplicar el protocolo a los pacientes que se encuentran hospitalizados en su domicilio.

RESPONSABLES

El responsable de la aplicación y cumplimiento del protocolo es el Enfermero Jefe, Auxiliar de Enfermería, Medico General y personal de monitoreo y seguridad.

POLITICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Como componente esencial de la atención en salud y para promover la aplicación de prácticas seguras que disminuyan la ocurrencia de eventos adversos e incidentes, a partir de del análisis y mejora continua de los procesos se debe seguir de manera estricta el presente protocolo en cada uno de los pasos descritos en él.

.valorando la conducta de los pacientes, dependiente de los diagnósticos, antecedentes y/o edad para determinar potenciales agresiones, autoagresiones y/o alteración de la terapia.

. Determinar que todo paciente es potencialmente agente para inmovilización y/o sujeción mecánica por parte de edad, patología o conducta social

MATERIALES Y EQUIPOS

- Muñequeras
- Tobilleras
- Sabanas para inmovilizar
- Compresas limpias
- inmovilizadores
- esparadrapo de tela

PROCEDIMIENTO

Descripción Técnica:

SUJECIÓN MECANICA

1. Explicar al paciente y/o familiar, en tono firme pero comprensivo, que está perdiendo el control pero que se le va a ayudar si él lo desea.
2. Preparación del personal: despojarse de objetos que representen peligro como gafas, relojes, pulseras, aretes, y ubicarse a una distancia adecuada (mínimo un metro).
3. Evitar público: el paciente adopta una posición más manipuladora de la que tendría si estuviera solo. Además se aumenta la ansiedad de los demás pacientes y familia.
4. La sujeción es oportuna cuando el paciente muestra signos de violencia inmediata tales como actos violentos contra objetos, observa persistentemente personas o presenta cualquier tipo de agresión verbal.
5. El procedimiento se inicia cuando exista el número suficiente de personas, cinco o más para interrumpir la acción del paciente. Cada miembro del equipo sujeta una de las extremidades y uno de ellos asume el papel de líder del equipo para establecer contacto visual con el paciente y tranquilizarlo durante la sujeción. De esta manera se ayuda al paciente aliviar su temor al desamparo, impotencia y pérdida de control.
6. Actitud del personal: la sujeción tiene intención terapéutica y nunca debe ser usada como castigo. El personal no debe mostrar ira ni afán de castigo y evitar golpear o someter el paciente a posturas humillantes, insultos y blasfemias. La actitud debe ser enérgica pero amable y respetuosa y actuar sólo impidiendo el movimiento.
7. Disponer de sedantes parenterales, los cuales siempre deben estar autorizados por el médico, por escrito, en la hoja de órdenes médicas.
8. Registrar minuciosamente la razón de la contención, duración, modalidad, conductas concomitantes, signos vitales y respuesta del paciente.
9. Materiales y elementos: emplear materiales seguros como tela tipo cinturón ancho abdominal, camisa de fuerza para hombros y tórax, tiras tobilleras y muñequeras. También es posible el uso de vendas forradas con algodón para evitar quemaduras por abrasión al forcejear.
10. No utilizar la sujeción mecánica en pacientes con trastornos hemorrágicos, enfermedad ulcerosa péptica, hipertensión y hepatopatía severas.

INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ADULTO

1. Informar al paciente y a su familia sobre el riesgo de caída y registrándolo en la historia clínica.
2. Realice la escala de caída de Morse para poder clasificar el riesgo en el cual se encuentra el paciente antes de ser inmovilizado y registre en las Notas de Enfermería.
3. Verifique la orden médica de inmovilización.
4. Si la familia no se encuentra en el momento de la inmovilización, explíquele el motivo tan pronto llegue y hasta donde sea posible antes que vean el paciente.
5. Explique los motivos y que en cualquier momento de la terapia el paciente puede requerir dicho procedimiento y haga firmar los consentimientos para la inmovilización.
6. El personal que vaya a intervenir en el procedimiento no debe llevar objetos que puedan producir daño al paciente, como gafas lápices, fonendoscopio, etc.
7. Prepare la cama asegurándose que este frenada, en caso de que el paciente cuente con cama hospitalaria en el domicilio.
8. Retire los objetos que puedan hacer daño al paciente
9. Una de las personas que interviene en el procedimiento mantiene sujeta la cabeza del paciente en forma horizontal, evitando que este se golpee o pueda agredir, mientras la otra persona coloca la inmovilización de la cintura utilizando una sabana doblada fijándola a la cama.
10. Para los miembros superiores e inferiores utilice los inmovilizadores (muñequeras) para este fin ó use compresas dobladas en forma de manilla y asegúrelas con cordones de tela.
11. Compruebe y revise cada uno de los puntos de inmovilización para verificar grado de presión (En los miembros introduzca dos dedos entre la inmovilización y la piel del paciente), color de piel, tumefacciones, temperatura del área por lo menos cada **dos horas**.
12. Realice la nota de enfermería y registre: fecha, hora y las áreas inmovilizadas; de igual forma los controles que se realizan incluyendo características de lo observado.

INMOVILIZACION DEL PACIENTE PEDIATRICO

1. Informar al adulto responsable sobre el riesgo de caída y registrándolo en la historia clínica.
2. Realice la escala de caída de Morse para poder clasificar el riesgo en el cual se encuentra el paciente antes de ser inmovilizado y registre en las Notas de Enfermería.
3. Colocar la sabana sobre la cama.
4. Acostar al paciente en el centro de la sabana, el borde debe estar a la altura de los hombros y los brazos alineados
5. Colocar el brazo del niño a su costado en su postura anatómica.
6. Tome con su mano derecha el borde superior de la sabana y cubra con esta parte el brazo izquierdo del niño.
7. Introducir esta misma parte entre el brazo y el cuerpo del niño y deslice la sabana por la espalda, en esta forma queda fijo el brazo.
8. Con su mano izquierda tome el borde superior de la sabana pásela sobre el tórax y envuelva al niño.
9. Separa las esquinas del extremo inferior de las sabanas para darle anchura y doblarlo hacia los hombros.
10. Compruebe y revise cada uno de los puntos de inmovilización para verificar grado de presión (En los miembros introduzca dos dedos entre la inmovilización y la piel del paciente), color de piel, tumefacciones, temperatura del área por lo menos cada **dos horas**.
11. Realice monitoreo neurológico según orden medica.

12. Realice la nota de enfermería y registre: fecha, hora y las áreas inmovilizadas; de igual forma los controles que se realizan incluyendo características de lo observado.

Anexo No.1

ESCALA DE CAIDAS MORSE		
ITEMS	**RESPUESTA**	**PUNTOS**
1. Antecedentes de caídas recientes	NO	0
	SI	25
2. Diagnostico secundario	NO	0
	SI	15
3. Alteración de la movilidad	Sin limitación	0
	Alteración del equilibrio	15
	Hemiplejia	30
4. Catéteres IV	NO	0
	SI	20
5. Marcha	Normal, reposo en cama	0
	Débil	10
	Alterada, requiere asistencia	20
6. Estado mental	Desorientación	15
	Confusión	15
	Agitación	15

NIVEL DE RIESGO	PUNTAJE ESCALA MORSE	ACCION
Sin riesgo	0-25	Cuidados básicos de enfermería
Riesgo bajo	25-50	Implementar plan de prevención
Riesgo alto	>51	Implementar medidas especiales

Anexo No.2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APELLIDOS:	**FECHA:**
NOMBRES:	**SERVICIO:**
IDENTIFICACION:	**CAMA:**

Yo, _____ identificado con c.c. No: _____

En calidad de (parentesco) _____ del paciente mencionado, declaro que recibí información y recomendaciones completas, claras y oportunas por parte del personal de enfermería en relación al riesgo de caída _____, y los potenciales actos de autoagresión o agresión al personal que puede presentar el paciente por motivo de las medidas terapéuticas que establezca el médico, así como evitar actos que generen atrasos en el tratamiento (como retiro de catéteres y/u otros dispositivos médicos) esenciales para su manejo instaurado

SE DARAN LA SIGUIENTE INFORMACION:

1. Sobre el área donde se encuentra ubicado
2. Utilización de las barras de apoyo, silla plástica en el baño o ducha y que se avise siempre que precise ayuda.
3. Los menores de edad, adultos mayores de 65 años y discapacitados requieren la compañía permanente de un adulto responsable excepto las Unidades de Cuidados Intensivos

MEDIDAS DE PREVENCION:

1. Utilizar material de apoyo que se requiera
2. Proporcionar ayuda al levantarse de la cama
3. Ayudar a los desplazamientos: cuarto de baño, traslados
4. Poner los objetos que necesite a la mano
5. Vigilar alteraciones táctiles
6. Según criterio médico serán utilizadas medidas de sujeción ó inmovilización del paciente.
7. Informar al equipo de salud sobre caídas anteriores

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE NOMBRE FUNCIONARIO

CC CC