



ELABORACIÓN	REVISIÓN Y APROBACIÓN
Subdirección General de Gestión	Grupo de Trabajo Asesor de Ética Asistencial de los Centros del Imerso (GT)

ÍNDICE

1. OBJETO	2
2. ALCANCE	2
3. RESPONSABLES	2
4. ACTIVIDADES	2
5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA	5
6. REGISTROS ASOCIADOS	5
7. NORMATIVA VIGENTE	5

Nº Edición	Fecha	Modificaciones respecto edición anterior
1ª	2/06/2014	Acta Reunión del GT Ética Asistencial de 28/05/2015

1.- OBJETO

La práctica de restricciones físicas, y en especial el uso y abuso que se hace de ellas en las personas mayores en el medio institucional, ha llevado al Imserso a promover el presente Protocolo con el objetivo de limitar su uso al mínimo indispensable.

Diversos estudios han puesto de manifiesto las consecuencias negativas de las prácticas restrictivas: Pérdida de masa ósea y de capacidad funcional muscular, deterioro de equilibrio, marcha y estabilidad (aumenta susceptibilidad a las caídas) y por tanto pérdida de seguridad en la deambulación autónoma, incontinencia urinaria y fecal, lesiones en la piel (ulceraciones, maceraciones, etc.).

Los Centros poseen un número de profesionales y cuidadores suficiente como para tener que aplicar medidas restrictivas únicamente en casos de protección de la vida, la salud, la integridad física, la prevención de caídas y lesiones de la propia persona usuaria o infringidas a otro o al personal del Centro.

En alguno de los casos, tales como sujeción de enfermo agitado, agresivo, etc. deberá seguirse el protocolo de control de esta patología, dando cuenta al juzgado de guardia antes de 24 h.

2.- ALCANCE

A todas las personas usuarias.

3.- RESPONSABLES

Titulados Superiores de Actividades Específicas (TSAE)

Titulados Medios de Actividades Específicas (DUE)

Auxiliares Enfermería / Oficiales de Actividades Específicas (OAE)

4.- ACTIVIDADES

Cuando el riesgo es detectado por cuidadores del Centro, familiares, profesionales o cualquier otra persona, lo pondrá en conocimiento del personal médico o de enfermería, bien de forma inmediata (en el momento en que se desencadene la agitación psicomotriz), o bien, si no es urgente, en la consulta diaria.

El/la Médico o DUE siempre informará a la familia de la práctica de la sujeción, de su finalidad, de sus implicaciones, de su temporalidad y de cualquier otro aspecto relevante.

Si la persona usuaria cuenta con modificación de su capacidad de obrar, será su tutor legal quien debe dar consentimiento para la sujeción. De no contar con este consentimiento y si existiera peligrosidad para sí misma o para otras personas usuarias o personal del Centro, se le dará de alta forzosa.

Siempre se realizarán con respeto a la legalidad vigente.

Escenarios posibles:

1. Caso de detección de riesgo no urgente:

- a. El Equipo Médico y/o de Enfermería estudiarán el caso, determinarán su gravedad o importancia, y prescribirán sujeciones físicas, mecánicas o farmacológicas regularmente pautadas (prescripción médica, administración diaria, en horario regular) o de rescate (en caso de que surja un episodio irruptivo).

Se rellenan los formatos: orden diaria de tratamiento y Contención mecánica de movimientos. Formulario de indicación.

- b. Las sujeciones se prescriben de forma puntual, no continua, con una finalidad y forma de aplicación muy concreta y adaptada a cada caso, nunca para suplir deficiencias de personal (los cuidadores deberán estar siempre pendientes de los enfermos) o por comodidad, descansos, etc.
- c. Únicamente el/los Médico/s adscritos al Centro están autorizados para firmar la prescripción de sujeciones físicas o de contención farmacológica.
- d. El Personal de Enfermería aplicará las medicaciones de rescate pautadas en el tratamiento individualizado, si a su criterio, y en horarios en los que no se encuentren Médicos en el Centro, hiciera su aparición un episodio irruptivo de agitación.

Asimismo si a su criterio, los Profesionales de Enfermería de turno estimaran, ateniéndose a los criterios del principio de beneficencia antes citado, que es necesario aplicar un método de sujeción mecánica, lo podrán hacer, poniéndolo en conocimiento de los Médicos en su primer horario laborable, para la sanción oficial de la medida con su firma. Esta información queda registrada en el cuaderno de incidencias de enfermería.

2. Caso de grave agitación psicomotriz urgente:

- a. Avisar al personal sanitario (o al personal de Seguridad, si existe), para sujeción física: prima tanto la seguridad de la persona usuaria como la

del personal del Centro, que debe protegerse adecuadamente, antes de intervenir. La intervención deberá estar protocolizada de antemano.

- b. Aplicación por la vía más rápida (parenteral, oral flas, oral solución) de la medicación sedante prescrita en el tratamiento individual, si así estuviere pautado.
- c. Aplicación de medicación sedante prescrita para casos de grave agitación. Al día siguiente hábil (en el caso de no encontrarse ningún Médico en el Centro por estar fuera de sus turnos laborables), el/la Médico firmará la prescripción de la medicación administrada en la orden diaria de tratamiento.
- d. Una vez sedada la persona usuaria, se le acostará en su cama, con almohadas, acolchantes y otros protectores, y sólo si fueran precisas para su seguridad, contenciones mecánicas.
- e. En último extremo, si no pudiera ser controlado de ninguna de las formas expuestas, se avisará al 112 para que active el protocolo de “Enfermedad Mental Grave”.

Entre las medidas de sujeción a las que se hace referencia en este Protocolo, están: cinturones de sujeción con velcro a la silla, cinturones pélvicos, cinturones de doble fijación (con imanes), cinturones de cama, sábanas fantasmas, muñequeras, tobilleras, segufix, barras laterales en las camas, barras para sillas de ruedas de ducha.

Tanto la medicación prescrita con las instrucciones para su administración, como la sujeción mecánica, tipo, horario de aplicación, lugar y cualquier otra indicación, quedará registrada por escrito y firmada por el/la Médico, en la orden diaria de tratamiento y en Formulario de indicación de contención mecánica de movimientos.

En el caso de contención de larga duración por grave agitación psicomotriz o en el caso de no incapacitados (intento de escapada por ingreso involuntario) el Médico tiene que comunicarlo al Juez, se usaría el modelo Comunicación al juez de restricción temporal de movimientos.

Anexo I Formulario de Contención Mecánica (CM) de personas usuarias

5.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG). Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados. Documento técnico nº 3 – Julio 2003.

- Protocolo de contención mecánica y terapéutica. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Valencia. Julio 2004.
- Protocolo de Contención Mecánica de Movimientos. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, septiembre 2003.
- Seoane Lago A, Álava Cascón T, Blanco Prieto M, Díaz Moreno H. Protocolo de contención de usuarios. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Abril 2005.
- Comité de Ética Asistencial (CEA). Sagrat Cor Serveis de Salut mental. Martorell (Barcelona: Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización. Informaciones Psiquiátricas. Primer trimestre 2004. Número 175.
- Sevillano Arroyo MA. Abordaje al usuario agitado. Protocolo de enfermería para la contención mecánica. Psiquiatria.com 2003; 7(3).

6.- REGISTROS ASOCIADOS

- Anexo I Protocolo de Contención Mecánica (CM) de personas usuarias
- Orden diaria de tratamiento
- Contención mecánica de movimientos. Formulario de indicación.
- Comunicación al juez de restricción temporal de movimientos.

7.- NORMATIVA VIGENTE

- Constitución Española: Art. 17.1
- Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000 de 7 de enero: Art. 763 (internamientos no voluntarios por razones psiquiátricas)
- Ley General de Sanidad: Art. 10 (consentimiento informado)
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del usuario y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: Arts. 4 y 5 (derecho a la información asistencial) y Arts. 8 y 9 (consentimiento informado)
- Código Civil: Art. 211 (tutela)
- Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad: Arts. 9.1 y 11.11



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



PROTOCOLO DE CONTENCIONES

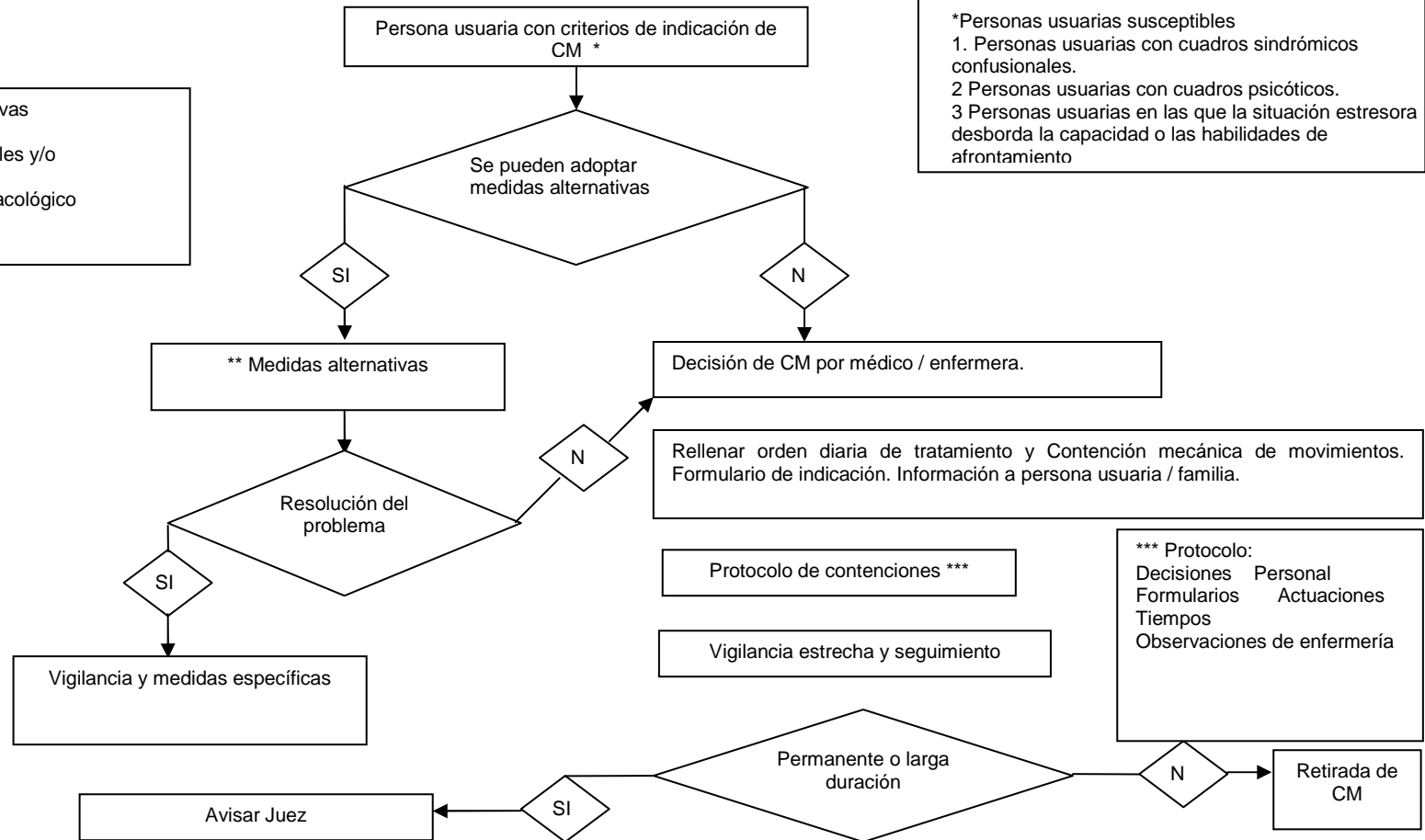
EDICIÓN 2
FECHA: 28/05/2015
Página 6 de 11

**** Medidas Alternativas**

1. Abordaje verbal
2. Medidas ambientales y/o conductuales
3. Manejo psicofarmacológico

***Personas usuarias susceptibles**

1. Personas usuarias con cuadros sindrómicos confusionales.
2. Personas usuarias con cuadros psicóticos.
3. Personas usuarias en las que la situación estresora desborda la capacidad o las habilidades de afrontamiento



Protocolo de contenciones ***

Vigilancia estrecha y seguimiento

***** Protocolo:**
Decisiones Personal
Formularios Actuaciones
Tiempos
Observaciones de enfermería

FECHA	
-------	--

Persona usuaria	Motivo / ID	Plan terapéutico	firma	IC
Módulo				
Módulo				
Módulo				
Módulo				

Notas

Nombre y apellidos de la persona usuaria:

.....

Nº de historia..... Fecha de ingreso..... Modulo..... Cama.....

Se ha explicado la necesidad de la contención.

A la **persona usuaria:** , a la familia , no fue posible en ningún caso

Fecha de indicación..... Turno: Mañana tarde Noche

Hora de indicación.....

Nombre y firma de los responsables de la indicación

Fdo.....

Fdo

Personal de enfermería

Personal médico

¿Se precisó la colaboración del personal de seguridad? Sí No

Indicaciones de la contención (márquese la casilla correspondiente)

Cualquier indicación de restricción de movimientos se entiende, inicialmente, para un plazo máximo de 8 horas. Un turno. Si es necesario prolongar el tiempo se deben confirmar las sucesivas indicaciones al dorso.

Riesgo de lesiones a terceras personas (personas usuarias o personal sanitario)

Riesgo de lesiones a si mismo (autolesión, caídas accidentales, etc...)

Riesgo de disrupción grave de proceso terapéutico. (arrancarse vías, sondas, otros sistemas de soporte vital, etc...)

Para evitar daños físicos significativos en el servicio (mobiliario, equipos diagnósticos, etc.)

Refuerzo negativo de un tratamiento conductista, pautado previamente o solicitud voluntaria.

Para reducir estímulos sensoriales (para aislamiento).

Otra (especificar según manual de uso)

Medios fracasados antes de contención (Pueden marcarse varios)

Desactivación verbal

Medicación oral

Medicación parenteral

Conversación con un familiar (si era posible)

No había otra opción y no se intentó nada de lo anterior

Tratamiento Farmacológico

Medicación	Vía	Hora	Firma

¿Se han producido lesiones durante la contención (caídas, erosiones, laceraciones, quemaduras, ...)?

Sí (detallar en la historia clínica)

No

Fecha, firma y número de Colegiado del médico responsable.

D. Licenciado en Medicina y Cirugía, personal del Centro.....,

COMUNICA A V.I.

Que en el día de la fecha se ha procedido a la restricción temporal de los movimientos de la persona usuaria D./Dña de años de edad, en contra de su voluntad, y con carácter urgente, por estar facultativamente indicado al encontrarse incluido en uno de los supuestos contemplados en el protocolo de contenciones, aprobado en su día por la dirección de este centro.

La finalización de dicha restricción involuntaria de movimientos se realizará cuando la situación clínica de la persona usuaria lo permita.

Lo que informo para su conocimiento y efectos oportunos.

Fdo.: Dr.

En a de de dos mil

SR. JUEZ DE PRIMERA INSTANCIA N° (Incapacidades) DE