

INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES Y SUJECCIÓN MECÁNICA.

Protocolo Consensuado. Revisión 2012. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

AUTORES:

- M^a Luisa Rodríguez de Vera Selva. DUE especialista en Salud Mental.
- Natividad Alarcón Tobarra. DUE especialista en Salud Mental.
- Juana Ruiz García. DUE Salud Mental.
- M^a Dolores Pérez Mascuán. DUE.

PROTOCOLO REVISADO Y ADAPTADO POR EL EQUIPO IMPULSOR IMPLICADO EN LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA RNAO*: PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y LESIONES DERIVADAS DE LAS CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES.

- Lucía Casco Bogarín. DUE.
- Pilar Córcoles Jiménez. DUE.
- Antonia M^a González Fernández. DUE.
- Julia González Vaca. EIR.
- M^a Luisa de la Rica Escuin. EIR.
- M^a Victoria Ruiz García. DUE.
- Rosana Varela Pérez. EIR.
- Eva María Velasco Sánchez. DUE.

*RNAO: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.

Fecha de actualización: junio 2012

Fecha de revisión: junio 2015

ÍNDICE

Pág.

1. JUSTIFICACIÓN	1
2. DEFINICIÓN DE CONTENCIÓN	1
3. POBLACIÓN DIANA	1
4. OBJETIVOS	3
5. PERSONAL	4
6. MATERIAL	4
7. PROCEDIMIENTO	5
7.1. Abordaje alternativo y/o complementario a la contención mecánica.	
- Contención verbal	
- Medidas ambientales y/o conductuales	
- Contención farmacológica	
7.2. Contención mecánica.	
8. PROBLEMAS POTENCIALES.....	11
- Estrategias para disminuir el uso y riesgo de las contenciones e inmovilizaciones.	
9. PUNTOS A REFORZAR.	12
10. INDICADORES DE EVALUACIÓN	13
11. SISTEMA DE REGISTRO.....	13
13. NIVELES DE EVIDENCIA.....	14
14. ALGORITMO DE DECISIONES	15
15. ANEXOS.	16
I. Registro de contenciones.	
II. Precauciones a tener en cuenta con la administración de fármacos sedantes.	
III. Aspectos ético-legales de las contenciones	
16. VIGENCIA.....	19
15. BIBLIOGRAFÍA	20

1. JUSTIFICACIÓN.

La contención física supone un enfrentamiento ético entre los principios de autonomía (limitación de la libertad del paciente en contra de su voluntad) y de beneficencia (deseo bienintencionado 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. ⁽¹⁾

La contención mecánica es un 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 o contención verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y la contención farmacológica. (Nivel de evidencia III y IV)

Dicho recurso es utilizado no sólo en unidades de psiquiatría, sino también en pacientes que presentan un cuadro de agitación, confusión, de delirium, en pacientes suicidas o en enfermos que tengan el nivel de consciencia alterado, que se retiran y arrancan las sondas, los catéteres y que pueden lesionarse. Por tanto, las contenciones físicas se realizan en unidades médicas, quirúrgicas, geriátricas, psiquiátricas, servicios de urgencias o cuidados intensivos lo que justifica la necesidad de elaborar un protocolo consensuado y aprobado por la Dirección del CHUA que regule y establezca la justificación, normas, procedimiento y evaluación posterior a seguir en el caso de tener que aplicar contención mecánica o inmovilización de pacientes atendidos en este hospital basándonos en las mejores evidencias científicas disponibles: “Las instituciones establecen una política corporativa para el uso mínimo de contenciones que incluye contenciones mecánicas y químicas”. Nivel de evidencia IV. ⁽²⁾

2. DEFINICIÓN

La contención 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. ⁽³⁾

Su indicación sólo está justificada ante el fracaso de otras alternativas, ya que vulnera el principio de autonomía de la persona al limitar la libertad del paciente, suponiendo una restricción de los derechos fundamentales de amparo constitucional de las personas afectadas por las intervenciones corporales (Anexo I).

3. POBLACIÓN DIANA

Todo paciente atendido en el CHUA y en el que esté indicada esta intervención.

Indicaciones:

- Prevención de daño inminente a sí mismo o a otros cuando otros medios (contención verbal o farmacológica) han resultado ineficaces.
- Prevención de daño al entorno (familia, pacientes, personal asistencial, instalaciones...).
- Para asegurar el seguimiento del tratamiento prescrito cuando se asocia a conducta agresiva o riesgo inminente de la misma.

- Contingencia en la terapia conductual de conductas peligrosas.
- Otras:
 - Reducir al mínimo la medicación durante la observación de pacientes agitados por delirium o psicosis.
 - Episodio de agitación psicótica en embarazadas.
 - Prevenir daños durante la administración urgente de medicación.
 - Prevenir la agresión y automutilación que no responde a otras intervenciones, en el caso de deficientes mentales graves.

Contraindicaciones:

- Orden expresa del médico de no aplicar contención.
- Siempre que exista la posibilidad de aplicar otros abordajes terapéuticos.
- Como castigo al paciente por una transgresión.
- Como respuesta a una conducta molesta.
- Como respuesta al rechazo del tratamiento en pacientes conscientes y orientados.
- Como sustitución de un tratamiento ya en curso.
- Por simple conveniencia del equipo.
- En casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar por disminuir la estimulación sensorial.
- Desconocimiento del estado general de salud del paciente.
- Vivencia del paciente como refuerzo de su conducta violenta.
- Cuando no exista personal suficiente para realizar la contención o sea una situación de peligrosa (paciente armado).⁽⁴⁻⁹⁾

4. OBJETIVOS

- Establecer y unificar criterios y pautas de actuación en relación a la necesidad de inmovilización de pacientes y aplicación de contención mecánica en el CHUA.
- Garantizar la seguridad de los pacientes, la de los familiares y la del personal asistencial y mejorar la calidad asistencial.
- Dotar a los profesionales sanitarios y no sanitarios del CHUA de los conocimientos y pautas a seguir en el caso que se establezca la necesidad de utilizar contención mecánica y/o inmovilizar a pacientes.
- Potenciar la utilización de medidas alternativas a la contención mecánica para reducir así su uso.
- Dar a conocer las implicaciones éticas y jurídico-legales que tiene el aplicar contención mecánica e inmovilización de pacientes en la práctica asistencial para prevenir los riesgos derivados de estas intervenciones.

5. PERSONAL

Todo el personal tanto sanitario (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería) como no sanitario (celadores, personal de seguridad) disponible en cada Unidad está obligado a prestar su colaboración si ésta es requerida por el responsable de la contención. Los supervisores de enfermería de cada Unidad son los responsables de velar por el cumplimiento de este protocolo.

Médico:

- La indicación 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.

Enfermería:

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

Auxiliar de enfermería (3 o 4 personas):

- Coopera en la ejecución y supresión de la contención 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:

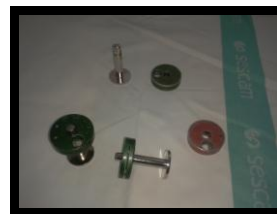
- Pueden ser requeridos para colaborar en el procedimiento, con su presencia y/o intervención en la reducción del paciente si, excepcionalmente, no es suficiente con el personal de la propia Unidad.

6. MATERIAL

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.

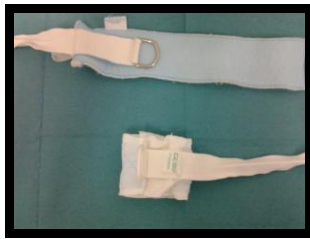
Unidad de Salud Mental:

- Juego de correas de sujeción mecánica completo (con independencia de que la sujeción sea total o parcial) compuesto por:
 - Cinturón ancho abdominal.
 - 2 sujeciones para los miembros superiores.
 - 2 sujeciones para los miembros inferiores.
 - Alargaderas para poder fijar mejor las contenciones a la cama.
 - Botones o anclajes suficientes para todas las sujeciones anteriores. Botones de sujeción y sus correspondientes cierres de imán o de muelle.



Unidades de hospitalización y urgencias:

- Sujeciones para los miembros superiores y/o inferiores (número según indicación médica).
- Cinturón abdominal.



7. PROCEDIMIENTO

7.1. ABORDAJE ALTERNATIVO Y/O COMPLEMENTARIO A LA CONTENCIÓN MECÁNICA. ⁽⁴⁻¹¹⁾

A. Contención verbal.

Siempre que sea posible se debe comenzar con un abordaje o contención verbal cuya finalidad sea la de enfriar la situación que ha provocado la agitación y/o desorientación del paciente, disminuyendo la ansiedad, la hostilidad y la agresividad, y prevenir posibles ataques violentos. Para ello se ha de transmitir al paciente tanto de forma verbal como no verbal que la intención del personal sanitario es la de protegerlo frente a su enfermedad.

- Indicaciones: en aquellos casos en los que la pérdida de control sea moderada.
- Procedimiento y técnicas:
 - Recabar información sobre los antecedentes, situación clínica actual y tratamiento que recibe el paciente antes de entrar en contacto con él.
 - Vigilar signos de alerta: tono de voz, tensión muscular, hiperactividad motora, agitación creciente, alucinaciones auditivas, amenazas paranoides,...
 - Mantener una actitud terapéutica en todo momento.
 - Mostrarse firme y con seguridad.
 - Mantener una distancia de seguridad y asegurar una vía de salida
 - Evitar contacto visual fijo durante mucho tiempo ya que el paciente la puede percibir como amenaza.
 - Ser respetuoso en todo momento. Tono de voz calmado y neutral.
 - Dejar que hable el paciente para que se sienta escuchado.
 - Evitar discutir, responder hostilmente o mostrarnos desafiantes o agresivos hacia sus argumentos para evitar aumentar el riesgo de violencia.
 - Mostrar empatía pero no conformidad aclarando cuáles son los límites y normas de la institución y del personal.
 - Evitar juicios de valor.
 - No buscar confrontación, sino alianzas sencillas que le tranquilicen.
 - Valorar la causa de la pérdida de control y de su ira. Si el paciente está confuso o desorientado, orientar en tiempo-espacio.

Comprobar la efectividad de la contención verbal a través de las respuestas del paciente, si no se puede controlar la situación proceder a otro tipo de intervención y pedir ayuda.

B. Medidas ambientales y/o conductuales.

Buscar favorecer un ambiente y entorno adecuados, reduciendo o limitando aquellos estímulos que puedan ser provocadores de conductas agresivas o violentas:

- Facilitar un cambio del entorno social introduciendo una figura que represente autoridad o confianza para el paciente y limitando la permanencia de aquellas personas o estímulos que puedan producir respuestas negativas.
- Posibilitar, en la medida de lo posible, actividades que puedan hacer que disminuya la respuesta agresiva (llamar por teléfono, caminar,...)
- Enseñar técnicas de relajación (muscular, respiratorias,...) para tratar de desactivar la respuesta agresiva o violenta.
- Tratar de orientar al paciente. En pacientes con confusión y agitación, disponer de objetos personales (fotografías) pueden minimizar la confusión así como dejar la luz encendida por la noche.
- Cambios en el entorno como: mejorar la iluminación, luces fáciles de encender, prevención de caídas por suelos resbaladizos, muebles que obstaculicen el paso, timbre al alcance de la mano de los pacientes,...
- Seguridad en la cama: colocar rodillos acolchados, manta enrollada debajo de las sábanas, almohadas o cojines delimitando los bordes de la cama, evitando el deslizamiento del cuerpo y facilitando los cambios posturales, regular la altura de las camas según las necesidades, frenar las camas, proporcionar trapecios para facilitar la movilidad en la cama, recordatorios visuales para animar al paciente a que utilice el timbre de llamada cuando necesite ayuda...
- Asientos e higiene postural en sillas: asientos profundos, reclinables, de respaldo alto, ruedas frenadas,...
- Enseñar técnicas seguras de movilización y deambulación.
- Proporcionar ayudar en el aseo en pacientes que lo necesiten (incontinentes).
- Empleo de manoplas o calcetines en las manos como alternativa a las sujeciones de muñeca.
- Cubrir zonas de inserción de sondas gástricas, catéteres,... para evitar su manipulación por parte de los pacientes.
- Ubicar a los pacientes con riesgo en habitaciones próximas al control de enfermería.
- Alternativas psicosociales: aumentar la interacción social durante el día.
- Alternativas fisiológicas: reducir el dolor, insomnio, alteración mental (reorientar al paciente en tiempo y espacio), infecciones... revisar y comprobar la medicación del paciente.

C. Contención farmacológica.

Cuando la alternativa del abordaje verbal no ha sido suficiente se debe recurrir al abordaje farmacológico. Generalmente una contención mecánica va a conllevar la necesidad de administrar tratamiento farmacológico y siempre será bajo prescripción médica, debiendo quedar registrada.

Deben conocerse las precauciones a tener en cuenta a la hora de administrar fármacos sedantes y valorarse cuidadosamente sus riesgos y beneficios (Anexo II), teniendo en cuenta los problemas clínicos del enfermo, para poder detectar cualquier efecto adverso que pudiera aparecer. El objetivo no es la sedación profunda a cualquier precio sino conseguir un grado de sedación suficiente que permita el manejo adecuado de la situación. ⁽¹⁰⁾

El médico responsable del paciente en cada Unidad establecerán la pauta a seguir en estos casos, tras valorar las posibles causas de agitación: orgánicas, psiquiátricas y/o causas derivadas del abuso o privación de sustancias tóxicas. A modo de generalidad indicar que:

- El fármaco ideal es el que consigue una rápida sedación, disponible por cualquier vía de administración, que requiera el menor número de dosis administradas, y con mínimos efectos secundarios.

- La vía de administración más recomendable es la oral. En la práctica, tanto la vía oral como la intravenosa son difíciles de aplicar por las características de estos pacientes.
- La vía intravenosa presenta más riesgos cardiorrespiratorios.
- La vía intramuscular aunque es menos rápida y fiable que las anteriores, es la más segura.

7.2 CONTENCIÓN MECÁNICA.

El objetivo de las medidas de contención mecánica es la limitación de movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente, a fin de prevenir lesiones en el propio paciente o a otras personas, en los casos en los que hayan fallado otras alternativas como la contención verbal o la contención química, o bien como coadyuvante de ambas.

A. Consideraciones previas:

- Valorar la situación en la que un paciente pueda perder el control y adoptar conductas físicamente peligrosas, para sí mismo o para los demás. Nuestro objetivo será evitar el daño inminente y lograr la seguridad de todos los pacientes, se avisará al médico responsable para que confirme o no el poner en marcha el protocolo y se llamará al número de profesionales necesario, debiendo actuar de forma rápida y coordinada.
- Se designará al personal encargado de dirigir la contención. Normalmente esta función estará a cargo de la enfermera y/o médico responsable del paciente.
- Se informará al paciente de las medidas terapéuticas que vamos a tomar, dándole tiempo a que acepte y colabore, en caso contrario se procederá a reducirle.
- Siempre que sea posible, informar a la familia y solicitar verbalmente o por escrito la aceptación de la medida y dejarlo registrado.
- El personal que no interviene permanecerá atendiendo y tranquilizando al resto de los pacientes (acompañándoles en el salón hasta que acabe la medida en la Unidad de Psiquiatría).
- Evitar intervenir hasta que se disponga del suficiente personal, mínimo 4 personas, entre las que se encontrará una enfermera y 3 o 4 auxiliares. Una persona para cada miembro y es recomendable otra para la cabeza, de ahí que el personal óptimo sea de 5 personas. Es necesario tener en cuenta que la sola presencia del grupo puede ser disuasoria para el paciente.

B. Precauciones:

- Las personas que vayan a entrar en contacto físico con el paciente adoptarán las medidas de precaución universales.
- Preparar la cama, asegurándose de que este frenada (en el caso de que ésta no esté fijada al suelo) y se colocará la sujeción de cintura previamente en la misma.
- Eliminar del alcance del paciente cualquier objeto potencialmente peligroso.
- Retirar objetos de la ropa del paciente que pudieran dañarle.
- El personal que vaya a intervenir en la sujeción no llevará objetos que puedan producir daño o romperse (gafas, reloj, anillos, cadenas, bolígrafos, etc...).
- Inclinación de la cama a 45° salvo contraindicación médica.

C. Ejecución:

- El profesional designado encargado de la contención mantendrá la comunicación verbal con el paciente, debiendo dar tiempo al paciente para aceptar las demandas verbales, para que colabore y se tumbe en la cama.
- Si no accediese a ello y el paciente se muestra poco colaborador, agresivo o negativo, sin lugar a la discusión verbal se procederá a reducirle, trasladarle y tumbarle en la cama.

1. **Reducción:** Debe llevarse a cabo encargándose una persona de cada extremidad preestablecida y otra de la cabeza. Se realizará preferentemente cuando el paciente esté distraído. Deberá girarse de espaldas sobre el suelo y se sujetará a nivel de los hombros,

- antebrazos y por encima de las rodillas y tobillos. Un quinto miembro controlará la cabeza de manera que no pueda golpearse o pueda golpear a algún miembro del equipo.
- Evitar, en lo posible, hablar con el paciente mientras se realice la sujeción, y si es necesario, que sea una única persona la que se dirija al paciente, y todo ello con el fin de evitar que puedan surgir comentarios críticos o provocativos hacia paciente.



2. Traslado: para trasladar al paciente que no colabore y esté agitado y/o violento se realizará sujetándolo por las piernas, a la altura de las rodillas, y por los brazos, alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros. No deben forzarse las articulaciones más allá de los límites fisiológicos.



3. Tumbarle en una cama: Se colocará al paciente en decúbito supino en la cama (excepto en pacientes intoxicados o con disminución de conciencia que se dejarán en posición de seguridad) y se procede a la sujeción completa o parcial indicada. La sujeción se realizará por este orden: Cintura, miembros inferiores y miembros superiores.
 - *Sujeción completa*: inmovilización del tronco y las 4 extremidades.
 - *Sujeción parcial*: inmovilización del tronco y 2 extremidades. Se colocará primero cinturón ancho abdominal y después las dos extremidades, de forma diagonal: brazo izquierdo y pierna derecha o brazo derecho y pierna izquierda.
 - o Las piernas deberán sujetarse extendidas y ligeramente abiertas para sujetarlas por los tobillos.
 - o Los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, para sujetarlos por las muñecas.
 - *Sujeción en sillón*. Se adoptarán las medidas preventivas necesarias y se informará tanto al paciente, familiar y/o cuidador de las precauciones a tener en cuenta. Se deberá valorar la necesidad de utilizar cinturón abdominal homologado para la sujeción del tronco. Si el paciente presenta alto riesgo de caídas no se levantará al sillón si no va a poder estar acompañado y vigilado por un familiar y/o cuidador o por personal de la Unidad.
 - Modo de aplicación de los dispositivos de sujeción:
 - Muñequera con imán o velcro:
 - Colocar la muñequera al paciente sobre la cara de algodón dejando las cintas caer por ambos lados.

- Ajustar y fijar la muñequera con el cierre de velcro o imán.
- Tensar y anudar las cintas a ambos lados del marco de la cama. **Nunca a las barandillas.**
- La sujeción debe permitir la perfusión endovenosa y cierta movilidad de las extremidades.
 - **Sujeción abdominal:**
 - Cama: paciente semiincorporado.
 - Silla: paciente con la espalda apoyada en el respaldo.
 - Colocar cinturón alrededor de la cintura del paciente.
 - Cruzar las cintas por detrás.
 - Anudar las cintas a ambos lados del bastidor de la cama. Nunca a las barandillas.
 - El paciente podrá girar a cada lado 90° sin peligro de caída.
 - Si se desea mayor sujeción volver a pasar de nuevo las cintas a través de las anillas laterales y átelas al bastidor.⁽¹⁰⁾
- No se debe inmovilizar un único miembro por el riesgo de lesiones (dislocación de hombros, erosiones,...)
- Se comprobará y revisará cada uno de los puntos de sujeción para evitar daños en la piel o problemas por compresión excesiva.
- Mantener la cabeza del paciente ligeramente levantada para prevenir posible aspiración pulmonar y disminuir sus sentimientos de indefensión.
- Si se sujeta el tronco con un cinturón a la cama se deberá tener especial precaución de su correcta colocación para evitar excesiva compresión o deslizamientos que puedan ocasionar lesiones (dificultarle la respiración, estrangulación...).
- Comprobar que el personal sanitario pueda manipular fácilmente los accesos venosos, drenajes o sondas.

El paciente, una vez contenido, queda en situación de indefensión, por lo que hay que explicarle que todas sus necesidades serán atendidas y se realizarán visitas periódicas por parte del personal.

Finalizada la contención, se posibilitará, posteriormente y en habitación aparte, que el personal que ha participado en la misma pueda exponer y evaluar las acciones llevadas a cabo, con el fin de mejorar la intervención en lo sucesivo, y sobre todo verbalizar los sentimientos que inevitablemente emergen en situaciones tan críticas.

D. Cuidados durante la contención:

Es preciso estandarizar las observaciones que deben hacerse durante la contención mecánica, para evitar las complicaciones en el procedimiento y para atender las necesidades que genera la situación clínica del enfermo. **La contención del paciente implica incrementar la atención y vigilancia del paciente** por parte de los profesionales responsables.

- Médico responsable y/o de guardia:
 - Valorará al enfermo dentro de la primera hora tras la sujeción. Reevaluación c/12h.
 - Revisará la pertinencia o no de la medida adoptada, así como el tratamiento a seguir.
 - Dejará registrada en la historia clínica del paciente tanto la indicación de la contención como las pautas a seguir. (Incluido el uso de barandillas).
- Enfermera responsable:
 - Valoración continua (**Nivel de evidencia III y IV**) a través de los monitores de televisión (Unidad de Salud Mental) y cada 2 horas a fin de examinar al paciente y resolver cualquier contingencia que pudiera surgir. Durante todo el tiempo que dure la inmovilización será necesario controlar y vigilar:
 - Estado general del paciente.

- Actitud ante la sujeción.
 - El nivel de conciencia, pues se pretende la sedación del paciente vigilando las complicaciones de la neuroleptización.
 - Constantes vitales por turno.
 - Las zonas de sujeción: valorar la compresión vascular (arterial y venosa), nerviosa y articular (pulsos periféricos, temperatura, coloración, entumecimiento y movilidad de los miembros), las lesiones por fricción, etc... La sujeción debe ser revisada y cada miembro debe ser liberado de la restricción al menos una vez cada 2 horas.
 - El nivel de agitación, agresividad y ansiedad.
 - Las complicaciones de la contención mecánica: tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, broncoaspiraciones, asfixia, lesiones, muerte súbita...
 - Las necesidades básicas: alimentación, hidratación, eliminación, higiene, etc.
- Una vez inmovilizado, si el paciente sigue forcejeando, hay que consultar la administración de sedantes parenterales o seguir la prescripción médica, previamente pautada.
 - La comida y sus utensilios, así como el material de aseo, deben ser entregados con precaución y el personal auxiliar de enfermería estará siempre presente vigilando y custodiando los cubiertos.
 - Debido al riesgo de atragantamiento (ya sea por los fármacos administrados y/o por la limitación de la movilidad), hay que vigilar la alimentación durante la contención. Valorar si precisa dieta de fácil deglución y vigilar la ingesta y aporte de líquidos.
 - La sujeción debe permitir administrar perfusión intravenosa.
 - Procurar crear un ambiente confortable en la habitación. A ser posible un paciente con sujeción deberá estar en una habitación lo más cercana posible al control de enfermería.
 - Registrar el procedimiento, constantes vitales y cuidados proporcionados (Anexo I).
 - En caso de urgencia, el personal de Enfermería podrá valorar la necesidad de adoptar la medida de sujeción de un paciente (siguiendo los criterios de indicación protocolizados), debiéndolo registrar y comunicar al médico responsable, así como en los casos en los que valore la conveniencia de su supresión.

E. Supresión de la contención mecánica:

- 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 ([Nivel de evidencia III y IV](#))
- Se hará siempre de forma progresiva a medida que aumente el autocontrol. Lo habitual es proceder a una supresión gradual, pasando primero de una contención total a una parcial y después a la supresión total, explicando en todo momento el procedimiento al paciente y a la familia.
- Se hará en presencia del personal suficiente (mínimo dos personas), valorando el comportamiento del paciente.
- Se debe intentar que la sujeción física dure el menor tiempo posible. El tiempo máximo que se establece para toda sujeción y/o aislamiento de un paciente es el de 12 horas, prolongable a un periodo que nunca debe superar las 72 horas.
- Deberá siempre figurar por escrito en la hoja de órdenes médicas y en los cuidados de enfermería.
- Si otros pacientes han presenciado el episodio de sujeción, es necesario hablar con ellos después de la crisis, permitiéndoles que expresen sus sentimientos al respecto y que entiendan la pertinencia de las medidas adoptadas.

F. Información al paciente y a la familia:

En todos los casos es necesario proporcionar información tanto al paciente como a sus familiares o representantes legales sobre la intervención que se vaya a prescribir y de su motivo, así como de los criterios que se utilizarán para retirar la contención.

8. PROBLEMAS POTENCIALES

Las contenciones mecánicas suponen un peligro potencial ya que pueden aumentar el riesgo de defunción, caídas, lesiones graves y hospitalización prolongada. ⁽²⁾ Las lesiones relacionadas con las sujeciones mecánicas se pueden dividir en directas e indirectas y requieren vigilancia y control:

- Lesiones en plexos nerviosos.
- Riesgos de tromboembolismos. (Prevenir con pautas de heparinas)
- Lesiones al forzar la inmovilización: Fracturas, luxaciones, en pacientes con deformidades, etc.
- Broncoaspiraciones; cuando la inmovilización es en posición supina.
- Lesiones isquémicas. Contracturas isquémicas de los músculos de ambas manos después de tiempos prolongados de sujeción.
- Asfixia. Puede producirse al enredarse el paciente en el sistema de sujeción, generalmente cuando trata de levantarse y cuando la inmovilización es en decúbito prono.
- Muerte súbita: Algunos informes describen la muerte súbita tras un prolongado periodo de agitación y forcejeo con las sujeciones.
- Otras consecuencias derivadas de la propia inmovilidad: debilidad, pérdida de fuerza, deterioro funcional de las actividades de la vida diaria, incontinencia...
- Reducción del apetito, deshidratación, hipotensión con riesgo de síncope y caídas.
- Aumento de la agitación.
- Alteraciones sensoriales, por el aislamiento del entorno y una relación alterada con el personal que da cuidados...
- Aumento del estrés físico y psicológico.
- Mayor riesgo de infecciones nosocomiales. ^(12,13)

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.

1. Uso mínimo de las contenciones:

- Para fomentar que la utilización de las sujeciones sea limitada y justificada es necesario disponer de un protocolo donde se establezcan las normativas y procedimientos, además de poseer profesionales bien formados y el apoyo de los líderes de la organización. Por lo que es necesario dar a conocer este protocolo y evaluar su cumplimiento.
- Desarrollar estrategias de gestión alternativas para aquellos grupos de pacientes en los que la sujeción mecánica se emplea comúnmente:⁽¹²⁾
 - 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.
 - Riesgo de caídas y problemas de movilidad:

- Valoración del riesgo de caídas. Identificación de factores de riesgo. Seguir recomendaciones establecidas en protocolo de prevención de caídas del CHUA www.chospab.es
- Personas con deambulación errática:
 - Comprobar que llevan pulsera identificativa. No dejarles solos. Proporcionarles actividades recreativas.
- 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.
- Personar agitadas o violentas:
 - Ver apartado de medidas alternativas a la contención.

2. 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 (Unidad de Salud Mental) 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. ⁽³⁾

9. PUNTOS A REFORZAR

- Evitar el uso de las inmovilizaciones, valorando el riesgo existente e interviniendo precozmente con medidas menos restrictivas. La sujeción mecánica debería utilizarse solamente como último recurso, y sólo cuando los beneficios potenciales sean mayores que el daño potencial. (Nivel de evidencia III y IV).

- 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 sujeción mecánica puede reducir con seguridad su uso (**Nivel de evidencia II**)
- Sólo utilizar las restricciones de movimiento como medida terapéutica y durante cortos períodos de tiempo.
- Si debe usarse sujeción mecánica, se recomienda que solamente se emplee el nivel mínimo que garantice la seguridad del paciente, o que facilite el tratamiento (**Nivel de evidencia III y IV**).
- Evaluar continuamente a los pacientes inmovilizados (**Nivel de evidencia III y IV**), valorando la posibilidad de retirar la contención cuanto ésta ya no sea necesaria.
- La intervención debe quedar siempre registrada.⁽¹²⁾
- Mantener el material de contención localizado y en perfectas condiciones para su uso. (Comprobar el material cuando se recibe de lavandería, revisando botones, anclajes, velcros...)

Lo que nunca se debe hacer es:

- Avergonzar al paciente por su actitud.
- Utilizar estrategias como: Decirle que se calme, ofrecerle medicación “para estar más tranquilo”, negarse a escucharle, elevar el volumen de la voz, mantener una discusión en público o empeñarse en seguir hablando aunque se esté en vía muerta.
- Nunca sujetar a un paciente agitado en una silla de ruedas o en un sillón por el elevado riesgo de caída.
- Nunca se utilizará la restricción física como sustituto de vigilancia.

10. INDICADORES DE EVALUACIÓN

La evaluación de este protocolo se realizará dentro del contrato de Gestión de Calidad del CHUA, a través de los registros y notificación de incidentes y será evaluado por el supervisor de Calidad. Para ello se medirán anualmente los indicadores que se describen a continuación. El control del cumplimiento del protocolo estará a cargo del supervisor de cada Unidad.

1- Indicador de proceso: uso de medidas de contención

Definición:

Porcentaje de pacientes con medidas de contención físicas con indicación médica y/o enfermería

Objetivo:

Descenso en el porcentaje

Numerador:

Número total de pacientes con medidas de contención físicas con indicación médica y/o enfermería.

Denominador:

Número total de pacientes con contención física.

$$\left[\frac{\text{Número total de pacientes con medidas de contención físicas con indicación médica y/o enfermería}}{\text{Número total de pacientes con contención física}} \right] * 100$$

Otros indicadores:

- N° de pacientes con medidas de contención físicas y presencia del registro en la historia clínica/
N° de pacientes con medidas de contención físicas.

- N° de pacientes con seguimiento en el registro, de las medidas de contención físicas, por parte de la enfermera / N° de pacientes con medidas de contención físicas.
- N° de pacientes con medidas de contención físicas y cumplimentación de la retirada de la misma, en el registro por parte del médico / N° de pacientes con medidas de contención físicas.
- N° de pacientes con medidas de contención físicas y constancia en la Historia Clínica de información a la familia / N° de pacientes con medidas de contención físicas.
- N° de efectos adversos o incidentes tras el procedimiento de contención física / N° de pacientes con medidas de contención físicas.

11. SISTEMA DE REGISTRO

La contención mecánica e inmovilización de pacientes tiene implicaciones ético-legales (Anexo II), por lo 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, cumplimentando el formulario específico existente en el programa Mambrino (Anexo I).

12. NIVEL DE EVIDENCIA

Niveles de evidencia. Escala Joanna Briggs Institute.

NIVEL I	Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevante.
NIVEL II	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.
NIVEL III.1	Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados
NIVEL III.2	Evidencia obtenida de estudios de cohortes, de casos y controles o de series temporales con un grupo de control
NIVEL III.3	Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios con grupo único, o de series temporales interrumpidas sin grupo control paralelo.
NIVEL IV	Evidencia obtenida de estudios de series de casos, pre y pos-test o sólo post-tes

13. ALGORITMO DE DECISIONES

CONTENCIÓN FÍSICA

- Medida terapéutica excepcional, con importantes implicaciones éticas y legales.
- Indicación sólo justificada si fracasan o no son aplicables las medidas alternativas (contención verbal, medidas ambientales y/o conductuales, farmacológica...)

INDICACIONES:

- Pacientes agitados por causas orgánicas, psiquiátricas o derivadas del abuso-deprivación de sustancias tóxicas.
- Prevenir:
 - Lesiones en el propio paciente (caídas...)
 - Lesiones a otras personas.
 - Disrupción del tratamiento.
 - Daños en el entorno.

CONTRAINDICACIONES:

- Orden médica expresa de NO APLICAR
- Si la situación puede resolverse con medidas alternativas.
- Si no hay personal suficiente.
- Como medida punitiva-represiva.

PROCEDIMIENTO

La contención física precisa prescripción médica. En caso de urgencia, la enfermera puede iniciar el procedimiento.

CONSIDERACIONES PREVIAS:

- Informar al paciente y familiares o allegados.
- Respetar la intimidad.
- Disponer un entorno seguro.
- Valorar el sistema de contención a utilizar.
- Valorar los riesgos relacionados con el paciente y el tipo de contención.
- Designar a una persona para dirigir el procedimiento: Reducción. Traslado. Tumbado en cama. Contención.

APLICACIÓN DE SISTEMAS DE CONTENCIÓN:

Posición del paciente: Decúbito supino, excepto: Pacientes intoxicados o con disminución de conciencia: Decúbito lateral izquierdo (posición de seguridad).

Secuencia del proceso de inmovilización:

- Inmovilización total:
 1. Colocación de cinturón abdominal.
 2. Sujeción de miembros inferiores.
 3. Sujeción de miembros superiores.
- Inmovilización parcial: Sistema de contención en diagonal: brazo izquierdo – pierna derecha o viceversa.

No se debe inmovilizar un único miembro.

Posición del paciente una vez contenido:

Mantener la cabecera de la cama ligeramente elevada.

ABORDAJE ALTERNATIVO Y/O COMPLEMENTARIO.

Contención verbal:

Enfriar la situación, disminuir la agresividad:

- Vigilar signos de alarma
- Mostrarse firme y con seguridad
- Evitar contacto visual fijo
- Mantener actitud terapéutica
- Dejar que hable, no discutir ni confrontación.
- Empatía pero no conformidad
- Evitar juicios de valor
- Mantener distancia de seguridad

Medidas ambientales y/o conductuales:

Reducir o limitar estímulos provocadores de conductas agresivas o violentas.

- Introducir una figura de autoridad o confianza.
- Actividades de distracción, relajación, interacción,...
- Orientación en tiempo, espacio y persona.
- Seguridad del entorno.

Contención farmacológica:

- Prescripción médica.

VALORACIÓN DEL PACIENTE:

- Médico: Primera hora. Reevaluar c/12h.
- Enfermera: cada 2h
- Estado general del paciente
- Nivel de conciencia, agitación, ansiedad.
- Constantes vitales
- Necesidades básicas
- Riesgos de la contención.

SUPRESIÓN CONTENCIÓN:

- Valoración multidisciplinar.
- Supresión progresiva antes de las 12h. (Máximo 72h).
- Mínimo 2 personas.

REGISTRO DEL PROCESO

14. ANEXOS

ANEXO I: FORMULARIO DE REGISTRO DE CONTENCIONES (MAMBRINO).
 Seleccionar formulario "CONTENCIONES"

Nueva Toma - Contencion Mecanica - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA - prueba - 10/01/2012 - Windows In...

Nueva Toma - Contencion Mecanica - 2387169 - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA

OTRAS ALERGIAS (sulfamidas)

Fecha Toma: 15/05/2012 Hora Toma: 12:32:06 hh:mm:ss Recálculo Automático

Botones de Acción

Cuidados Básicos	<input type="checkbox"/>
Revisión	<input type="checkbox"/>
Hidratación	<input type="checkbox"/>
Alimentación	<input type="checkbox"/>
Micción	<input type="checkbox"/>
Deposición	<input type="checkbox"/>
Higiene	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>
Movilización	<input type="checkbox"/>
Estado del paciente I	<input type="text"/>
Estado del paciente II *	Agresivo/ Violento
	Desorientado/Confuso
	Psicótico
	Dormido
	Otros
Medidas de Apoyo Sustitutivas *	Contención Verbal
	Medicación
	Medicación Parenteral
	Distracción con Actividad
	Conversación con Familiar

Nueva Toma - Contencion Mecanica - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA - prueba - 10/01/2012 - Windows In...

Nueva Toma - Contencion Mecanica - 2387169 - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA

OTRAS ALERGIAS (sulfamidas)

Fecha Toma: 15/05/2012 Hora Toma: 12:32:06 hh:mm:ss Recálculo Automático

Botones de Acción

Estado del paciente II *	Agresivo/ Violento
	Desorientado/Confuso
	Psicótico
	Dormido
	Otros
Medidas de Apoyo Sustitutivas *	Contención Verbal
	Medicación
	Medicación Parenteral
	Distracción con Actividad
	Conversación con Familiar
Complicaciones *	Lesión por Rozadura
	Lesión Traumática
	UPP
	Otras
Observaciones	<input type="text"/>

Cancelar Recalcular Seleccionar Anteriores Aceptar + Imprimir Aceptar

ANEXO II. Precauciones a tener en cuenta con la administración de fármacos sedantes.

Se deben conocer las posibles reacciones adversas que se pueden producir con la administración de los fármacos utilizados para la contención y las precauciones a tener en cuenta durante la vigilancia del paciente.

- Benzodiazepinas: Poseen una buena relación eficacia/seguridad.
 - Efectos adversos que pueden producir: Reacciones paradójicas, con aumento de hostilidad e irritabilidad, sueños vívidos, inquietantes o pesadillas. También están descritos cuadros psicóticos e impulsos suicidas. Locuacidad, inquietud, ansiedad, euforia, trastornos del sueño, excitación, hiperactividad, aumento de la espasticidad muscular e hiperreflexia. Suele tratarse con haloperidol.
 - Intoxicación: Somnolencia, obnubilación e hipotonía, seguidas de letárgica y disminución de reflejos. Antídoto: Flumazenilo.
 - Otras reacciones: Pueden producir desinhibición y llegar a desencadenar conducta violenta en pacientes con historia de abuso de este tipo de sustancias.

- Antipsicóticos: Pueden producir distonía aguda, especialmente los neurolépticos.
 - Típicos: Dibenzodiazepinas (clotiapina), fenotiazinas (levomepromazina y clorpromazina), tioxantenos y butirofenonas (haloperidol).
 - Atípicos: Mayor eficacia y menos efectos secundarios. Ziprasidona, risperidona, olanzapina.
 - Se ha de tener especial precaución si se realiza contención a pacientes en tratamiento con neurolépticos en habitaciones muy cálidas y con escasa ventilación. Los neurolépticos interfieren en la regulación de la temperatura corporal y puede darse el caso de muerte del paciente en días calurosos. Por lo tanto, si el día es caluroso y se va a neuroleptizar al paciente, hay que vigilar la temperatura de la habitación.
 - Síndrome neuroléptico maligno. Es un cuadro clínico caracterizado por hipertermia, rigidez muscular y alteraciones de la conciencia producido por una reacción adversa al uso de antipsicóticos o a la retirada abrupta de drogas dopaminérgicas y que puede llegar a ser mortal si no se trata a tiempo. Suele comenzar con ansiedad, que precede a las alteraciones de conciencia y a la aparición de la sintomatología extrapiramidal. Aunque puede ser más probable cuando el fármaco se utiliza a dosis elevadas o se introduce de forma rápida, la causa no es una sobredosis de medicación pues lo habitual es que surja con el uso de dosis convencionales. Se ha descrito con casi todos los fármacos neurolépticos aunque es menos frecuente con los atípicos. En la gran mayoría de los casos sucede en las dos semanas siguientes tras iniciar del tratamiento o al aumentar su dosis.⁽¹⁴⁾

ANEXO III. ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

Aún cuando esté justificada una contención física hay que respetar unos principios éticos que van desde la autonomía, la justicia, el principio de beneficencia, el derecho a la intimidad y la vulnerabilidad y el alto nivel de dependencia que presentan los pacientes con contención mecánica. Además, puede tener consecuencias potencialmente graves, tanto físicas como emocionales, incluyendo la muerte, por lo que requiere una vigilancia más estrecha por parte del personal sanitario.

Sólo se podrá sujetar a un paciente cuando lo indique el médico responsable. No obstante, dicho procedimiento puede iniciarse por el personal de enfermería, siempre que sea una medida urgente y puntual.

En Salud Mental el uso de esta medida conlleva que el ingreso pase a ser involuntario. En tal caso, hay que comunicarlo al juez decano en un plazo máximo de 24 horas, esta notificación se realiza mediante el envío por fax del documento creado al uso. A partir de la notificación el juez, junto con el 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.

Existen unos preceptos legales y actuaciones reguladas relacionadas con estas intervenciones que los profesionales sanitarios debemos conocer:

- **Constitución Española: Art. 17.1** “Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en 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**
- **Código Civil (Art.211) y 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 de internamiento de persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí. En efecto, el art 763 LE Civil 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 autorización judicial...”
- **Garantía judicial:** Si un paciente al que se le comunica la medida no se encontrará en situación de “ingreso involuntario”, se tipificará como tal, notificándose al juzgado correspondiente.
- **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 existentes en el momento. También debe informarse a las personas que, vinculadas a él por razones familiares o de hecho, se encuentren acompañando al paciente. La información debe darse con carácter previo, durante el mantenimiento y posteriormente.
- **Historia clínica y documentos del protocolo:** Debe quedar constancia en la Historia clínica de las circunstancias que han justificado tanto la adopción de esta medida como su mantenimiento en el tiempo.

16.VIGENCIA

Este protocolo se revisará en el plazo máximo de tres años. (2015)

15 BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo de contención de movimientos en pacientes. Hospital Clínico San Carlos y Hospital de La Fuenfría; 2010.
2. 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.rnao.org/bestpractices>.
3. Seguridad del paciente: Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes. Granada. Dirección de Enfermería. Hospital Universitario San Cecilio; 2007.
4. Protocolos: protocolo de contención. Servicio Vasco de Salud. Hospital Psiquiátrico de Álava. [Internet] Disponible en www.aesm.net
5. Ramos Brieva J.A. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento. Barcelona: Ed. Masson; 1999.
6. Molina Alen E. Manejo de enfermería en pacientes con cuadro de agitación. Ed. Glosa 2002.
7. Behavioral Health Care Restraint and Seclusion Standards. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2002.
8. Protocolos de contención y prevención de caídas. Hospital Da Costa. Burela. Lugo. 2002.
9. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Prevención de caídas. Recomendación científica 10/05/10 de 25 de junio de 2009.
10. 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
11. 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.
12. Sujeciones mecánicas 1ª Parte: Uso en Unidades de Agudos y Residencias. [Internet] Best Practice. Evidence Basad Practice Information Sheets for Health Professionals 2002; 6 (3): 1-6 ISSN 1329-1874. Actualizado: 20-03-2007. Disponibles en www.joannabriggs.edu.au [Acceso 22 de mayo de 2012]
13. 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]
14. Caroff SN. Mann SC. Neuroleptic malignant syndrome. Med Clin N Am 1993;77:185-202.