

PROTOCOLO SOBRE SUJECCIÓN MECÁNICA Y FARMACOLÓGICA

ÍNDICE

- 1 .INTRODUCCIÓN
2. MARCO LEGAL. ASPECTOS NORMATIVOS
3. INDICACIONES
4. CONTRAINDICACIONES. COMPLICACIONES. ALTERNATIVAS
5. TIPOS DE CONTENCIÓN. INVENTARIO DE CONTENCIÓNES MECÁNICAS DISPONIBLES EN EL HOSPITAL. TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN
6. SEGUIMIENTO DE LA CONTENCIÓN
 - 6.1 PACIENTES CON AGITACIÓN AGUDA
 - 6.2 PACIENTES NO AGUDOS
7. CONTENCIÓN FARMACOLOGICA
8. RECOMENDACIONES Y MEDIDAS A IMPLEMENTAR PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE CONTENCIÓNES FISICAS
9. ALGORITMO DE INTERVENCIÓN
10. HOJA DE REGISTRO PARA IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE CONTENCIÓN FISICA
11. CONSENTIMIENTO INFORMADO.
12. Hoja informativa APLICACIÓN DE SUJECIONES FÍSICAS INFORMACIÓN DIRIGIDA A PACIENTES, FAMILIARES O REPRESENTANTES LEGALES
13. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCIÓN

El presente protocolo sobre el manejo de contenciones físicas y farmacológicas es producto de un doble impulso necesario dentro de nuestro hospital. Por una parte, en el ámbito de la autoridad sanitaria, se promociona esta iniciativa en un contexto de mejora de la calidad y humanización de la asistencia, a veces más cerca de la enfermedad que de la persona en sí misma. Por otra parte, sumada a esta necesidad de mejora asistencial, aparece una creciente inquietud profesional hacia algunos procedimientos habituales, escasamente estandarizados, como es este que se trata.

El uso de contenciones físicas, aunque sea habitual en la práctica clínica, no está exento de controversias e indefiniciones por falta de normalización lo que conlleva riesgos principalmente para los pacientes y también por inseguridad, para el propio personal sanitario. Conciliar el máximo respeto hacia la dignidad e individualidad del paciente durante esta práctica asistencial y dar la mejor atención posible, dentro de la excelencia, en un marco de seguridad profesional, deberían ser los objetivos de cualquier esfuerzo en este sentido.

A pesar de plantear a diario situaciones de duda o de conflicto, el uso de contenciones es aún asunto de debate y definición. Con este sentido clarificador y con el ánimo de su limitación al mínimo uso imprescindible se desarrolla este protocolo de actuación con la participación interprofesional y multidisciplinar de los diferentes agentes implicados en el procedimiento. Para ello se parte de las siguientes definiciones básicas:

- **Se define la sujeción o contención física** como cualquier acción o procedimiento que limita la libertad de movimiento de una persona a la posición que elija y el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método aplicado sobre ella o adyacente a ella, del que no puede liberarse con facilidad.
- **Se define la contención química o farmacológica** como la aplicación de forma deliberada e intencional de un medicamento para controlar un problema de base no psiquiátrica, ni médica, para lo que existe un mejor tratamiento y que acaba limitando o restringiendo los movimientos o la actividad física y las actividades de la vida diaria del paciente así como su funcionamiento mental.

El uso de la contención química o farmacológica supone un tema menos controvertido que en el caso de las restricciones mecánicas ya que frente al uso abusivo de fármacos con fines restrictivos existe un consenso sobre su máxima evitación fuera de cualquier necesidad terapéutica. Eso no evita tener que recordar, en este protocolo, de forma explícita, el dañino uso de contenciones farmacológicas por conveniencia estructural o por disciplina, con el objetivo de evitar dichas situaciones y erradicar su uso en cualquier caso.

Por otra parte, no podemos obviar que la contención física es un procedimiento habitual dentro de los cuidados de los pacientes hospitalizados. Además del contexto específico de pacientes ingresados en unidades de Psiquiatría se aplican de forma muchas veces poco reglada dentro en unidades de pacientes no psiquiátricos, en muy diferentes circunstancias. Ejemplo de ello son su uso frecuente en pacientes con problemas médicos o quirúrgicos o en hospitales de media estancia enfocados en la recuperación médica. En estos últimos casos son usados fundamentalmente en un contexto de paciente geriátrico o con discapacidad física o mental así como en unidades de rehabilitación, cuidados continuados o psicogeriatría.

Este uso habitual obliga a recordar que cuando se utilizan las restricciones, se oponen radicalmente a la preservación de la libertad de movimientos y la dignidad de los pacientes. Con su uso se afectan parte de sus derechos fundamentales y algunos valores básicos de la persona (dignidad, autoestima) junto con la confrontación con principios éticos esenciales de los individuos como es el principio de autonomía. La libertad y la autonomía del paciente en sus decisiones solo hipotéticamente podrían estar restringidos en situaciones límites, siempre como último recurso, cuando el riesgo para la salud y la integridad del individuo sean manifiesto, en el supuesto ético de beneficencia y siempre supeditado bajo ciertas condiciones a dicho principio de autonomía.

El uso de contenciones no ha demostrado consistentemente, si es que esto fuera posible, el supuesto beneficio clínico y de seguridad a la hora de evitar iatrogenia durante el procedimiento de hospitalización. Por el contrario, su uso no está exento de complicaciones potencialmente graves o discapacitantes para el individuo siendo esta situación más franca cuando se usan de forma desproporcionada o generalizada. Los riesgos para el paciente pueden ser inmediatos en forma de mayor agitación y alteración conductual, erosiones, laceraciones, desgarros de musculares o de plexos nerviosos, neuropatías compresivas o en casos extremos isquemia y asfixia. Por otra parte su uso prolongado conlleva a rigidez muscular y atrofia, anquilosis articular, progresión de la fragilidad, incontinencia, estreñimiento, úlceras cutáneas por presión, infecciones o síndrome de inmovilidad. Finalmente no podemos olvidar posibles efectos en áreas cognitivas o afectivas causando aislamiento, pérdida de autoestima, ansiedad, depresión y alteración conductual.

Parece razonable por tanto, dentro de la práctica clínica habitual, regular su uso para que este sea racionalizado y contenido, debiendo ser considerados como el último recurso aplicable en situaciones de difícil manejo, donde no se tienen ninguna opción alternativa franca o donde todas las posibilidades se hayan agotado o hayan fracasado en el intento de proteger al paciente de riesgos mayores. De esta forma se podrá limitar su uso sobre los pacientes a los casos estrictamente necesarios y además se ayudará a los profesionales en su correcto uso.

Objetivos del protocolo

Con el desarrollo del actual protocolo se establecen los siguientes objetivos particulares, dentro del objetivo general de limitar el uso de contenciones físicas y químicas.

- Mejorar la indicación, procedimiento y seguimiento en el caso de necesidad de una contención física.
- Limitar y a ser posible erradicar cualquier práctica de contención farmacológica en el centro
- Controlar el procedimiento de contención física y reducción de la necesidad del mismo mediante la detección de posibles errores de uso o uso en situaciones innecesarias
- Promocionar alternativas viables a la contención física que no aumenten la iatrogenia hospitalaria y las complicaciones durante hospitalización
- Estandarizar y proporcionar normas sobre estos procedimientos dentro del hospital
- Reevaluar para reducir usos prolongados e innecesarios mediante seguimientos protocolizados.
- Mejorar los canales de información a pacientes y a sus familiares, instaurando un mecanismo de información previo con un modelo de consentimiento informado por escrito.

Versión: 28/06/2019	Propiedad del Hospital Virgen de La Poveda Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización expresa.	VºBº	
Página 3 de 22			

2. MARCO LEGAL: ASPECTOS NORMATIVOS

Resulta dificultoso enunciar la normativa o legislación específica sobre el uso de sujeciones. Podemos encontrar referencias genéricas a éstas o bien hacia los principios y valores que se ven comprometidos por el uso de las mismas, como la libertad, la dignidad y la autonomía, entre otros.

- ✚ Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948: derecho a la vida, libertad y seguridad.
- ✚ Constitución Española, de 1978: derecho a la libertad y a la seguridad.
- ✚ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad. Consentimiento informado (art. 10).
- ✚ Convenio relativo a los Derechos Humanos y a la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.
- ✚ Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil: regula el internamiento no voluntario. (art. 763)
- ✚ Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- ✚ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: regula el derecho a la información sanitaria y al consentimiento informado.
- ✚ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- ✚ Código Penal, LO 10/1995, de 23 de noviembre tras la publicación de la Ley Orgánica 20/2003, de 23 de diciembre. (arts. 147, 148, 153, 169, 172 y 173, 226, 229+ y 617, hacen referencia a malos tratos e indirectamente a la sujeción que puede atentar a la dignidad de la persona.
- ✚ Código deontología médica.
- ✚ Código deontológico de la enfermería española: respeto a la dignidad humana y salvaguarda de los derechos humanos.

Ante un marco legal amplio que protege los derechos de los pacientes en materia de libertad y seguridad, respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad, derecho a la información sanitaria y consentimiento informado, las implicaciones éticas de estas técnicas son amplias si se obvian los protocolos establecidos y la normativa legal anteriormente mencionados; por lo tanto, es imperativo realizar una indicación justificada, y las técnicas deben ser escrupulosamente correctas, para que estos derechos no sean transgredidos.

3. INDICACIONES

De forma general el uso de contenciones físicas como procedimiento de última elección solo debería ser instaurado en situaciones de desorientación, agitación psicomotriz o conducta que supongan un **grave riesgo de autolesión para el paciente, riesgo de lesión a terceras personas** (cuidadores, familiares, otros pacientes o personal sanitario) **e interrupciones graves de los procedimientos terapéuticos imprescindibles** en el paciente

Las situaciones más habituales de uso de las contenciones físicas donde están indicadas, una vez agotadas las intervenciones alternativas serían:

- Control de agitación motora y alteración conductual cuando suponen algunos de los riesgos especificados de carácter general con riesgo de auto o heteroagresión, así mismo o a terceros.

Versión: 28/06/2019	Propiedad del Hospital Virgen de La Poveda Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización expresa.	VºBº	
Página 4 de 22			

- Instauración y aseguramiento de medidas terapéuticas imprescindibles o necesarias para la supervivencia como puede ser el uso de sondaje nasogástrico, PEG, sonda vesical, oxigenoterapia vital o fluidoterapia con el fin de evitar desinserciones, desgarros o arrancamientos.
- Garantizar la inmovilización o descarga prescrita en determinados procesos traumatológicos en situaciones de incompetencia del paciente en dicha situación
- Control postural dentro de procedimientos terapéuticos o funcionales para mantener la correcta posición anatómica del cuerpo.
- Riesgo de lesiones a sí mismo incluida la prevención cuando existe riesgo manifiesto de caídas.

La indicación de Contención Mecánica la realizará el médico responsable del paciente o el facultativo de guardia.

Cuando exista indicación médica de realizar una contención o sujeción física se debe informar al paciente de dicho procedimiento, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión. Cuando el paciente, según el criterio médico, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se facilitará a las personas vinculadas al paciente, por razones familiares o de hecho, o en su caso, a los representantes legales si los hubiera .

El médico responsable de la indicación de contención o sujeción deberá **informar de la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias** del procedimiento. La información se facilitará con carácter previo a la adopción de la medida terapéutica, siempre que las circunstancias lo permitan, y durante el tiempo que se mantenga la misma.

Cuando no sea posible conseguir esta autorización el médico podrá decidir la intervención cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente.

De igual forma, ante una situación de riesgo inminente para el paciente o su entorno, el enfermero/a está expresamente autorizado a iniciar el procedimiento de contención por su cuenta, debiendo comunicárselo a su médico responsable/médico de guardia inmediatamente o con la menor demora posible para recibir su conformidad, que deberá ser por escrito y en el plazo máximo de una hora. Deberá quedar constancia en la Historia Clínica y registrado en el formulario. Siempre que sea posible, tras aplicar la medida, hay que informar a los familiares o allegados

El personal de enfermería podrá decidir el uso de manoplas a modo de guante sin estar éstas sujetas a un punto fijo, para evitar una manipulación inadecuada de cualquier dispositivo que forme parte del tratamiento (SNG, vesical, accesos vasculares...) y que pueda suponer un riesgo en el paciente con demencia-, desorientado y/o agitado y sólo en el caso de que hayan fallado otras medidas terapéuticas. Se comunicará a su médico responsable en el plazo de 24-48h y se dejará reflejado en la Hª clínica, se informará debidamente a su familia directa.

Toda actuación relacionada con el procedimiento de contención o sujeción debe quedar registrada, conforme a los formularios establecidos al efecto en el presente protocolo, integrándose en la historia clínica del paciente.

4. CONTRAINDICACIONES. COMPLICACIONES. ALTERNATIVAS

4.1. CONTRAINDICACIONES

Existen una serie de circunstancias en las que **no estaría indicado** el uso de contenciones mecánicas:

- **No** haber efectuado una Valoración Geriátrica Integral que permita detectar el origen de los trastornos de conducta y corregirlos con otra metodología más adecuada, más digna y menos cruenta.
- Existencia de otras alternativas disponibles en el Centro.
- Imposibilidad de prestar supervisión y cuidados complementarios,
- Suplir deficiencias estructurales de personal o material.
- Material y dispositivos inadecuados, no homologados y que puedan poner en riesgo la seguridad de la persona a la que se aplican.
- Evitar el erratismo o vagabundeo.
- Mejorar el control ambiental (ruido, mantenimiento del mobiliario...)
- Presión de los profesionales, familiares o de los propios usuarios.
- Conveniencia, comodidad o dejadez de los profesionales o personal cuidador.
- Falta de formación e información sobre el uso de sujeciones (beneficios/riesgos) en los profesionales, así como la falta de información a pacientes y familiares.
- Asistencia defensiva frente a las reclamaciones o demandas judiciales.

4.2. COMPLICACIONES

El uso de sujeciones no está exento de riesgos, entre las complicaciones encontramos:

- Riesgo de desarrollar **atrofia muscular, rigidez o anquilosis, incontinencia urinaria y fecal, úlceras** cutáneas por presión, **síndrome de inmovilidad, infecciones, estreñimiento.**
- **Riesgo de accidentes y lesiones como erosiones, laceraciones, desgarros musculares** y de los plexos nerviosos, **asfixia, isquemia de los miembros, estrangulamientos e incluso muerte súbita** ... con los propios dispositivos de sujeción utilizados (cinturones, muñequeras, tobilleras, barandillas etc.) pese a que estos sean homologados.
- Respecto a la esfera psíquica se puede dar **aislamiento social** y del entorno, la **pérdida de la autoestima** y de la **dignidad, trastornos psicoafectivos** (ansiedad-depresión), **estrés, inquietud, agitación y agresividad.**
- En cuanto a las sujeciones químicas está bien documentada la relación existente entre el uso de psicótrópos con el **mayor riesgo de caídas**, deterioro funcional y muerte.

4.3. ALTERNATIVAS

La tendencia general es evitar el uso de sujeciones, y solamente utilizarlas de forma excepcional en las que no existan o fracasen otras alternativas, y siempre utilizarlas con un carácter temporal y de forma racional o proporcional. Se deben valorar las siguientes alternativas:

- **Valoración integral interdisciplinar**, que evalúe las esferas física, psíquica, funcional y social, en todos los usuarios que presentan deterioro cognitivo o demencia, y son susceptibles de padecer o bien padecen alteraciones psicológicas y conductuales.
- **Búsqueda de factores desencadenantes de conductas agresivas o de riesgo**. Tratar de corregirlas de forma precoz.
- Realización de un **Plan de Atención Individualizado** con intervención sobre todas sus áreas o dimensiones.
- Aplicación de **programas de actuación no farmacológica**. Actividades dinamizadoras, lúdico recreativos, psicoestimulación integral, apoyo emocional y afectivo.
- **Interacción verbal individual**. Siempre que sea posible se realizará en un medio donde el paciente disponga de intimidad, confidencialidad y pueda sentirse seguro. Uso de un tono calmado y acogedor pero firme, con una actitud comprensiva y abierta, evitando dar la sensación de estar en posesión de la verdad o defender a ultranza nuestras posturas. Dejar hablar al paciente no sólo tiene un efecto tranquilizador y catártico, sino que es la única forma de conocer lo que está pasando.
- **Intervenciones sobre la conducta, los trastornos del equilibrio y de la marcha y corregir las disfunciones neurosensoriales**.
- **Analizar y observar cada problema conductual, seguir en el tiempo y evaluarlo** tras las estrategias oportunas para su corrección.
- **Revisión de tratamiento farmacológico**, valorando las posibles interacciones entre medicamentos y posibles efectos adversos en un periodo de tiempo prudencial.
- **Mantener un entorno que mejore la seguridad**. Espacios abiertos y acolchados en forma de circuitos para errantes, sustitución de escaleras

5. TIPOS DE CONTENCIÓN. INVENTARIO DE CONTENCIONES MECÁNICAS DISPONIBLES EN EL HOSPITAL. TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN.

5.1. DISPOSITIVOS DE CONTENCIÓN MECÁNICA

Se utilizarán exclusivamente contenciones homologadas que estén en buen estado, adecuadas a la situación del paciente así como adaptadas a su peso y tamaño.

No están permitidas las sujeciones más rudimentarias y peligrosas como sábanas, vendas de crepé... utilizadas como medida de sujeción.

5.2. DISPOSITIVOS ACCESIBLES EN NUESTRO HOSPITAL

- **Cinturón o Faja Abdominal**

Por su sistema articulado permite al paciente movimientos de giro hacia ambos lados, incorporarse parcialmente o sentarse en la cama sin riesgo a caer.

Se puede instalar fácilmente antes o después de que el paciente se haya acostado.

La parte inferior, con cinchas de sujeción, se fija al bastidor de la cama o camilla, la superior se coloca alrededor de la cintura del paciente.

Las bandas de sujeción lateral sirven para controlar y fijar el giro a derecha e izquierda o ambos a la vez, así como mantener los cambios posturales a voluntad.

Versión: 28/06/2019	Propiedad del Hospital Virgen de La Poveda Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización expresa.	VºBº	 
Página 7 de 22			

- **Peto torácico-abdominal**

Impide desplazamientos laterales

- **Peto torácico-abdominoperineal**

Impide desplazamientos laterales y deslizamientos.

- **Cinturón abdominoperineal**

Da libertad de movimiento al paciente en sedestación. Impide al paciente levantarse de forma autónoma sin la ayuda del profesional.

- **Muñequeras**

Permiten asegurar una o ambas manos del paciente.

El acolchado grueso y envolvente de tacto suave elimina las lesiones por presión o abrasión que se dan con los sistemas tradicionales.

Combinadas con el Cinturón Abdominal y sujetas a las presillas situadas en su base, limitan movimientos fuera del perímetro de la cama.

- **Tobilleras**

Permiten adecuar los niveles de sujeción a las necesidades clínicas del paciente.

Los acolchados de protección son de características idénticas a las muñequeras.

- **Manoplas**

Usadas a modo de guante dificultan la manipulación de dispositivos (catéter, sondas...) y dan libertad absoluta a la extremidad superior. Tienen una cincha que da la opción de poder sujetarlas en caso de que fuera necesario.

- **Barandillas en cama**

Son barreras ajustables que se utilizan como borde en la cama para reducir el riesgo de caídas

5.3. COMPROBACIONES PREVIAS A LA CM

- Todo el material deberá quedar guardado en un lugar de acceso fácil y cómodo.
- Comprobar el estado de la cama y del material necesario para llevar a cabo la contención.
- Es necesario comprobar que cada sistema de sujeción esté completo, limpio y en buen estado de uso.
- Alejar del paciente cualquier objeto peligroso.
- Retirar de las prendas de vestir cualquier objeto que pueda dañarle.
- Asegurar un hábitat de calma y confianza que preserve la intimidad y seguridad del paciente.
- Se deben extremar las medidas de protección del personal participante en la contención como la utilización de guantes o retirada de objetos potencialmente peligrosos.

Versión: 28/06/2019	Propiedad del Hospital Virgen de La Poveda Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización expresa.	VºBº	
Página 8 de 22			

****EJECUCIÓN DE LA CONTENCIÓN EN CASO DE AGITACIÓN/ CONFUSIÓN**

- Es necesario explicar la razón de la contención al paciente, de forma clara y sencilla y dependiendo de su estado, y al resto de pacientes si ésta se ha producido en zonas de uso común y en presencia de otros pacientes.
- Actuar con tranquilidad y serenidad pero con postura firme, segura y respetuosa. El tono de voz para dirigirse al paciente debe ser calmado y tranquilizador. Evitar cualquier muestra de agresividad verbal o física con el paciente, hay que recordar que se trata de una medida terapéutica.
- Una vez decidida la CM, tras el fracaso de otras opciones tales como la contención verbal, medidas ambientales... no se debe insistir en el diálogo con el paciente para evitar reacciones inesperadas por parte de éste.
- El personal que intervenga en la contención, deberá actuar de forma organizada y profesionalmente. No responderá a insultos, agresiones o provocaciones.
- Debe darse tiempo al paciente para aceptar las demandas verbales para que colabore y se tumbe voluntariamente en la cama.
- Evitar toda expectación posible, alejando a los demás pacientes y personal que no colabore en la sujeción.
- Debe elegirse un miembro del personal como director del procedimiento, este no tiene porqué ser la persona más experta del personal, pero si debe ser la más apropiada para el paciente.
- Es preferible iniciar la sujeción del paciente en su propia cama y conducirlo a pie hacia ella.
- Si el paciente no colabora, será necesario reducirlo entre los miembros del equipo y trasladarlo a la habitación. Uno de los miembros del equipo sujetará la cabeza y los otros cuatro un brazo o una pierna cada uno. La acción se ejecutará a la voz de “¡ya!” de uno de los miembros.
- Si es preciso reducir al paciente en el suelo, deberá ser situado en decúbito supino, controlando su cabeza para evitar que se la golpee o que golpee a algún miembro del equipo. Una persona sujetará cada extremidad, para la superior se sujetarán hombros y antebrazos, y para las inferiores presionando por encima de las rodillas y los tobillos. Nunca se forzará la articulación ni se ejercerá presión sobre ella.
- La sujeción, ya en la cama, se realizará en decúbito supino y por este orden: cintura, miembros superiores, miembros inferiores, y tórax si fuese necesario.
- Colocar la faja abdominal transversalmente sobre la cama, encima de la sábana inferior, ajustándola a la medida de la cama por ambos lados y cerrar los botones magnéticos.
- Colocar a continuación al paciente, rodeándole con la faja a nivel de la cintura abdominal, ajustar a su medida y cerrar con el botón magnético de forma que le permita comodidad., sin poderse salir de la misma.
- Para sujetar los tobillos, disponer y ajustar a la medida de la cama la cinta de anclaje de pies; ajustar las tobilleras a la medida del paciente y fijar el botón magnético. Permitir una libertad de movimiento de la pierna o una sujeción total, sin posibilidad de movimiento.

Versión: 28/06/2019	Propiedad del Hospital Virgen de La Poveda Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización expresa.	VºBº	 
Página 9 de 22			

- La sujeción de manos: colocar las muñequeras al paciente y ajustar a su medida mediante los ojales dispuestos a tal fin, cerrando a continuación el botón magnético. Deberán introducirse en los pasadores situados en la cama.
- Si la inmovilización es parcial se debe efectuar en diagonal: brazo izquierdo – pierna derecha, o bien brazo derecho y pierna izquierda.
- La retirada del personal se realizará de modo escalonado y pausado. El director del procedimiento será el último en retirarse.

6. SEGUIMIENTO DE LA CONTENCIÓN

6.1 PACIENTE CON AGITACIÓN AGUDA

Todo paciente **agitado y/o violento** que haya sido sujetado, deberá ser atendido, por el personal médico que se encuentre a cargo de él.

La valoración médica está dirigida a **conocer la situación clínica del paciente y si fuera posible determinar el origen de dicho comportamiento. Se evaluará la necesidad de solicitar pruebas complementarias y la necesidad de uso de tratamiento farmacológico.**

En el paciente con **agitación aguda**, la primera valoración del enfermo se realizará en los primeros 15 minutos tras realizarse la contención. Posteriormente el tiempo máximo que se establece para nuevas valoraciones se corresponde con los tiempos máximos establecidos para ratificar las sucesivas indicaciones de contención:

- 2ª valoración: máximo a las 4 horas de la primera
- 3ª valoración: máximo cada 8 horas.

El paciente será valorado por el médico a petición de enfermería, cuando se producen cambios en la situación clínica del paciente, y en general siempre que surjan incidencias

6.2 PACIENTES NO AGUDOS con deterioro cognitivo que pueden requerir dentro de su plan terapéutico medidas de seguridad orientadas a evitar su caída o evitar la pérdida de vías, sondas, etc., Y que se encuentran fuera de los supuestos de agitación, confusión se deberá hacer una revisión sistemática de la indicación de la sujeción al menos cada semana

En ambos casos quedará registrado en Historia clínica del paciente en Formulario de CONTENCIÓN

Observación y cuidados de enfermería

La contención del paciente requiere un incremento de la atención por parte de los profesionales responsables.

- El personal de enfermería deberá extremar el control y asegurar una vigilancia continuada a la persona según el grado de necesidad y el grado de contención. Cuando ha existido un episodio de agitación aguda, la observación se realizará con intervalos predefinidos variable según la evolución del cuadro clínico: cada 15-30 minutos durante la primera hora y siempre que lo necesite el paciente dependiendo de su estado, después un mínimo de cada 2 horas.

Versión: 28/06/2019	Propiedad del Hospital Virgen de La Poveda Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización expresa.	VºBº	
Página 10 de 22			

- Mantener la alineación corporal; se colocará al paciente en posición decúbito supino y con el cabecero incorporado a 30º para evitar broncoaspiraciones, las extremidades se colocarán en posición anatómica para evitar problemas funcionales.
- Comprobar que las sujeciones están bien aseguradas y que no hagan daño, así como su correcta colocación, localización y grado de compresión; cambiar las sujeciones húmedas o manchadas por higiene y para evitar laceraciones de la piel.
- Comprobar que el paciente tiene libertad de movimiento pero que no puede producirse lesiones.
- Realizar cambios posturales para evitar la aparición de UPP, protegiendo las zonas de riesgo.
- Si es posible se implicará a la familia en su plan de cuidados, con objeto de minimizar y/o retirar las restricciones físicas.
- Valorar el nivel de conciencia y el grado de agitación y/o confusión, así como la respuesta al tratamiento farmacológico.
- Reevaluar la necesidad de seguir manteniendo la contención mecánica, y proceder a su retirada cuando esté indicado por el médico en la historia clínica.

El personal de enfermería hará constar las acciones realizadas en el formulario de registro.

7. CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA

El objetivo inicial será conseguir tranquilizar al paciente de modo rápido y sin causarle daño, para lo que debe de emplearse la dosis mínima eficaz.

El fármaco ideal es el que consigue una rápida acción tranquilizante sin sedación excesiva que impida la relación con el paciente, que requiera el menor número de dosis administradas, y con bajo riesgo de reacciones adversas e interacciones medicamentosas, lo cual es importante considerar, ya que será utilizado habitualmente en pacientes en los que todavía no se ha establecido la causa subyacente de la agitación.

No parecen existir diferencias significativas de efectividad según la vía de administración, a pesar de las diferencias de comienzo de acción: más rápida la vía intramuscular (i.m.) que la oral y la intravenosa (i.v.) que la intramuscular (i.m.), o la vía intramuscular (i.v.) que la subcutánea (s.c.). Preferiblemente, se escogerá la vía oral siempre que sea posible.

- **BENZODIACEPINAS:**

Grupo de fármacos cuya administración ofrece mayor margen de seguridad. Indicadas en cuadros de agitación si el paciente no presenta actividad delirante o alucinatoria ni problemas respiratorios; predominante en las manifestaciones ansiosas de miedo y pánico.

Pautas más utilizadas:

- **Lorazepam:** 0.5-2 mg. Vía oral (v.o.). Puede repetirse a intervalos de 30 min. a 2 h. hasta que el paciente se calme. No se recomienda superar 4 mg. en 90 min. ni 10 mg. en 24 h. Se puede administrar vía sublingual para una mayor rapidez de acción.

Versión: 28/06/2019	Propiedad del Hospital Virgen de La Poveda Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización expresa.	VºBº	
Página 11 de 22			

- **Diazepam:** La vía oral es la más utilizada y de mejor absorción. La vía intramuscular (i.m.) se debe administrar en músculo deltoides, teniendo en cuenta una absorción errática, un efecto de larga duración y la posibilidad de acumulación. La vía intravenosa (i.v.) también es posible, pero atención con la depresión respiratoria.

- **Ansiedad:** Adultos: 2-10mg/6-12h. Dosis máxima: 60 mg/día. Ancianos: 2,5mg/8- 12h.

- **Síndrome de abstinencia alcohólica:** Adultos: 10 mg/6-8h.

- **Convulsiones:** Adultos: 0,15-0,2mg/kg. Repetir según necesidad.

- **Contractura y espasmo muscular:** Adultos: 10 mg/6h.

- **Clorzepato dipotásico:** 25-50mg/día. Buena absorción v.o e i.m, pero esta última con duración de acción prolongada y riesgo de acumulación.

- **Midazolam:** 1-15mg, vía s.c., i.v. o i.m.

Efectos secundarios:

Reacciones paradójicas en pacientes con enfermedades psiquiátricas y ancianos: dichas reacciones (sueños vividos, irritabilidad, hostilidad, agresividad, delirio) pueden tratarse con antipsicóticos (Haloperidol).

- Intoxicación: somnolencia, sedación, sensación de ahogo, obnubilación, hipotonía, depresión respiratoria. El tratamiento con **Flumazenilo** se utiliza para revertir sintomatología en caso de intoxicación (0,3 mg. i.v. directa a pasar en 3-5 min.)

- **ANTIPSICÓTICOS:**

Indicados en las agitaciones psicóticas y, en general, ante la presencia de delirios, alucinaciones, confusión marcada y dificultad respiratoria.

Antipsicóticos típicos:

- **Haloperidol:** 5-10 mg. vía oral o s.c. (en ancianos comenzar con dosis de 2.5 mg.). Puede repetirse cada hora, hasta un máximo de 30 mg/día). Es posible complementar dosis menores de Haloperidol con BZD (Diazepam 10 mg)

Efectos secundarios: efectos extrapiramidales. Las reacciones distónicas agudas no son necesariamente dependientes de la dosis, puede producirse entre la 1ªh y 48h después. Se tratan con anticolinérgicos: Biperideno 2 mg. i.m. La acatisia puede confundirse con un empeoramiento de la agitación y se trata con BZD.

Antipsicóticos atípicos:

- **Risperidona:** 0,5-6 mg. v.o. Inicio de 0,5 mg, incrementando de 0,5 a 1 mg/día. La dosis máxima dependerá de la indicación clínica.

- **Olanzapina:** 5-20 mg/v.o./día (ancianos: comenzar con 2.5 mg). Las dosis se pueden repetir c/2 h. Dosis máxima 20 mg/día.

- **Quetiapina:** Primer día 25 mg. v.o. cada 12 h, 2º día 50 mg. v.o. cada 12 h y 3er día 100 mg. cada 12 h. Dosis de mantenimiento con 100-200 mg. al día. Puede provocar hipotensión inicialmente.

- **ANTIPSICÓTICOS + BENZODIACEPINAS:**

Útil en algunos pacientes. Menores efectos secundarios que las dosis altas de cualquiera de los dos grupos por separado. Además, los antipsicóticos disminuyen el riesgo de desinhibición benzodiacepínica, y las BZD el riesgo de acatisia por antipsicóticos. La BZD mejora la tolerancia del neuroléptico.

En función de la etiología de la agresividad, de forma muy general podríamos decir:

- Casos de agresividad aguda y especialmente cuando el diagnóstico es incierto, se recomienda el uso de benzodiacepinas solas.

- Pacientes con sintomatología de estirpe psicótica, utilizar antipsicóticos solos (efecto sedante) o benzodiacepinas + antipsicóticos (mayor rapidez en el inicio de acción, administración de menor dosis y, por tanto, menor riesgo de aparición de efectos adversos, especialmente efectos secundarios).

Precauciones:

-Reducir dosis en ancianos, insuficiencia renal y hepática.

-Controlar nivel de sedación: asegurar vía aérea, controlar signos vitales y monitorización cardiovascular mediante ECG.

-Vigilar hipotensión: puede controlarse mediante administración intravenosa de fluidos.

-Realizar una suspensión gradual del tratamiento para evitar síndrome de retirada.

-Prolongación del intervalo QT: vigilar en caso de uso de antipsicóticos en pacientes con patología cardíaca, pacientes ancianos o que estén en tratamiento con fármacos que prolonguen intervalo.

Demencia de cualquier etiología:

-Haloperidol: 2.5-10 mg. v.o. o s.c. en función del estado mental del paciente.

-Risperidona: 0,5-3 mg. v.o.

-Quetiapina: 25-200 mg. v.o.

.En la Demencia con cuerpos de Lewy, especial precaución en el uso de neurolépticos; el fármaco de elección es la Quetiapina.

Síndrome confusional (Delirium): Tratamiento etiológico de la causa orgánica responsable y sintomático de la inquietud/agitación.

Como regla general son de elección los antipsicóticos y deben evitarse las BZD. Estas últimas pueden aumentar la confusión del paciente y empeorar la agitación (agitación “paradójica” por BZD). No obstante, sí están indicadas en los cuadros de delirium con alto riesgo de convulsiones (pacientes con daño cerebral previo), y en los causados por abstinencia a alcohol o hipnosedantes (incluidas las propias BZD -Una alternativa de elección en pacientes con Delirium, con agitación moderada-severa y patología respiratoria intercurrente es Tiaprida (comp. y amp. 100 mg) 200- 300 mg. v.o. o i.v./4-6h, lentamente, en 50 ml. de suero fisiológico.

Delirium tremens: De elección las benzodiacepinas. Una de las siguientes pautas:

-Diazepam i.v. de 5-10 mg. en bolus, continuando con dosis de 5 mg. cada 5 ó 10 minutos hasta llegar a la sedación.

-Clorazepato dipotásico i.m. de 50-75 mg. cada 30 minutos hasta sedación. Posteriormente, 50 mg. cada 6 horas, reduciendo progresivamente.

ESQUEMA DE ACTUACIÓN:

→ Si sospecha de patología orgánica:

- De elección: Haloperidol 2.5-5 mg vía oral o sc cada 30 min. Control de la dosis según clínica.
- Técnica de tranquilización rápida: Haloperidol 2.5-10 mg sc. Repetir si aparece agitación.
- Delirium, riesgo de convulsiones, deprivación alcohólica o benzodiacepínica: Clorazepato 7.5-15 mg vía oral, i.v. o s.c. cada 15-30 min. Mantenimiento 3-30 mg/h según clínica. Precaución vía i.v. lenta en 500 cc SSF hasta alcanzar sedación. ¡Atención depresión respiratoria!
- Alternativas: Risperidona 0.25-4 mg vía oral cada 12 h. Olanzapina 5-20 mg vía oral al día. La dosis se puede repetir cada 2 h (dosis máxima 20 mg/día).

→ Sin evidencia de patología orgánica intercurrente:

- Predominio de ansiedad e inquietud psicomotriz: Lorazepam 1-5 mg vía oral o sl. Dosis máxima 20 mg.
- Agitación moderada-grave y/o signos psicóticos:
 - Haloperidol 2.5-5 mg vía oral o sc cada 30 min. Control de la dosis según clínica.
 - Haloperidol + BZD (reducir dosis de neuroléptico).
 - Risperidona 0.5-1 mg cada 12 h vía oral.
 - Olanzapina 2.5-5 mg vía oral. Se puede repetir cada 2 h. Dosis máxima 20 mg/día.

→ Antídotos:

- Depresión respiratoria por BZD: Flumazenilo 0.3-0.5 mg vía i.v. lento en 3 a 5 min. Hasta recuperar nivel de conciencia o alcanzar 2 mg.
- Distonías: Biperideno 2 mg vía i.v o i.m. Puede repetirse cada 30 min. hasta un máximo de 4 administraciones consecutivas. Máximo 8 mg/día. Manejo cuidadoso en confusión.
- Acatisia: Propanolol 10 mg cada 12 h vía oral o s.l. Si no se resuelve la sintomatología se podría aumentar a 40 mg cada 12 horas.

8. RECOMENDACIONES Y MEDIDAS A IMPLEMENTAR PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE CONTENCIONES FÍSICAS.

Ubicación de los pacientes con mayor riesgo y mayor necesidad de vigilancia o cuidado en las habitaciones próximas al control de enfermería.

Ubicación de pacientes con mayor riesgo y siempre que sea posible con compañeros sin deterioro cognitivo o con alta frecuencia de visitas.

Asignación adecuada del material ortopédico y revisión periódica del mismo en función de las características y necesidades del paciente. Revisar el material de ortopedia y el mobiliario

Versión: 28/06/2019	Propiedad del Hospital Virgen de La Poveda Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización expresa.	VºBº	
Página 14 de 22			

de forma periódica para reparar o sustituirlo en aquellos casos en los que no se consideren seguros.

Se dejará colocada la ayuda técnica de uso habitual al alcance del paciente.

Correcto posicionamiento en las sillas de ruedas o sillones geriátricos en aquellos pacientes con dificultades para mantener el control postural.

Evitar que los pacientes estén en silla de ruedas durante periodos de tiempo superiores a 3 horas y fomentar los cambios posturales.

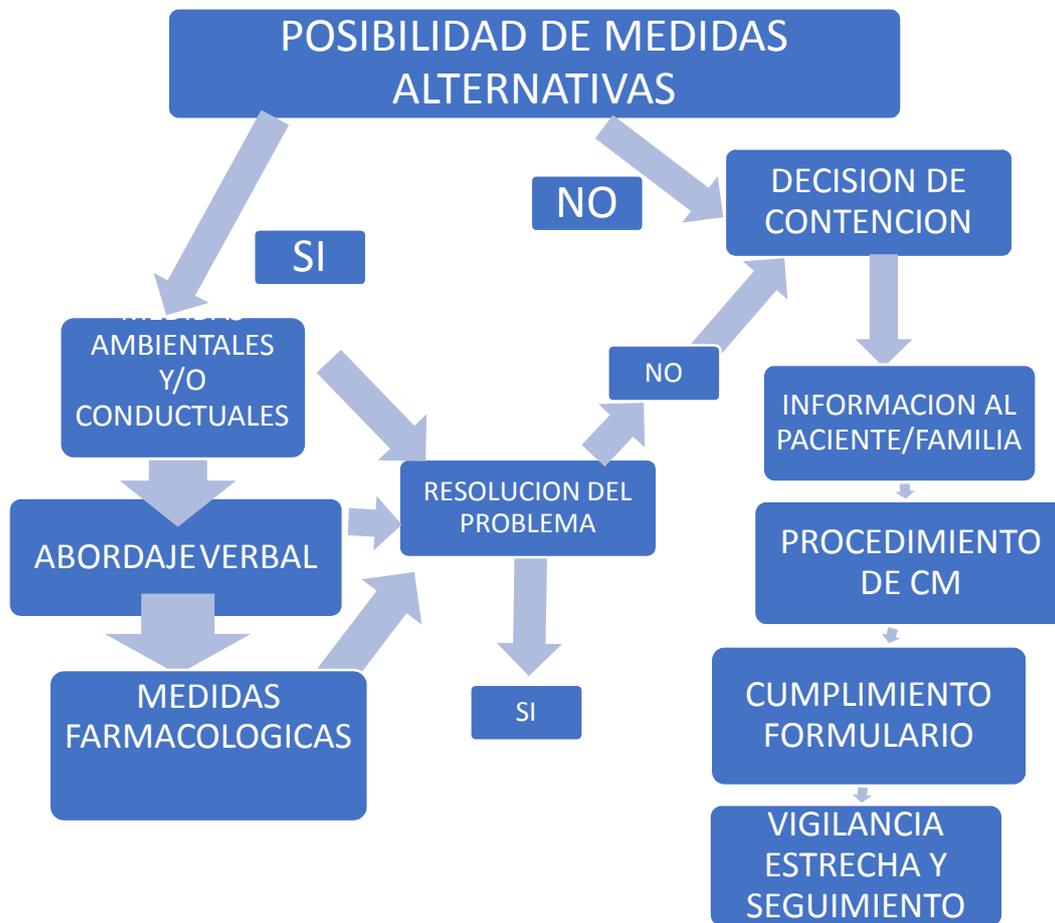
Bajar la cama lo más posible y retirar barandillas cuando sea posible.

Para favorecer descanso se propone la utilización de medidas como las sábanas fantasmas.

Proporcionar la ropa más adecuada para los pacientes en caso de necesidad de vías periféricas, sondas vesicales, SNG o PEG. (Esta medida está pendiente de implementarse en los pacientes de las Unidades de Recuperación Funcional).

Al ingreso se informará a los pacientes sobre la prevención del riesgo de caídas. Se entregará hoja de recomendaciones para pacientes, familiares y/o cuidadores.

9. ALGORITMO DE INTERVENCIÓN



10. REGISTROS

Formulario Inmovilización Terapéutica

Formulario Registro Act Auxiliar de ENF

11. CONSENTIMIENTO INFORMADO. HOJA INFORMATIVA (anexo)

 <p>Hospital Virgen de la Poveda SaludMadrid</p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE SUJECIONES FÍSICAS</p>	
---	---	--

PACIENTE:		Nº Hª clínica
------------------	--	---------------

Don/Doña

con DNI

En calidad de Representante Legal

Vinculación Familiar:

Vinculación de hecho:

Profesional que informa

Notificación a Juzgado

SI NO

Información sobre el procedimiento

Sujeción física es cualquier método aplicado sobre una persona que limita su libertad de movimiento, la actividad física o el normal acceso a cualquier parte del cuerpo y del que la persona no puede liberarse con facilidad.

Las sujeciones físicas están indicadas en las siguientes situaciones:

- Riesgo de lesiones a sí mismo incluida la prevención cuando existe riesgo manifiesto de caídas
- Control de la agitación y otras alteraciones conductuales que puedan causar daño o representen una amenaza para la integridad física del propio usuario o la de terceras personas.
- Para prevenir autolesiones o lesiones a otras personas.

Versión: 28/06/2019	Propiedad del Hospital Virgen de La Poveda Prohibida su reproducción total o parcial sin autorización expresa.	VºBº	 
Página 17 de 22			

- Riesgo de interrupción de procesos terapéuticos: Como último recurso para poder mantener una terapia o programas terapéuticos propios o ajenos (arranque de vías, sondas, catéteres,) y/o protección de instrumentos.
- Para ayudar a mantener la correcta posición anatómica del cuerpo.
- Cuando no existe otra medida alternativa que pueda solucionar el problema que da origen a la necesidad de aplicar la misma.

Efectos adversos que en ocasiones pueden derivarse de la aplicación de sujeciones físicas:

FÍSICOS	PSICOLÓGICOS
▪ Aumentan el riesgo de que se produzcan úlceras por presión	▪ Ira / Agresividad
▪ Aumentan el riesgo de infecciones	▪ Depresión
▪ Aumentan el riesgo de incontinencia	▪ Aislamiento social
▪ Disminución del apetito / Aumentan el riesgo de fragilidad	▪ Apatía
▪ Aumentan el riesgo de estreñimiento e impactación fecal	▪ Problemas de conducta
▪ Pérdida del tono y fuerza muscular	▪ Confusión
▪ Mayor riesgo de caídas	▪ Malestar psicosocial

 Hospital Virgen de la Poveda SaludMadrid	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE MEDIDAS DE SUJECIÓN FÍSICAS	
--	---	--

Además de los anteriores, en este caso, pueden existir riesgos particulares, los cuales pueden ser:

Considerando las implicaciones éticas y legales que acompañan a la aplicación de éste tipo de medidas (pérdida de autonomía, de libertad); el hospital plantea un uso restringido, humanizado y acorde a los conocimientos actuales de las sujeciones físicas, reclamando el esfuerzo y compromiso de todos los agentes implicados: gestores de los centros, profesionales de atención directa, familiares y usuarios.

Don / Doña _____

con nº de Colegiado _____ y responsable médico del enfermo ingresado (paciente), considera necesario aplicar la siguiente medida de sujeción física _____

Fecha de la prescripción:- Duración de la medida: _____

Uso de la sujeción: Continuo: SI NO Diurno: SI NO Nocturno: SI NO

Con el objetivo de _____, que será revisado con la siguiente periodicidad: _____ ya que es un procedimiento poco recomendable.

En todo caso, siempre se elegirá la medida menos restrictiva posible, se aplicará por personal entrenado, se trabajará para evitar daños, sufrimiento y deterioro funcional, en la medida de lo posible.

Declaración de enterado y consentimiento

En mi caso particular se ha considerado que ésta es la medida más adecuada y he sido informado de las posibles consecuencias de no aplicar la medida que se me propone.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el profesional que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado. También comprendo que en cualquier momento y por escrito puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos de la aplicación de medidas de sujeción física, siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado de dichas medidas sea el más satisfactorio.

De todo ello me doy por ENTERADO y en tales condiciones CONSIENTO que se me aplique la medida de sujeción física aquí especificada.

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo. Médico responsable
Tutor)

Fdo. Paciente

Fdo. Representante (Familiar /

 <p>Hospital Virgen de la Poveda</p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE SUJECIONES FÍSICAS</p>	
--	---	--

De todo ello me doy por ENTERADO y en tales condiciones **NO CONSIENTO** que se me aplique la medida de sujeción física aquí especificada.

En este supuesto, quedo informado de que el Centro podrá aplicar la medida de sujeción informando de ello a la Autoridad judicial.

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo. Paciente

Fdo. Representante (Familiar / Tutor)

 <p>Hospital Virgen de la Poveda</p> <p>SaludMadrid</p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE SUJECIONES FÍSICAS</p>	
--	---	--

REVOCO el consentimiento prestado en la fecha arriba indicada,

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo. Paciente

Fdo. Representante (Familiar / Tutor)

RENOVACIONES

Nº Colegiado	Fecha	Revisión	Firma Médico

**12. Hoja informativa APLICACIÓN DE SUJECIONES FÍSICAS
INFORMACIÓN DIRIGIDA A PACIENTES, FAMILIARES O
REPRESENTANTES LEGALES**

Espacio para logotipo del Hospital

**APLICACIÓN DE SUJECIONES FÍSICAS
INFORMACIÓN DIRIGIDA A PACIENTES, FAMILIARES O
REPRESENTANTES LEGALES**

Esta hoja informativa se le entrega como complemento a la información verbal que ha recibido como paciente o en calidad de familiar o representante legal, por parte del equipo asistencial de este hospital, según establece la Resolución 106/17 del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las Instrucciones relativas al uso de Sujeciones Físicas y Químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud.

La aplicación de Sujeciones Físicas se reserva exclusivamente para situaciones excepcionales en las que se puede ver amenazada la integridad del paciente o de otras personas.

El equipo asistencial ha tenido en cuenta la situación del paciente antes de tomar la decisión de establecer, como medida extraordinaria, la indicación de aplicar una sujeción física que le proporcione una mayor seguridad.

La **Sujeción FÍSICA** aplicada será la menos restrictiva y se mantendrá durante el menor tiempo que sea posible. En cualquier caso, el equipo de enfermeras que le atiende irá valorando periódicamente la necesidad de continuar con la sujeción para evitar las complicaciones o efectos adversos que pueden derivarse de su uso.

El uso prolongado de sujeciones físicas es contraproducente, especialmente en personas en situación de mayor fragilidad, dependencia y vulnerabilidad (entre otras, personas mayores, con discapacidad intelectual o con enfermedad mental). Por ello se limitan a una situación concreta del paciente durante el presente ingreso en el hospital, pero nunca fuera de esta circunstancia específica ni una vez producida el alta hospitalaria.

La aplicación de una **Sujeción Física** no conlleva disminución alguna de los cuidados que el paciente necesite. El plan de cuidados se establecerá tratando de prevenir y disminuir los potenciales efectos negativos de la sujeción física.

No dude en preguntar cualquier aclaración sobre la aplicación de Sujeciones Físicas a los profesionales, solicitando la información en la unidad de hospitalización o consultando al Comité de Ética Asistencial del hospital a través del Servicio de Información y Atención al Paciente.

Si usted desea obtener más información sobre los límites establecidos para el uso de sujeciones, puede consultar la Resolución 106/17 del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las Instrucciones relativas al uso de Sujeciones Físicas y Químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud, en:

<http://www.madrid.org/es/transparencia/normativa/resolucion-1062017-27-enero-del-viceconsejero-sanidad-y-director-general-del-servicio>



Los profesionales de la salud concebimos la humanización como una característica inherente a la atención sanitaria, con total consideración y respeto a la dignidad, integridad y libertad de la persona

Documento con Dictamen FAVORABLE de fecha de 1 de febrero 2018, emitido por la Comisión Técnica de Coordinación de la Información de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

13. BIBLIOGRAFIA

-Resolución 106/17 del Viceconsejero de Sanidad y Director General del Servicio Madrileño de Salud por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud.

-Documento consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

-Protocolo de contención de movimientos de pacientes Hospital La Fuenfria. Hospital Clínico San Carlos. Mayo 2010

-Edward R. Marcantonio, MD “Delirium in Hospitalized Older Adults “N. England J. Med 2017; 377 1456-66.

-Juan Manuel Téllez Alejandro Villena Ferrer, Susana Morena Rayo, Marta Ballesteros Merino, Marta Martinez Ruiz. “El Paciente Agitado”, Fisterra Elsevier 2014 (última actualización (06.05.2018)

-I. López Fernández, J. Alonso Fernández, M. Del Valle García et al; Protocolo de contención de pacientes” Servicio de Salud del Principado de Asturias.