

## PROTOCOLO DE INMOVILIZACIÓN TERAPEUTICA

**Servicio:** Servicio de Psiquiatría

**Fecha de entrega:** 29.09.2015

**Destinatario:** DUE hospitalizaciones.

**Reg:** PCM PT 004

Control de modificaciones		
Descripción	Número de versión	Fecha Edición
<b>Creación:</b> Cristina del Álamo <b>Modificaciones:</b> Cristina del Álamo, Gonzalo García de Casasola, David Pérez, Ángel Arribas, Marta González Casatejada	1	18-12-2008
	2	27-03-2013
	3	29-09-2015

<p><b>Revisado:</b></p> <p><b>Actualizado por el Servicio de Psiquiatría con revisión de la indicación, contraindicaciones, procedimiento y retirada del Procedimiento de Inmovilización Terapéutica</b></p> <p><b>Fecha:</b> 08.09.2015 <b>Firma</b></p>	<p><b>Aprobado:</b> Dirección Médica <b>Fecha:</b> 07.10.2015 <b>Firma</b></p>
---	--

## ÍNDICE:

1. **Elaboración**
2. **Objeto**
3. **Alcance**
4. **Referencias / Bibliografía**
5. **Definiciones y generalidades acerca de la inmovilización mecánica**
6. **Realización:**
  - 6.1. **Indicaciones**
  - 6.2. **Contraindicaciones**
  - 6.3. **Recursos materiales y personales**
    - 6.3.1. Personal necesario
    - 6.3.2. Material necesario
  - 6.4. **Procedimiento de la inmovilización:**
    - 6.4.1. Toma de la decisión
    - 6.4.2. Registros documentales
    - 6.4.3. Comprobaciones previas a la inmovilización
    - 6.4.4. Ejecución de la inmovilización.
    - 6.4.5. Medidas de seguridad
  - 6.5. **Seguimiento de la inmovilización**
    - 6.5.1. Por parte del médico
    - 6.5.2. Por parte del personal de enfermería.
  - 6.6. **Retirada de la inmovilización mecánica**
  - 6.7. **Aspectos legales**
    - 6.7.1. Preceptos legales de aplicación
    - 6.7.2. Comunicación al juez de primera instancia (incapacidades)
  - 6.8. **Evaluación y revisión del protocolo**
7. **Anexos**

## 1. Elaboración

Documento elaborado por los facultativos del Servicio de Psiquiatría, Neurología, Medicina Interna y Supervisión de enfermería de Psiquiatría y Hospitalización Médica del H. Universitario Infanta Cristina de Parla.

## 2. Objeto

La inmovilización terapéutica es un acto sanitario con indicaciones, contraindicaciones y un procedimiento específico. Es una prescripción médica y como tal debe contar con un sistema específico de registro para el seguimiento y reevaluación del estado del paciente. El objeto del presente protocolo es estandarizar la actuación de los profesionales en la indicación, procedimiento y seguimiento de dicho proceso, así como controlar su incidencia como indicador de calidad. Las recomendaciones recogidas en este protocolo no reemplazan en ningún caso el juicio profesional de los profesionales sanitarios. Deberán adaptarse siempre a cada caso particular atendido.

## 3. Alcance

Este protocolo es aplicable a cualquier paciente del Hospital Universitario Infanta Cristina que requiera por su situación clínica esta indicación médica al ser la inmovilización terapéutica una medida que permite abordar diferentes tipos de situaciones clínicas y que puede ser aplicada en cualquier unidad donde surja la necesidad.

## 4. Referencias bibliográficas

- Protocolo de Inmovilización Mecánica de Movimientos del Hospital Universitario 12 de Octubre. Septiembre 2003.
- Protocolo de Inmovilización Mecánica de Movimientos del Hospital de Fuenlabrada. Noviembre de 2006.
- Protocolo de Inmovilización Mecánica de Movimientos de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental.

- Inmovilización mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento. Jesús Antonio Ramos Brieva. Masson, 1999.
- Guía del procedimiento para la aplicación de inmovilización física. Hospital Dr. Rodríguez Lafora. Octubre de 2004.
- Protocolo de Inmovilización Mecánica del Hospital Universitario La Paz.

## 5. Definiciones

La **inmovilización terapéutica** es un procedimiento que consiste en la inmovilización de un paciente en la cama con bandas y cinturones de sujeción. Debe utilizarse siempre un material homologado para la práctica de la inmovilización mecánica. Se trata de un acto sanitario con indicaciones, contraindicaciones y un procedimiento específico. En la mayoría de los servicios de un hospital general pueden producirse episodios de agitación o violencia protagonizados por pacientes, tanto con patología orgánica como psiquiátrica ya que la **agitación psicomotriz** puede aparecer en numerosas enfermedades médicas. La inmovilización mecánica siempre comporta el riesgo de lesión para el paciente y para el personal que lo lleva a cabo. Un adecuado seguimiento del paciente contenido disminuirá el riesgo de complicaciones derivadas de la inmovilización. Es fundamental acompañar la inmovilización mecánica de una adecuada contención verbal del paciente. El respeto y la comprensión hacia el paciente a la hora de proceder a su inmovilización pueden ser fundamentales para desactivar su agresividad.

## 6. Realización

**6.1 Indicaciones.** Al tratarse de una medida sanitaria, la inmovilización terapéutica deberá realizarse siempre en un contexto sanitario y ante una conducta que se considera originada por una patología médica (orgánica o psiquiátrica). Si la conducta del paciente no es justificable por una enfermedad sino que tiene un carácter delictivo la actuación sería competencia de las fuerzas de seguridad. Aunque sea una práctica común en los servicios sanitarios, debe considerarse como un recurso excepcional para controlar conductas que suponen un alto riesgo para el propio paciente, para otros pacientes o para los profesionales sanitarios.

- Prevención de **daño físico inminente -a sí mismo o a otros-** cuando otros medios (inmovilización verbal o farmacológica) han resultado ineficaces

- Prevención de **daños graves al entorno** (familia, otros pacientes, personal asistencial e incluso las instalaciones del centro)
- Para **asegurar el seguimiento del tratamiento prescrito**, cuando es imprescindible y han fracasado otras medidas (retirada de vías o sondas nasogástricas por el propio paciente o imposibilidad de administrar tratamiento) en pacientes no competentes mentalmente
- Para **evitar la fuga** del paciente si se considera que el paciente supone un riesgo de salud pública, estuviera contagiado de enfermedad infectocontagiosa catalogada como de tratamiento obligatorio o no está en condiciones de decidir por si mismo, aunque esté sometido a la patria potestad y se considera que las medidas de vigilancia habituales no bastan para evitar su marcha
- Si el paciente **solicita voluntariamente la inmovilización mecánica y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación.**

## 6.2 Contraindicaciones.

- Cuando no exista indicación médica.
- La inmovilización no debe usarse **nunca como castigo** a un paciente.
- Como sustitución de un tratamiento en curso.
- Cuando exista una alternativa terapéutica diferente y de similar eficacia (ej.: inmovilización verbal o farmacológica).
- Si la conducta violenta es voluntaria, no justificable por una enfermedad sino con carácter delictivo (es en este caso competencia de las fuerzas de seguridad).
- Cuando no exista personal suficiente o sea una situación peligrosa y técnicamente imposible (ej.: paciente armado).

## 6.3 Recursos personales y materiales

**6.3.1. Personal necesario.** El número de personas óptimo para realizar la inmovilización es de cinco profesionales: una para sostener cada extremidad del enfermo y otra para sujetarle la cabeza. Siempre se requerirá la presencia de los TIGAS y si es necesario de personal de seguridad, además del personal existente en el momento. En general, es preferible que el personal que no va a colaborar con la inmovilización se mantenga apartado. No obstante, en algunos casos la presencia de más personas

puede ser necesaria y actuar de forma coercitiva para evitar conductas violentas por parte del paciente.

La realización de la inmovilización es a priori responsabilidad de enfermería, con la colaboración de auxiliares y TIGAS. La presencia del médico será decisión del mismo en función de la posible interferencia en la posterior relación terapéutica. El personal de seguridad del hospital colaborará en la inmovilización de la persona agitada y/o violenta cuando sea requerido para ello. La implicación en la actuación de reducir al paciente debe ser de todo el personal, independientemente del estamento profesional.

**6.3.2. Material necesario.** El material que necesitaremos para la CMT serán:

- Cinturón ancho abdominal tipo “salvafix”.
- Cintas cruzadas tórax tipo “salvafix”.
- Cinta para manos y pies tipo “salvafix”.
- Llave magnética (imán para anclajes).
- Botones magnéticos de fijación.

## 6.4. Procedimiento de la inmovilización terapéutica

**6.4.1. Toma de la decisión.** La indicación de inmovilización terapéutica la hará el médico responsable del caso o el facultativo de guardia. Si no se pudiera contactar urgentemente con el médico o resulta imposible su presencia, el **enfermero/a** está expresamente autorizado a iniciar el procedimiento de inmovilización por su cuenta ante una situación de riesgo inminente para el paciente o para su entorno, pero **debe comunicarlo al médico** inmediatamente o con la menor demora posible para recibir su conformidad por escrito.

**6.4.2 Registros documentales.** Cada indicación de inmovilización deberá estar reflejada por el médico en la historia clínica del enfermo dentro del apartado de **prescripciones no farmacológicas**. Para cada inmovilización terapéutica, el **médico** que indica el procedimiento deberá consignar en la historia clínica la **fecha y hora en que se realiza la inmovilización, la razón de su indicación y la situación clínica del paciente; a su vez el enfermero** responsable del paciente **cumplimentará el formulario de inmovilización terapéutica de la historia clínica del paciente. La indicación médica de inmovilización terapéutica** será

revisada por el facultativo responsable del paciente o por el médico de guardia, consignando por escrito en la historia clínica cualquier incidencia relevante.

En determinados casos, el médico que indica la inmovilización podrá establecer una mayor frecuencia de revisión de la misma. El enfermero puede solicitar la revisión de la indicación médica de inmovilización **terapéutica** en cualquier momento de la evolución del paciente. **La pauta de tratamiento farmacológico prescrito se consignará en la correspondiente hoja de tratamiento.**

#### 6.4.3. Comprobaciones previas a la inmovilización

Todo el material deberá quedar guardado en el control de enfermería, en un lugar de acceso fácil y cómodo. Será responsabilidad del enfermero de turno comprobar que cada sistema de sujeción esté completo, limpio y en buen estado de uso. Antes de realizar la inmovilización **terapéutica** será preciso:

- Comprobar el estado de la cama y del material necesario para llevar a cabo la inmovilización.
- Alejar del paciente cualquier objeto peligroso.
- Retirar de las prendas de vestir cualquier objeto que pueda dañarle.
- Asegurar una buena ventilación y temperatura fresca en la habitación.
- El personal asistencial que intervenga deberá desprenderse de objetos potencialmente peligrosos que lleven encima (gafas, tijeras, mecheros, relojes...).

#### 6.4.4. Ejecución de la inmovilización

- Una vez decidida la inmovilización **terapéutica**, tras el fracaso de las demás opciones previas, no se debe insistir en el diálogo con el paciente para evitar reacciones inesperadas por parte de éste. Debe elegirse un **miembro del personal como director del procedimiento**, habitualmente la enfermera asignada al paciente. A partir de este momento el intercambio verbal con el paciente es inadecuado, excepto para el director del procedimiento que comunicará de forma clara al paciente que va a ser aislado o reducido, debido a que ha perdido el control.
- **Se debe evitar toda la expectación posible**, alejando a los demás pacientes y personal que no colabore en la sujeción.
- El tono de voz para dirigirse al paciente debe ser calmado y tranquilizador. **El personal debe aparecer firme, seguro y respetuoso, nunca provocativo ni emocionalmente distanciado.**

- Debe darse tiempo al paciente para aceptar las demandas verbales para que colabore y se tumbe voluntariamente en la cama.
- Si el paciente no colabora, será necesario reducirlo entre los miembros del equipo según el plan previamente marcado y trasladarlo a la habitación. Se realizará preferentemente cuando la atención del paciente esté distraída. 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 miembro: para los miembros superiores se sujetarán hombros y antebrazos, para los inferiores presionando inmediatamente por encima de las rodillas y los tobillos.
- Para el traslado a la cama de un paciente agitado, el personal lo sujetará por las piernas a la altura de las rodillas, y por los brazos, alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros. Un quinto miembro del equipo debe estar preparado para sostener la cabeza, para evitar que se golpee o que golpee a alguien. La sujeción se realizará por este orden: cintura, miembros inferiores, miembros superiores, y tórax si fuese necesario.
- Es necesario explicar la razón de la inmovilización tanto al paciente como al resto de los pacientes si ésta se ha producido en zonas de uso común y en presencia de otros pacientes.
- Ver Figuras 1,2 y 3 al final del documento

#### 6.4.5. Medidas de seguridad.

- El paciente contenido estará **vestido con ropa de cama** excepto si la urgencia de la situación no lo ha permitido previamente. En el caso de no permitirlo, será preciso tras la inmovilización la revisión de cualquier objeto que pueda esconder el paciente.
- Se utilizará la fuerza mínima necesaria para controlar la violencia, y ésta se ejercerá sobre las articulaciones mayores con el fin de hacerlo de forma menos traumática.
- Con el paciente en la cama se procederá a sujetarlo a ella, como norma general en posición de **decúbito supino**, con el material de inmovilización destinado al efecto. **Se mantendrá la cabecera elevada** para permitir al enfermo contacto con el medio y disminuir el riesgo de aspiraciones.
- **Se deben sujetar** como norma general **las cuatro extremidades** para mayor seguridad del paciente. En función de la situación del paciente y bajo indicación médica, de forma temporal,



se podrá soltar algún miembro, preferentemente en presencia de personal sanitario y considerando siempre los eventuales riesgos de una inmovilización parcial. **Se tendrá especial precaución al realizar la inmovilización terapéutica con las personas más vulnerables por sus características físicas** (ancianos, embarazadas, menores).

- En la **Unidad de Hospitalización Convencional** el paciente contenido **permanecerá siempre en una habitación individual** que permita la mayor observación posible. En la unidad de Hospitalización Psiquiátrica, **la puerta de la habitación deberá estar cerrada siempre con llave** como medida de seguridad para el paciente que permanece con la inmovilización **terapéutica**, debido a su estado de indefensión en estos momentos.
- Antes de retirarse de la habitación, el personal se cerciorará de lo siguiente:
  - Las fijaciones están bien aseguradas.
  - Los puntos de contacto de las sujeciones con el paciente están dispuestos de manera que no excedan en su presión ni lesionen su piel. Si es preciso, se colocarán vendas de protección para evitar heridas por roce con las correas de sujeción.
  - Los cinturones, anillos, pendientes, collares, relojes o cadenas, así como objetos punzantes, cortantes o potencialmente peligrosos, se han retirado.
  - El paciente está aislado del resto de los enfermos, que no pueden acceder físicamente a la habitación individual en la que se encuentra.
- En la Unidad de Psiquiatría, salvo indicación clínica expresa, **el paciente contenido no podrá recibir visitas**. En las Unidades de Hospitalización convencional, por el contrario, es recomendable que el paciente esté acompañado por familiares. **En cualquier caso, será el médico responsable el encargado de comunicar a los familiares la nueva situación** en la que se encuentra el paciente.

## 6.5. Seguimiento de la inmovilización

### 6.5.1. Por parte del médico:

- Todo enfermo que haya sido contenido deberá ser atendido y **valorado** por el médico a cuyo cargo se encuentra o por el facultativo de guardia.
- La inmovilización **terapéutica** permite la administración de una pauta farmacológica destinada a reducir lo más rápidamente posible la intensidad de un cuadro de agitación.

- Los criterios de elección de la vía de administración de la medicación (oral o parenteral) dependen del grado de colaboración del paciente, de la intensidad de la agitación de la enfermedad subyacente.

#### 6.5.2. Por parte del personal de enfermería:

- El personal de enfermería realizará seguimiento del paciente durante el tiempo que dure la inmovilización **terapéutica**.
- El **personal Técnico auxiliar** de enfermería controlará mediante su presencia física periódica a cualquier paciente bajo inmovilización **terapéutica**, revisando en cada ocasión el **estado general del paciente, el estado de las sujeciones y cualquier otra necesidad que pudiera surgir**, y comunicando al enfermero responsable las incidencias observadas durante cada visita. En la Unidad de Psiquiátrica las visitas de control se harán como **mínimo cada 20 minutos** y con mayor frecuencia si el estado clínico del paciente lo requiere
  - El **enfermero** hará una visita al enfermo inmovilizado **al menos una vez por turno** (dos, en la Unidad de Hospitalización Psiquiatría) al objeto de examinar al paciente, valorando y registrando en el **formulario de inmovilización terapéutica de la historia clínica del paciente** las posibles anomalías detectadas para comunicarlas al facultativo responsable; a criterio de este o de enfermería podrán aumentarse la frecuencia. Aunque no se hayan observado incidencias, enfermería **realizará un registro del formulario de inmovilización terapéutica al menos una vez por turno, en la unidad de psiquiatría 2 veces por turno**. En cada visita se evaluará:
    - **Estado de las sujeciones** (y, en su caso, de las vendas de protección) para evitar la aparición de heridas por roce con las correas de sujeción
    - **Estado mental del paciente.**
    - Estado de **nutrición e hidratación** del paciente.
    - **Temperatura de la habitación** donde se encuentra el paciente.
    - Estado de aseo personal del enfermo.
    - **Toma de constantes vitales: temperatura, frecuencia cardíaca, tensión arterial, ingesta y control hídrico**
    - **Realizar los cambios posturales** necesarios.

- Toda inmovilización debe controlarse periódicamente con el fin de **asegurar una buena circulación de los miembros** y para prevenir complicaciones. A tal efecto, el enfermero valorará también los siguientes signos
  - Temperatura de la parte distal de los miembros sujetos
  - Presencia de signos de inflamación (enrojecimiento, tumefacción) y su coloración (palidez, cianosis)
  - Aparición de parestesias y disestesias en miembros superiores (hormigueo y pérdida de sensibilidad).

La comida y sus utensilios, así como el material de aseo, debe ser administrado con precaución y con personal de enfermería siempre presente. El equipo de enfermería valorará la posibilidad de ayuda completa o parcial (dejando una mano con un mayor rango de movimiento) para las comidas y estará presente en las mismas.

**6.6 Retirada de la inmovilización mecánica.** La inmovilización mecánica debe mantenerse únicamente hasta conseguir el efecto terapéutico deseado (sedación farmacológica, retorno a la calma, seguridad para el paciente y para su entorno, etc.). **La decisión de retirar la inmovilización corresponde al médico**, tras consulta previa con el equipo de enfermería y deberá **consignarla en la hoja de tratamiento**. En el momento de la retirada estarán presentes **al menos dos personas, aunque de ser posible estarán cuatro personas** por si se debe volver a realizar la inmovilización. Puede requerirse la presencia del médico si la enfermería lo considera necesario.

**6.7 Aspectos legales.** En el supuesto de que la inmovilización mecánica sea solicitada voluntariamente por el paciente competente que se encuentra ingresado con carácter voluntario, y el médico responsable considere que existe indicación clínica para adoptar la medida se reflejará así en la historia clínica. Cuando el paciente no es competente, puede obligar a actuar en contra de la voluntad del sujeto en un contexto de urgencia. **En el supuesto de que el régimen de internamiento del paciente al que se aplica la medida de inmovilización mecánica en contra de su voluntad fuera voluntario, debe valorarse la necesidad de cambiar el tipo jurídico de ingreso.** En todo caso, si en un plazo de **24 horas** persiste la medida de inmovilización, el internamiento pasará **automáticamente** a ser considerado **involuntario, debiéndose comunicar esta circunstancia al juzgado** mediante los cauces habituales. En el **contexto de Urgencias**, la inmovilización mecánica **no precisa de notificación al Juzgado, salvo en el caso en que su duración se extienda más allá de 24 horas.**

### 6.7.1 Preceptos legales de aplicación

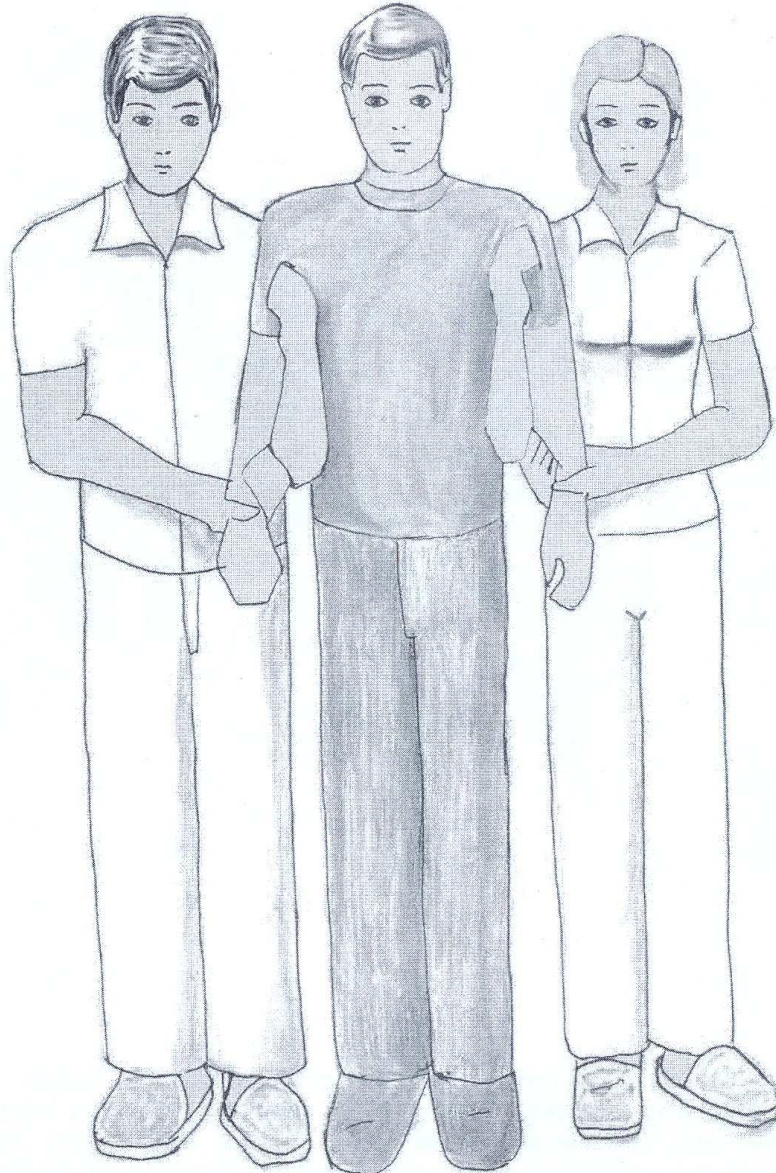
- **Constitución: Art.17.1** “Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley”.
- **Ley 41/2002** reguladora de la autonomía del paciente. Arts. 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 establece la necesidad de autorización judicial previa o a posteriori cuando se trate de
- Internamiento de persona que no esté en condiciones de decidir por sí. En efecto, el art. 763 L. E. Civil expresa: “El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial
- **Información sobre la adopción de la medida:** La utilización de la medida excepcional y urgente de CMT en los supuestos y de acuerdo con el presente protocolo, como cualquier otra actuación sanitario-asistencial, deberá ser informada al paciente de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y a las circunstancias existentes en el momento; también se debe informar a las personas que, vinculadas a él por razones familiares o de hecho, se encuentren acompañando al paciente (art. 5, 1 y 2 Ley 41/2002).
- **Historia Clínica y documentos del protocolo:** En cualquier caso, 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, mediante la inclusión en la Historia Clínica de los documentos señalados en este protocolo, y que proceda sean homologados como documentos de la Historia Clínica. Deben recogerse todas las incidencias que hayan rodeado la medida.

6.7.2 Comunicación al juez de primera instancia (incapacidades). Debe valorarse la comunicación al juez de 1ª instancia solicitando la ratificación de la medida, cuando se trata de una medida de larga duración, pues en este caso podría asimilarse la situación de grave alteración de la conducta en que se encuentra el paciente con CMT (evidentemente no consentida) a un internamiento no voluntario por razón de trastorno o incapacidad del paciente. La comunicación debería efectuarse por parte del médico responsable del caso, bien porque desde el momento de su adopción se prevea que se va a prolongar en el tiempo, bien porque así se prevea con posterioridad fijando como plazo orientador la permanencia de la medida durante más de 24 horas.

## 6.8. Evaluación y revisión del protocolo

Este protocolo será revisado por el equipo médico y supervisión cuando el personal sanitario lo solicite ante circunstancias o incidencias que puedan requerir su revisión. Se procederá a una revisión del mismo con una periodicidad máxima de 2 años.

FIGURA N° 1



Para acompañar a la habitación a un paciente, cuyo estado lo permite y desea ir a pie, pueden ser suficientes dos personas que sujeten al enfermo por las axilas con una mano, empujando hacia arriba, y por las muñecas con la otra, tirando hacia abajo. Con firmeza pero sin lesionar al enfermo.

## 7. Anexos:

## FIGURA Nº 2



Estirar de espaldas sobre el suelo al paciente que hay que reducir. Controlar su cabeza para evitar que se golpee o golpee a algún miembro del grupo. Una persona sujetará cada miembro del enfermo. Los miembros superiores se sujetarán por los hombros y los antebrazos. Los miembros inferiores, presionando inmediatamente por encima de las rodillas y los tobillos.

FIGURA Nº 3



El traslado de un paciente agitado y/o violento a la habitación 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. Una persona por cada miembro. Un quinto participante del grupo debe estar preparado para sostener la cabeza, si el paciente la agita mucho, para evitar que se la golpee o golpee a alguien.

***Nota: Las imágenes han sido tomadas del Protocolo de Inmovilización Mecánica del Hospital Rodríguez Lafora que aparece en la Bibliografía. Se ha solicitado su permiso para la utilización.***