www.medigraphic.org.mx

REVISTA MEXICANA DE
Enfermería CARDIOLÓGICA
Vol. 21, Núm. 2 • Mayo-Agosto 2013
pp 77-81

Práctica diaria: procedimiento

Sujeción gentil en el lactante mayor

Erika Rossi Díaz Benítez[1]

[1] Enfermera Especialista Infantil. Jefa de Servicio. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

RESUMEN

El uso de la sujeción gentil es un procedimiento utilizado para inmovilizar a las personas hospitalizadas y de esta manera prevenir caídas y lesiones, así como para evitar la interrupción de tratamientos. Sin embargo, es de resaltar que se utiliza como último recurso para controlar situaciones que pongan en riesgo a la persona. El presente manuscrito se realiza para dirigir la práctica clínica del profesional de enfermería en la sujeción gentil del lactante mayor, con el objetivo de mantener la seguridad en todo momento. Se incluyen apartados sobre el concepto del procedimiento, objetivo, población a quien está dirigida, principios y políticas, indicaciones, material y equipo. El procedimiento está enfocado a tres tipos de sujeción gentil: restricción para lactantes con intubación endotraqueal, de tipo momia con y sin acceso vascular.

Palabras clave: Sujeción gentil, inmovilizar, riesgo, profesional de enfermería.

ABSTRACT

The use of gentle subjection is a procedure used to immobilize people hospitalized and thus prevent falls, injury and/or avoid interruption of treatments. However, it is pointed out that you used as a last resort to control situations that put at risk the person. The present manuscript is performed to direct clinical practice of the nurse in gentil's highest infant attachment with the objective of maintaining the security at all times. Include paragraphs from the concept of procedure, objective, population to whom it is directed, principles and policies, instructions, material and equipment. The procedure is focused on three types of gracious restraint: for infants with endotracheal intubation and mummy type with and without vascular access restriction.

Key words: *Gentle subjection, immobilize, risk, nurse.*

CONCEPTO

Son acciones de enfermería encaminadas a proteger al lactante mayor de lesiones que pongan en riesgo su integridad y/o que dificulten su terapéutica, mediante la limitación de los movimientos corporales voluntarios o involuntarios a través de maniobras mecánicas en forma temporal.

OBJETIVO

Establecer un procedimiento de sujeción gentil en el lactante mayor, para otorgar atención segura durante su estancia hospitalaria.

POBLACIÓN OBJETIVO

www.medigraphic.org.mx

Personas que se encuentran hospitalizadas, en edades comprendidas entre los 12 y 24 meses de edad.

PRINCIPIOS Y POLÍTICAS

- El personal de enfermería forma parte de los recursos humanos del sistema de salud y por lo tanto, tiene el compromiso de la observancia de los principios éticos y normas legales aplicables en el ejercicio de la enfermería, así como en los conoci-

Recibido para publicación: agosto 2012.
Aceptado para publicación: febrero 2013.

Dirección para correspondencia:
EEI. Erika Rossi Díaz Benítez
Juan Badiano Núm. 1, Col. Sección XVI, Tlalpan, 14080,
México, D.F.
Tel: 55732911, ext. 1356
E-mail: rosdav_75@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
http://**www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica**

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2013;21 (2): 77-81

mientos, destrezas y la adecuada utilización de los recursos tecnológicos para dar cuidados de calidad a las personas que están bajo su responsabilidad.[1]

- Para que la contención de movimientos en el niño sea admisible desde un punto de vista ético, debe cumplir con los siguientes requisitos:

  a) Que se respete la dignidad de la persona en los procedimientos: privacidad, adecuación de medios físicos y humanos.
  b) Que los familiares o representantes de la persona sean informados del procedimiento, y de ser posible con carácter previo al mismo.
  c) Que la sujeción no se prolongue más allá de lo necesario.
  d) Que se ajuste a un protocolo establecido por la institución.[2]

- El artículo 74 Bis de la Ley General de Salud,[3] establece que la persona con trastornos mentales y de comportamiento tendrá los siguientes derechos:

  e) Derecho al consentimiento informado de la persona o su representante, en relación con el tratamiento a recibir. Esto sólo se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate de un caso urgente o cuando se compruebe qué tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente.
  f) Derecho a que le sean impuestas únicamente las restricciones necesarias para garantizar su protección y la de terceros. En todo caso, se deberá procurar que el internamiento sea lo menos restrictivo posible y que el tratamiento a recibir sea lo menos alterador posible.
  g) Derecho a que el tratamiento que reciba esté basado en un plan prescrito individualmente con historial clínico, revisado periódicamente y modificado llegado el caso.

- El artículo 163 de la Ley General de Salud establece en acción de materia de prevención y control de accidentes:[3]

  I. El conocimiento de las causas más usuales que generan accidentes.
  II. La adopción de medidas para prevenir accidentes.

- La Comisión de Arbitraje Médico (CONAMED)[1] sugiere la sujeción en caso necesario, informando de manera amplia al paciente, familiar o visitante los motivos que determinaron esta intervención, los cuidados y vigilancia que deben tener a fin de evitar complicaciones en las zonas comprometidas (se sugiere solicitar consentimiento informado del familiar).
- El consentimiento informado ejerce funciones como: promoción de la autonomía del individuo, fomento de la racionalidad en la toma de decisiones médicas y protección a los enfermos.
- El médico, por sus conocimientos y su experiencia, evalúa lo más racional y objetivamente posible la situación médica de su paciente y juzga la mejor respuesta a dar con el fin de mejorar el bienestar de éste.[4]
- La inmovilización de un paciente y/o su aislamiento es una medida terapéutica preventiva que suele aplicarse para evitar que un enfermo, a quien, por definición, la agitación le hace incompetente, se lesione a sí mismo o lesione a otros.[5]

INDICACIONES

Paciente pediátrico con agitación psicomotora, riesgo de desplazamiento de catéteres, sondas o drenajes, o cuando se vaya a realizar algún procedimiento que requiera que el niño esté sin movimiento.

MATERIAL Y EQUIPO

- Sábana rectangular para cuna o pañal de tela, de acuerdo con la talla del lactante.
- Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

Valoración:

- Identifique los factores de riesgo y la necesidad de seguridad asociados a la agitación, con el fin de iniciar precozmente el procedimiento.
- Evalúe el nivel de conciencia y/o nivel de sedación de la persona mediante las siguientes escalas:

  — Escala Glasgow modificada: mide el estado de alerta y evalúa la respuesta ocular, verbal y motora. Se considera grave cuando su puntaje es menor de 8 (la persona requiere estar intubada); moderado de 9 a 12; leve 13-14 y normal 15.[6]
  — Escala de sedación Ramsay: permite valorar el grado de sedación a través de seis niveles; los

www.medigraphic.org.mx

primeros tres indican que se encuentra despierto y los tres siguientes dormido.[7]
— Escala de medición Richmond Agitation Sedation Scale (RASS): valora el estado de sedación a través de la observación, donde una puntuación menor a cinco indica que el paciente se encuentra bajo sedación profunda.[7]

- Evalúe el riesgo de caída de acuerdo con la escala utilizada en su institución, la que comúnmente valora la limitación física, el estado mental y el tratamiento farmacológico. Sus niveles van desde bajo hasta alto riesgo de caída.

Elección del método de sujeción:

- Elija el mejor método de sujeción para alcanzar los resultados deseados.
- Realice lavado de manos y prepare el material necesario de acuerdo con el método a utilizar y trasládelo a la unidad de la persona.
- Valore la piel y estado circulatorio donde se aplicará la sujeción.
- Asegure los barandales de la cuna.

Aplicación del método de sujeción:

a) Tipo momia

1. Coloque una sábana extendida sobre la cama y sitúe sobre ella al lactante.
2. Con uno de los brazos pegado a su cuerpo, doble la sábana sobre el brazo y el cuerpo del niño en dirección opuesta. Enrolle la sábana bajo el cuerpo del lactante.
   Coloque el otro brazo pegado al cuerpo del niño y doble el otro lado de la sábana; enrolle la sábana sobrante por debajo del niño *(Figura 1)*.
3. Sujete el extremo largo de la sábana, tire de ella delicada pero firmemente sobre los pies del niño y doble hacia un lado y debajo del cuerpo del niño.

www.medigraf

b) Tipo momia con acceso intravascular de miembros superiores

1. Coloque una sábana extendida sobre la cama, ponga al niño encima.
2. Coloque el brazo libre de acceso intravascular del lactante en forma lateral a su cuerpo, doble la sábana en dirección del brazo contrario.
3. Fije la sábana por debajo del cuerpo del lactante, evitando dejar pliegues, doble el otro lado de la sábana dejando libre el brazo con acceso intravascular *(Figura 2)*.
4. Sujete el extremo de la sábana por debajo del cuerpo del lactante, tire de ella delicada pero firmemente sobre los pies y doble hacia un lado y por debajo del cuerpo.

c) En lactante con intubación endotraqueal

1. Extienda la sábana y doble dos de sus lados hacia el centro de la sábana formando un rectángulo *(Figura 3)*.
2. Doble en acordeón un extremo de la sábana y coloque a un costado del lactante.
3. Coloque en decúbito lateral al lactante y deslice la sábana por debajo de su cuerpo, vigilando el dispositivo ventilatorio y accesos vasculares *(Figura 4)*.

Figura 1. Limitación de ambas extremidades superiores para mayor seguridad del lactante.

Figura 2. Sujeción dejando libre la extremidad con acceso intravascular, ofreciendo seguridad para la permanencia del dispositivo.

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2013;21 (2): 77-81

4. Regrese al lactante a la posición inicial (decúbito dorsal) y coloque uno de sus brazos en la parte lateral del cuerpo y envuelva con el sobrante de la sábana y deslice por debajo del dorso del lactante, hasta el extremo opuesto, quedando un tipo brazalete; realice el mismo procedimiento con la otra extremidad *(Figura 5)*.

PRESERVACIÓN DE LA SEGURIDAD DEL LACTANTE

- Favorezca un ambiente tranquilo y utilice un tono de voz suave y tierno.

Figura 3. Preparación de la sábana para sujeción al lactante intubado.

Figura 4. Colocación de la sábana en la sujeción para lactante intubado.

- Promueva la relajación y mejora del sueño mediante musicoterapia y/o masajes.
- Satisfaga las necesidades de eliminación y alimentación del lactante.
- Valore datos de sobrecarga emocional como: hipertensión arterial sistémica, taquicardia, fatiga, irritabilidad excesiva, diaforesis, hiperventilación, etcétera.
- Movilice al lactante cada dos horas y valore la circulación de la extremidad inmovilizada cada 15 minutos.
- Valore constantemente el estado neurológico con las escalas arriba citadas, así como la presencia de dolor en donde puede ser útil la escala de valoración del dolor en menores de tres años, la cual a través de datos como la tensión arterial sistólica, el llanto, la actividad motora, la expresión facial, la evaluación verbal y el lenguaje corporal, permite determinar el grado de dolor: 1 a 2, dolor leve; de 3 a 5, dolor moderado; de 6 a 8, dolor intenso; de 9 a 10, dolor insoportable[4] La otra escala, útil en niños menores de tres años, es la visual análoga que por medio de la observación y de una forma subjetiva de la expresión facial que el niño muestre determinará el grado de dolor.[8]

Figura 5. Sujeción de ambas extremidades superiores, permitiendo la visualización del tórax.

- Optimice el manejo en caso de dolor con terapia farmacológica bajo prescripción médica.
- Realice las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería.
- Si las condiciones del lactante mejoran y el método de sujeción ya no se requiere, anote la hora en que se retira; si no, evalúe las medidas aplicadas.

RIESGOS

- Dificultad respiratoria, contracturas al forzar la movilización, lesión isquémica, úlceras por presión, edema e irritabilidad excesiva.

Puntos importantes

- La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations desde 1998 establece estrategias para reducir el riesgo de las inmovilizaciones, como: redoblar esfuerzos para evitar el uso de las inmovilizaciones; valorar el riesgo existente e intervenir precozmente con medidas menos restrictivas; formación y entrenamiento del personal sanitario en alternativas que eviten el uso de las sujeciones; valoración continua a los pacientes que se encuentran inmovilizados.[9]

REFERENCIAS

1. Tena TC, Arroyo CG, Victoria OR, Manuell-Le GR, Sánchez GJM, Hernández GLE et al. Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. CONAMED. 2006; 11(5): 18-26.
2. Santiago SA. Protocolo de contención de movimientos en pacientes [Internet].Madrid: Hospital Clínico San Carlos. Hospital La Fuenfría. 2010 [acceso 20 de julio de 2012]. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_57886_FICHERO_NOTICIA_99413.pdf
3. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión. Ley General de Salud [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación. 2012 [acceso 5 de marzo de 2012]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf
4. Vidal CMDC. El consentimiento informado para el tratamiento terapéutico de un niño. Cuadernos de bioética [Internet]. 2000 [acceso 27 de abril de 2010]; 1: 95-107. Disponible en: http://aebioetica.org/revistas/2000/1/41/95.pdf
5. Seoane LA, Alava CT, Blanco PM, Díaz MH. Protocolo de contención de pacientes [Internet]. España: Hospital Universitario Príncipe de Asturias. 2005 [acceso 20 de julio de 2012]. Disponible en: http://www.fundacionmanantial.org/ssm_area_3/programas/guias/guia_contencion.pdf
6. Esperanza DA, Bravo LR, Díaz LM, Etura AB, Mertín AMT, Roca MM. Valoración inicial de los niños ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Nure Inv [Internet]. 2007 [acceso 27 de abril de 2010]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/prototolo_30137200712352.pdf
7. Concha TA, Rey GA, Suárez SS. Sedación y analgesia en el politraumatismo pediátrico. Bol pediatr [Internet]. 2009 [acceso 27 de abril de 2010]; 49: 69-77. Disponible en: http://www.sccalp.org/documents/0000/0741/BolPediatr2009_49_069-077.pdf
8. Montero IR, Manzanares BA. Escalas del dolor. JANO [Internet]. 2005 [acceso 23 de marzo de 2010]; 68(1553): 527-530. Disponible en: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/68/1553/41/1v68n1553a13072240pdf001.pdf
9. Área de Salud de Cáceres. Servicios Extraños de Salud [Internet]. España: Junta de Extremadura [acceso 27 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.areasaludcaceres.es/modulos/mod_documentos/pub/busqueda_documentos.php?cadena=&categoria=227&lisbus=si&Buscar=Buscar&zona=nada6&orden=nombre&_pagi_pg=

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

1. Hermida MG, Tayara G. El abordaje pedagógico del niño enfermo hospitalizado [Internet]. Málaga, España. 2007 [acceso 26 de abril de 2010]. Disponible en:http://pitagoras.blogia.com/2007/101901-pedagogia-hospitalaria.php
2. Normard MT, Rodweder AW. Bases científicas de la enfermería. México: El manual moderno; 1995.
3. Marqués AS. La vivencia de la sujeción mecánica experimentada por el personal de enfermería de una unidad de psiquiatría infanto-juvenil. Index Enferm [Internet]. 2007 [acceso 28 de marzo de 2010]; 16(58): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/58/r6459.php
4. Márquez JJ. Neurodesarrollo y estimulación temprana en pediatría. México: Confederación Nacional de Pediatría de México; 2008.
5. Fernández De PGE, Romero MA, Plaza del PMAD, García GM. Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes [Internet].Granada, España: Hospital Universitario San Cecilio. Granada. 2007 [acceso 29 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.distritometropolitano.es/probando/ficheros/protocolo_de_contencion_de_pacientes._adaptado_para_aplicacion_en_el_distrito_metropolitano.pdf

www.medigraphic.org.mx