



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO IX – N. 22 – 2015

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/001.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en **FORO I+E "Impacto social del conocimiento" - II Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería – II Encuentro de Investigación de Estudiantes de Enfermería y Ciencias de la Salud**, reunión celebrada del 12 al 13 de noviembre de 2015 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **Implantación intensiva del protocolo de contención mecánica en la Unidad de Neurocirugía**

*Autores* Mónica Jiménez Megías, M<sup>a</sup> Angustias Navarro Guzmán, Noelia Martín González, Bienvenida Alarcón Juárez, Ana M<sup>a</sup> Rodríguez Cuesta, Elisabet Carrascosa Urbano

*Centro/institución* Complejo Hospitalario Universitario de Granada

*Ciudad/país* Granada, España

*Dirección e-mail* [sujecionmecanica@gmail.com](mailto:sujecionmecanica@gmail.com)

## RESUMEN

*Introducción:* Hemos elegido la contención mecánica como centro del trabajo por la importancia que tiene esta medida terapéutica desde el punto de vista asistencial para el enfermo y porque afecta de forma directa a su dignidad y seguridad.

*Objetivos:* Estudiar la contención mecánica en la Unidad de Neurocirugía del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada y formar a sus profesionales interdisciplinariamente en el protocolo y evaluando posteriormente su cumplimiento.

*Resultados:* La incidencia de contención post-formación ha sido del 1.5% frente al 6% previo. La formación creemos que ha sido excesivamente benevolente. Esto ha hecho que no se trabajen aspectos que luego se han mostrado como flaquezas, como el no saber dónde reflejar la orden médica.

*Conclusiones:* Es un error intentar implantar este protocolo sin un apoyo de los líderes de la institución mucho más enérgico.

## TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

### Introducción

Dentro de la búsqueda de la Calidad en la atención sanitaria se encuentra la implementación de la práctica asistencial de excelencia e innovadora, centrada en los ciudadanos/as y sus necesidades a través de la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible<sup>1</sup>.

Con el objetivo de alcanzar esta excelencia, desde el Servicio Andaluz, se analiza la práctica asistencial y se diseña una estrategia para disminuir la variabilidad, basada en el uso de una metodología estructurada que en muchos casos toma forma en los protocolos de actuación.

La estrategia de seguridad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se enmarca como objetivo prioritario para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, proporcionando atención y cuidados seguros disminuyendo la incidencia de daños accidentales atribuibles a los mismos<sup>2</sup>. Los servicios hospitalarios deben ser seguros, porque los pacientes que deben ser asistidos ponen su salud, su vida y por tanto, su seguridad en manos de los profesionales de la salud que trabajamos en estos servicios y todos estamos implicados en el mismo objetivo: la disminución de los efectos adversos de nuestros servicios sanitarios. Por esto es importante que ofrezcamos una atención de calidad con la máxima seguridad posible, además de que forma parte de los principios de la ética asistencial.

Hemos elegido la contención mecánica<sup>3</sup> como centro del trabajo por la importancia que tiene esta medida terapéutica no solo desde el punto de vista asistencial para el enfermo sino sobre todo porque afecta de forma directa a su dignidad y seguridad.

Los manuales aconsejan que esta implantación sea propuesta por la directiva del Hospital y seguir una sistemática piramidal, es decir de arriba hacia abajo. En este caso, y debido a la idiosincrasia de nuestro sistema, esta implantación surge del deseo de los profesionales involucrados de atender mejor a nuestros pacientes.

#### *Relevancia del tema elegido*

“De los pacientes que acuden al Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada al menos al 2.5%<sup>4</sup> se le somete en algún momento a contención mecánica, aumentando la incidencia hasta el 6% si ingresan en la Unidad de Neurocirugía, en la que vamos a centrar nuestro trabajo”<sup>5</sup>.

Esto quiere decir que se le van a aplicar, dispositivos de sujeción mecánica para limitar su movilidad física mientras permanece en la cama o el sillón<sup>3</sup>, en lenguaje coloquial decimos que “lo vamos a atar”.

Esto no debe ser una cuestión menor para el buen profesional que ordena el tratamiento, por muchas veces que lo haya aplicado, se le deben plantear dilemas éticos<sup>6</sup>, al menos en relación con el principio de no maleficencia, beneficencia y autonomía.

El principio de no maleficencia hace mención al “primun non nochere”, que traducido resulta que se minimice la posibilidad de hacer daño.

Cuando contenemos a un paciente, el protocolo nos dice que la intervención tiene una serie de complicaciones potenciales que necesitan vigilancia y control, como úlceras por presión, isquemia periférica, compresión nerviosa, luxaciones, fracturas, tromboembolismos, broncoaspiración o insuficiencia respiratoria. Otros autores añaden complicaciones psicológicas y sociales habiendo descritos casos de fallecimiento.

El principio de beneficencia hace mención a la promoción del bienestar en nuestro paciente.

El principio de autonomía se relaciona con el respeto a que el paciente gestione su propia vida y tome decisiones respecto a su salud y enfermedad de manera informada y se inspira en la 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.

Para cualquier intervención que le hagamos a un paciente debemos contar con su consentimiento tras haber sido informado convenientemente, incluida por supuesto la contención mecánica.

La preocupación por respetar estos principios lleva a los profesionales sanitarios a regular esta práctica asistencial mediante protocolos, siendo en Salud Mental donde empiezan a aparecer para garantizar una buena praxis y la seguridad para el paciente. Sin embargo no es sólo en Psiquiatría donde encontramos pacientes susceptibles de contención. En el resto de Unidades también, aunque la causa principal es la necesidad de aplicarle medidas terapéuticas (sueros, drenajes, sondas...) que por el estado confusional del paciente, se quita continuamente, más que por motivos de agresividad dirigida a él mismo o a otros.

### *Estadística*

Tenemos conocimiento por Encarna Hernández, supervisora de la Unidad de pluripatológicos y cuidados paliativos, que en el año 2003 hubo una intervención relativa a conocer la incidencia de contención mecánica en el hospital, pero no disponemos de los resultados.

En el 2011, se realizó un recuento de pacientes sometidos a contención mecánica en el Hospital General, Materno –Infantil y de Traumatología Virgen de las Nieves de Granada, obteniendo una incidencia en torno al 2.5%<sup>4</sup>.

Posteriormente se obtuvo la incidencia en la Unidad de Traumatología y Cirugía ortopédica<sup>7</sup> (1.53%), en la Unidad de Cirugía plástica y reparadora<sup>8</sup> (0.08%), Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias (Observación)<sup>9</sup> (14%), Unidad de Reanimación y Anestesia<sup>10</sup> (13%), Unidad de Cirugía General<sup>11</sup> (0.3%), Unidad de Cuidados Intensivos de Neurotrauma (26%) y Unidad de Neurocirugía (6%).

La incidencia de esta práctica en la Unidad de Salud Mental fue del 14% en el año 2013.

Estos resultados deben interpretarse en su contexto. Son alarmantes en algunas Unidades por lo frecuente de la práctica, pero el hecho realmente impactante es que no se aplicaban según protocolo, esto es:

1. No ordenaba el tratamiento un facultativo,
2. No se empleaban medidas alternativas previas,
3. No se registraba en la historia la intervención,
4. No siempre se usaba material homologado,
5. No se realizaba un plan de cuidados enfocado a emplear la contención el menor tiempo posible.

Para intentar controlar el uso de las sujeciones en nuestro centro, se planteó una actividad formativa<sup>12</sup> en el año 2012, encaminada a transmitir la importancia de la aplicación de este protocolo y aunque ofertada a todos los profesionales asistenciales sólo fue atractiva para los de enfermería.

En Mayo del 2013 repetimos la actividad formativa añadiendo la obligatoriedad de dar una sesión clínica en las Unidades de origen de los alumnos<sup>13</sup>.

A pesar de la energía empleada, el protocolo seguía sin aplicarse correctamente.

Hay que recordar que en algunos países esta práctica está totalmente prohibida, incluso en Salud Mental, donde hay que señalar que sí se interviene según el protocolo del centro, también hay algunas corrientes en España en este sentido<sup>14 y 15</sup>.

## **Objetivos**

### *General:*

1. Aumentar el grado de implantación del protocolo conjunto de contención mecánica en la Unidad de Neurocirugía del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

### *Específicos:*

1. Analizar las múltiples causas que intervienen en el proceso de no seguimiento del protocolo conjunto de contención mecánica de los Hospitales Universitarios de Granada.
2. Aumentar el conocimiento por parte de los profesionales del protocolo conjunto de contención mecánica de los Hospitales Universitarios de Granada en la Unidad mediante una actividad formativa interprofesional.
3. Evaluar el seguimiento del protocolo tras la estrategia de implantación en la Unidad de Neurocirugía del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.
4. Analizar los efectos adversos relacionados con la contención mecánica en la Unidad de Neurocirugía del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

## **Metodología**

### *Tipo de estudio:*

“Intentaremos aplicar el esquema lógico **REDER**<sup>16</sup> de Excelencia, fundamento del Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM)”<sup>5</sup>.

### *Emplazamiento:*

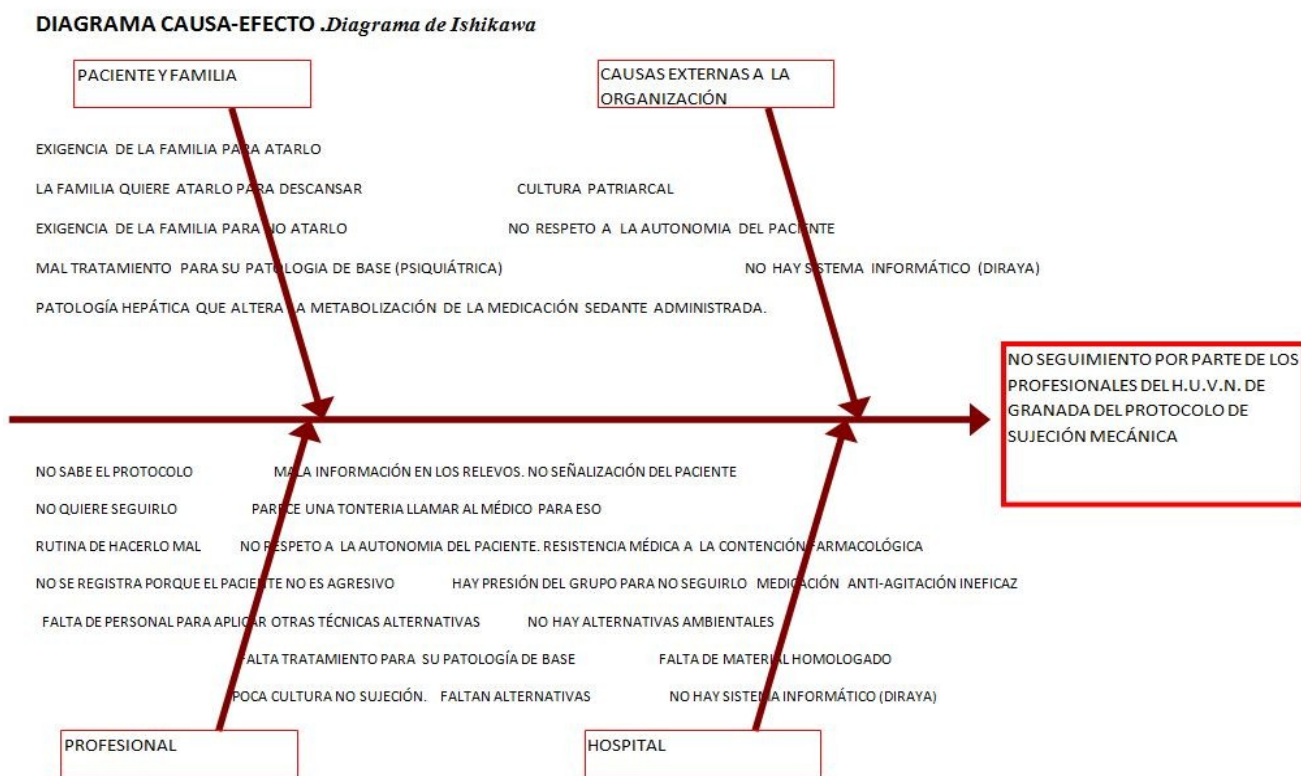
Unidad de Gestión de Neurocirugía del Hospital de Traumatología y Rehabilitación Virgen de las Nieves de Granada.

### *Población:*

Pacientes ingresados en la Unidad en el mes de Abril del 2014 durante las 8 observaciones que se realizaron en turno de noche.

Realizamos un estudio previo de la situación, invitando a crear un grupo de trabajo a 7 expertas enfermeras con formación previa en el protocolo de contención mecánica, que están iniciando el proceso de acreditación de competencias con la agencia de calidad sanitaria de Andalucía, con labor asistencial en diversas unidades del Hospital donde hay documentados pacientes sometidos a esta terapia para que mediante lluvia de ideas descubriéramos las causas de nuestro problema: el no seguimiento por parte de los profesionales del protocolo de contención mecánica.

“Figura 1. Diagrama de Ishikawa”<sup>5</sup>



A las causas que intervienen en el proceso de no seguimiento del protocolo de contención mecánica en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, detectadas debidas a los profesionales y la organización, se le propusieron posibles soluciones mediante el Análisis Modal de Fallos y Errores (AMFE) y trabajamos la formación de los profesionales en el protocolo como estrategia de implantación.

*Método de recogida de datos.*

Para evaluarla, se pasó a realizar observaciones en la Unidad. La observadora, cuando estaba de guardia acudía al control de enfermería y preguntaba si había pacientes contenidos. Si la respuesta era negativa, se pasaba a rellenar el registro corto, si era afirmativa se revisaba cada caso según el “método tracer de la Joint Comission”<sup>17</sup>.

*Tipo de análisis llevó a cabo y mediante qué procedimiento.*

Este método pretende, realizando una auditoria de la historia clínica, tener una visión general de proceso de asistencia a un paciente, como si nosotros fuéramos el paciente. Creemos que podemos usar este método bajo la óptica focal por convertir la contención mecánica a un paciente sometido a ella, en paciente de alto riesgo.

*Prevencciones éticas se tomaron para garantizar las libertades de los sujetos participantes.*

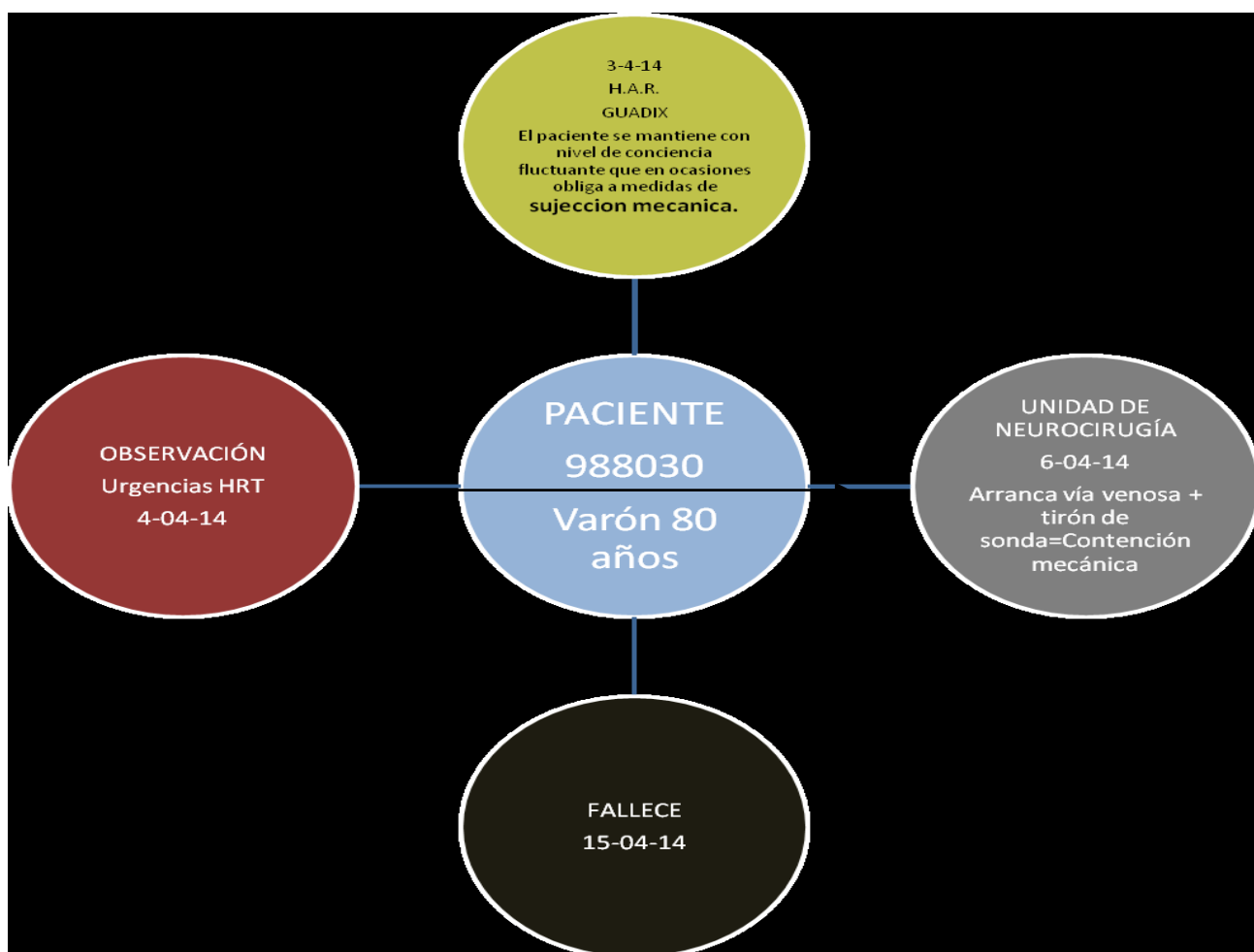
Se anonimizaron los datos extraídos de sus Historias clínicas.

## Resultados

Tras 8 observaciones en el mes de Abril, los datos provisionales son:  
Incidencia total: 1.5%

En la tercera observación se detectaron 2 pacientes y pasamos a revisar la historia de cada uno de ellos (figuras 2, 3 y 4).

Figura 2.- Tracer individual caso 1.-Elaboración propia



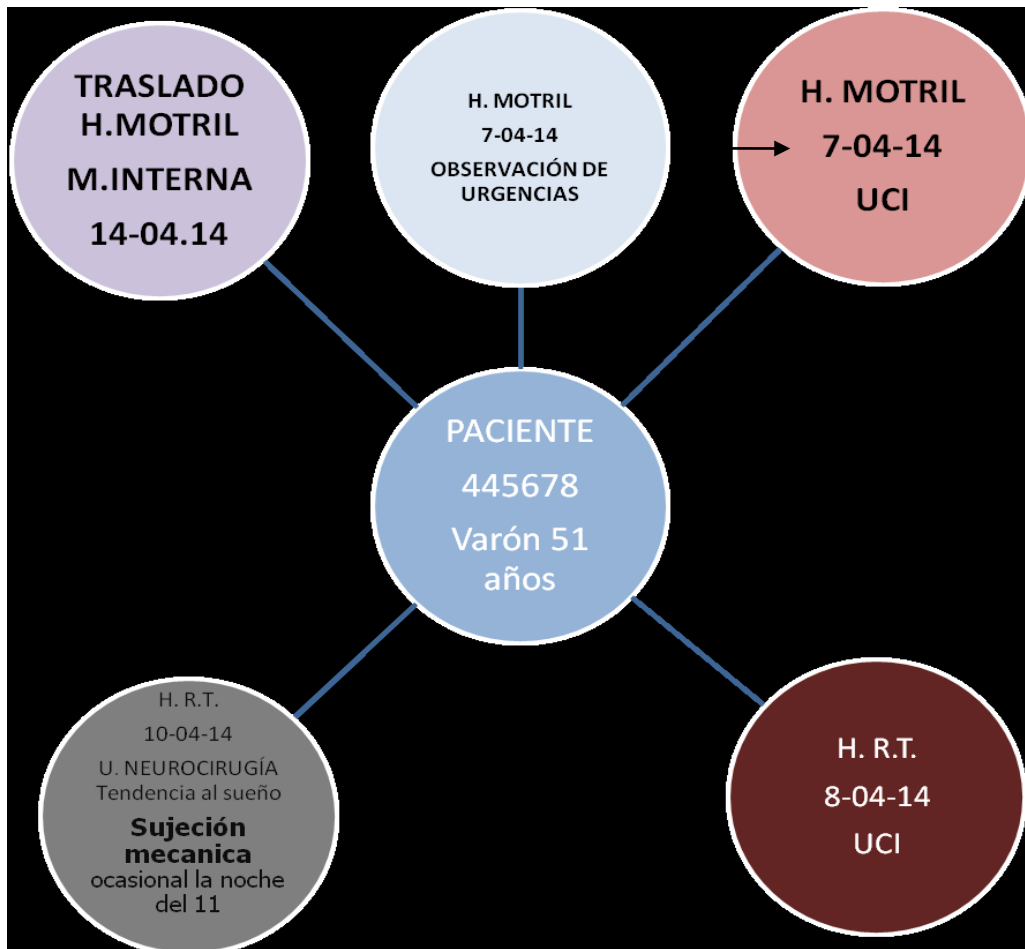
Se le recordó el protocolo a la enfermera informante, ya que todavía Subdirección de cuidados no lo había distribuido por la Unidades, quien visualizaba en la cartelera con un punto naranja al paciente, y anotaba en DIRAYA en requerimientos terapéuticos sujeción física y proponía actividades para su cuidado.

Se le recordó igualmente el protocolo al médico de guardia, quien puso la orden por escrito en el plan terapéutico.

Tenía anotaciones en observaciones de enfermería de que se le había aplicado sujeción desde 6 días antes por arrancarse la vía y tirarse de la sonda vesical, ocasionándole sangrado por la uretra de varios días de evolución, permaneciendo el paciente acompañado en todo momento, siendo el familiar quien avisa en la madrugada de lo

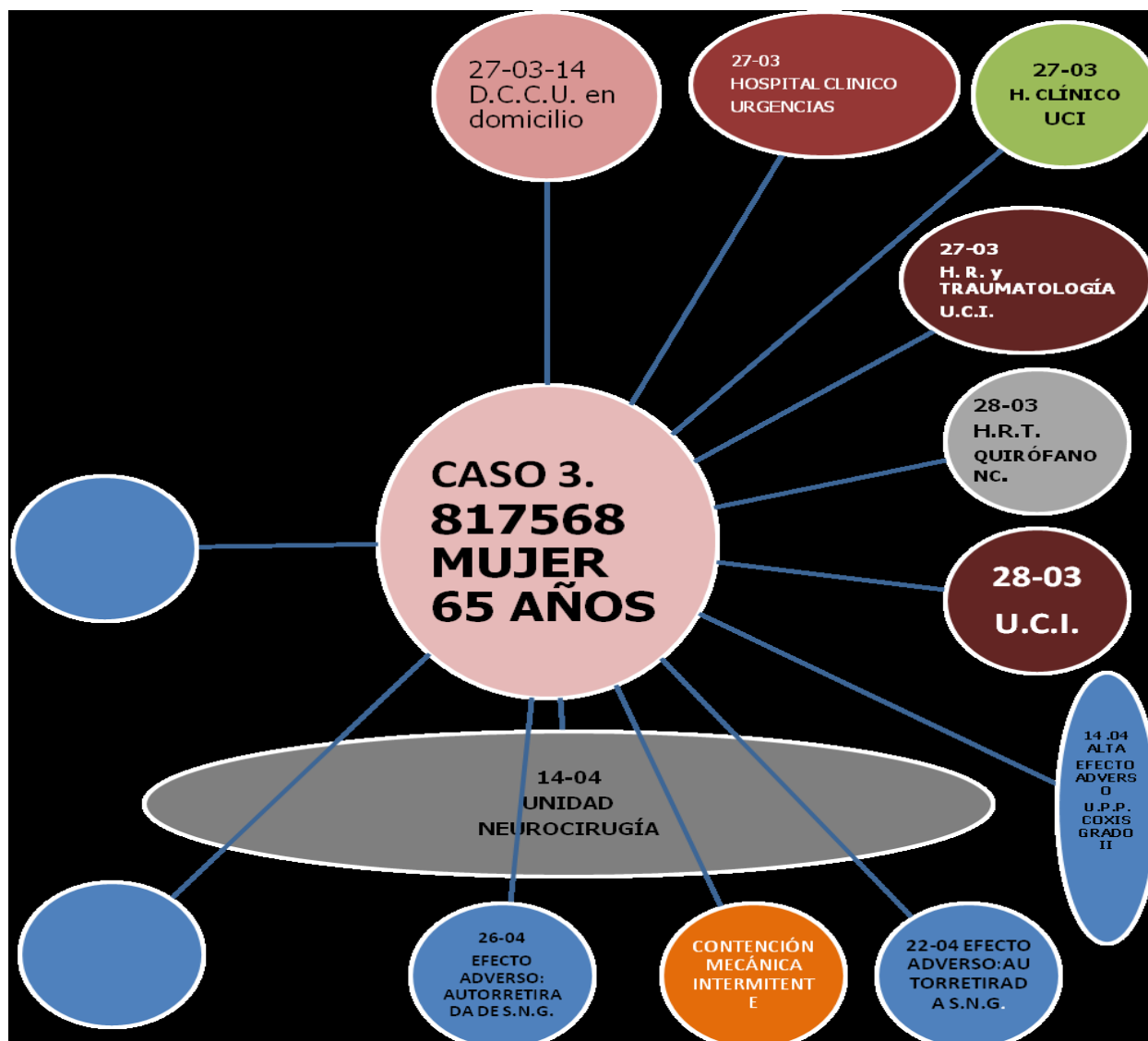
ocurrido. Había anotaciones de consentimiento verbal por parte de la familia para realizar la técnica, pero no de alternativas previas a la contención. Con posterioridad al hecho se notificó el efecto adverso a medicina preventiva. Lamentablemente el paciente fallece por empeoramiento de su estado de salud el día 15 de Abril.

Figura 3.- Tracer individual caso 2.-Elaboración propia



Nuestro segundo paciente permaneció ocasionalmente con contención mecánica unas horas la noche del día 11 de Abril. El familiar informa que ha intentado levantarse en varias ocasiones, debiendo estar en reposo y consintió la sujeción. No hay orden médica ni se refleja con punto naranja por lo ocasional del hecho. No hay registro de alternativas a la sujeción.

Figura 4.- Tracer individual caso 3.-Elaboración propia



Se le recordó el protocolo a la enfermera informante, ya que todavía Subdirección de cuidados no la había distribuido por la Unidades, quien visualizó en la cartelera con un punto naranja al paciente, y anotó en DIRAYA en requerimientos terapéuticos sujeción física y propuso actividades para su cuidado.

Se le recordó igualmente el protocolo al médico de guardia, quien puso la orden por escrito en la hoja de evolución.

Tenía anotaciones en observaciones de enfermería de que se le había aplicado sujeción de manera intermitente a petición del cuidador (marido) cuando éste tenía que ausentarse (por haberse quitado la S.N.G. previamente), bien para descansar o porque se le practicaba algún cuidado a alguna compañera de habitación.

Con posterioridad al hecho se notifica el efecto adverso a medicina preventiva.



## Discusión

Los resultados obtenidos dejaron en evidencia las flaquezas propias y del sistema de nuestro hospital.

El liderazgo ejercido fue flojo, ya que no pudimos transmitir plenamente la importancia del protocolo y su implantación. Es cierto que en los tres casos detectados se aplicó, pero siempre a posteriori, es decir, se visitó la unidad y se preguntó por los pacientes contenidos, realizándose durante la visita las actuaciones de registro, solicitar la orden médica y visualización en la cartelera del paciente. Es esperanzador que en uno de los 3 casos ha habido una anotación en observaciones del paciente relativo a la sujeción, precisamente por un enfermero que no había realizado la formación.

La formación creemos que fue excesivamente benevolente, proponiendo como actividades voluntarias algunas que en otras ediciones habían sido obligatorias, como intento de adaptación a las críticas al curso de excesivo número de horas. Esto fue un alivio para los alumnos, pero hizo que no se trabajasen aspectos que luego se mostraron como flaquezas, como el no saber dónde reflejar la orden médica. Debe escribirse en un lugar visible para todo el equipo de trabajo, algunos autores recomiendan la hoja de prescripciones. Hemos tenido una dificultad añadida, ya que durante el mes de Marzo cambió el antiguo programa informático de prescripción electrónica por el programa PRISMA, lo que dificultó este punto.

Se detectó que enfermería copia y pega las observaciones, y esto jugó a favor y en contra. Había anotaciones de sujeción, pero estas eran arrastradas sin ninguna variación sobre la primera. Sería bueno saber si se leen estas novedades cuando se arrastran, o no. Cabe destacar que en ningún caso se planteaban alternativas previas a la contención, ni se revisaba la orden por turno.

En el primer caso escribió el enfermero responsable en observaciones que "la familia consiente verbalmente la contención", pero el protocolo determina con absoluta claridad que es función del médico pedir el consentimiento tras informar a la familia, en este mismo caso se arrastra durante 3 días "pendiente de que el neurocirujano escriba la orden". Creemos que esto puede estar relacionado con el diagrama de Ishikawa, en el que aparecía como una de las causas de no seguimiento del protocolo alegado por una enfermera "me da vergüenza llamar al médico para esto". Creemos que esto es lo que Ana Urrutia<sup>13</sup> describe en el iceberg de la sujeción mecánica como cambio cultural de las sujeciones.

Dos auxiliares formadas anotaron en las observaciones, únicamente que el paciente estaba contenido, pero no hablaban del material ni de su conservación, tampoco del estado de la piel de la zona de sujeciones, ni de si se le había ofrecido al paciente comida, bebida, se le ha preguntado si quería eliminar o necesitaba alguna cosa. Esto a pesar de haber realizado la formación casi el 50% de los profesionales de la Unidad. Creemos que puede estar relacionado con lo que Paul Glasziou<sup>18</sup> dice respecto a llevar la mejor evidencia a la práctica. Establece estas fases: conocimiento de la evidencia, aprobación, aplicación, disponibilidad y posibilidad, acción, acuerdo y cumplimiento. Los resultados obtenidos no pasan del conocimiento.

El material debe ser homologado, no disponiendo la unidad de cinturones abdominales, solicitados hace más de tres años. Este punto creo que refleja la poca sensibilidad de la directiva hacia este tema y que hace replantear la actividad en su totalidad, ya que surgen dilemas éticos el presentarle a los profesionales un protocolo que habla de usar alternativas a la sujeción, usando materiales restrictores del movimiento, cuando no disponemos ni de materiales adecuados para la contención.

Cambiar hábitos e innovar es difícil, aunque hace lustros que el control de las sujeciones se practica en psiquiatría, también de nuestro centro. Si comparamos con otras comunidades, estamos a años luz, por ejemplo de Navarra, donde tienen un Decreto Foral que regula el uso de sujeciones en instituciones sociosanitarias<sup>19</sup> desde el año 2011.

Nuestra impresión es que es muy posible que una vez que “dejemos de mirar” se volverá a caer en la rutina de no seguimiento de protocolo, ya que como alegaba la supervisora de la Unidad “es más trabajo para los profesionales”, sin tener un reconocimiento del mismo y ninguna presión para el cambio, ni por parte de la institución ni por parte de los familiares, que aceptan de buen grado que a su paciente se le sujete. En el caso 3, es el mismo marido de la paciente quien solicita que se le ate la mano cuando él no puede estar junto a ella. No obstante esta práctica no es eficiente, ya que se vuelve a quitar la sonda dos días después.

Revela este estudio lo que ya se sabe, la notificación de efectos adversos no se hace, ni se reflexiona sistemáticamente sobre los mismos ni se proponen alternativas. Si consultamos los indicadores del año 2013 de calidad y seguridad del paciente, en lo referente a la Unidad de estudio, vemos que no hay ninguna notificación de efecto adverso, sin embargo de 3 casos estudiados, se detectan al menos 3 efectos adversos, en el periodo de 1 mes. Creemos que esto muestra poca cultura de seguridad en el equipo de trabajo, también una ausencia de posibilidad de mejora en este campo, ya que no hay una rutina de revisar estos efectos adversos y de proponer medidas para que no vuelvan a ocurrir.

Los efectos adversos detectados están relacionados con la práctica de la contención. Se contiene a los paciente porque se quitan la vía venosa, se tiran de la sonda vesical y se auto retiran la sonda nasogástrica. No se prueba ninguna alternativa, como método para evitar que vuelva a pasar, se ata al paciente.

En los pacientes susceptibles de autoretirarse artilugios médicos, habría que revalorar la necesidad de portar estos artilugios y ver si es posible retirarlos. Quizás esto pudiera haber tenido éxito en el paciente que se quita la sonda vesical se podría intentar un recolector de orina tipo condón. La señora que se quita la sonda vesical, podría haberse beneficiado de una media inmovilizadora de codo, que le impediría el movimiento de flexión, pero no el de la articulación del hombro, teniendo en cuenta que es una paciente que solo mueve el brazo que le vamos a sujetar, esto tiene su importancia.

## **Conclusiones**

Nuestro objetivo de aumentar el grado de implantación del protocolo conjunto de contención mecánica en la Unidad de Neurocirugía del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada creo que se ha conseguido parcialmente ya que se ha pasado del 6% de contención mecánica al 1.5% durante el periodo de observación, pero coincidimos con la conclusión de Martín González y otros<sup>5</sup> en el estudio realizado en la misma Unidad:

“Quizás sea un error intentar implantar este protocolo sin un apoyo de los líderes de la institución mucho más enérgico, porque con la implantación intensiva del protocolo de contención mecánica en la Unidad de Neurocirugía, no se trata de trabajar más sino de cambiar nuestra forma de trabajar”.

## Bibliografía

1. Lafuente Robles, Nieves. Taxonomías, calidad sanitaria y seguridad del paciente. Libro de actas del X Simposium Internacional de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería I.S.B.N.: 978-84-616-8248-5. Edita: AENTDE Abril 2014. Pág128 Disponible en [http://www.aentde.com/pages/bibliografia/simposiums\\_jornadas/ponenciasycomunicacionesxsimposium](http://www.aentde.com/pages/bibliografia/simposiums_jornadas/ponenciasycomunicacionesxsimposium) Consultado en Abril 2014.
2. Vila-Gimeno, Carmen. Enfermería y seguridad. Libro de actas del X Simposium Internacional de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería I.S.B.N.: 978-84-616-8248-5. Edita: AENTDE Abril 2014. Pág414. Disponible en [http://www.aentde.com/pages/bibliografia/simposiums\\_jornadas/ponenciasycomunicacionesxsimposium](http://www.aentde.com/pages/bibliografia/simposiums_jornadas/ponenciasycomunicacionesxsimposium) Consultado en Abril 2014.
3. Servicio Andaluz de Salud. Protocolo de Contención Mecánica. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; Servicio Andaluz de Salud, 2010.Disponible en [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/410/pdf/ProtocoloCM\\_Nov\\_2010.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/410/pdf/ProtocoloCM_Nov_2010.pdf) Consultado en Octubre 2015.
4. Romerosa Arias, Purificación; Navarro Guzmán, M<sup>a</sup> Angustias; Romero Calle, Luisa M<sup>a</sup>; Reyes Pérez, Francisco; Rodríguez Gálvez, Rafael; González Urcelay, Carmen. Recuento de pacientes sometidos a sujeción mecánica en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Rev. Paraninfo Digital, 2012; 16. Disponible en: < </para/n16/026p.php>> Consultado en enero 2014.
5. Martín González, Noelia; Navarro Guzmán, M<sup>a</sup> Angustias; Lara Montero, Mónica; Ansaldi Ansaldi, Jessica; Pajares Pérez, Beatriz; Rubio Sousa, Encarna. Aplicación del Modelo REDER de Excelencia en la implantación hospitalaria del protocolo de contención mecánica. Rev. Paraninfo Digital, 2014; 20. Disponible en: < <http://www.index-f.com/para/n20/269.php>> Consultado el 14 de Octubre del 2015
6. Servicio Andaluz de Salud. Estrategia de Bioética del Sistema sanitario público de Andalucía 2011-2014. Consejería de salud 2011. Disponible en [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_2\\_c\\_1\\_9\\_bioetica\\_sspa/Libro\\_estrategia\\_Bioetica\\_SSPA.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_2_c_1_9_bioetica_sspa/Libro_estrategia_Bioetica_SSPA.pdf) Consultado en marzo del 2014.
7. Martín Martínez, Mercedes; Martín González, Noelia; Moleón García, Adoración; Domínguez Morales, M<sup>a</sup> Ángeles. Incidencia de pacientes con sujeción mecánica en una Unidad de Cirugía traumatológica de Granada. Libro de Capítulos de Comunicaciones a texto completo III Jornadas Internacionales y V Nacionales en Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. Granada 2013. ISBN: 978-84-15450-15-.Servymagen S.L. Pág. 182. Disponible en: [http://www.jornadascasalud.com/documentos/pdf/Libro%20Captulos%20de%20Comunicaciones%20Jornadas%20CCSalud\(2\).pdf](http://www.jornadascasalud.com/documentos/pdf/Libro%20Captulos%20de%20Comunicaciones%20Jornadas%20CCSalud(2).pdf) Consultado en Octubre del 2015.
8. Muñoz Peregrina, Sonia; Domínguez Morales, M<sup>a</sup> Ángeles. Incidencia de pacientes con sujeción mecánica en una Unidad de Cirugía Plástica de Granada. Libro de Actas II Congreso ASENHOA.2013.Pág. 113. Disponible en: <http://www.slideshare.net/sujecionmecanicacurso/asenhoa-sujecin-mecanica-2013> Consultado en Enero 2014.
9. Pinedo Extremera. Silvia; Padilla Barrales, M<sup>a</sup> Belén. Sujeción Mecánica. Libro de Actas II Congreso ASENHOA.2013.Pág. 1054. Disponible en: <http://www.slideshare.net/sujecionmecanicacurso/asenhoa-sujecin-mecanica-2013>. Consultado en Enero 2014

10. Lafuente Trujillo, Sonia María; Rodríguez Cuesta, Ana María; Alonso Espinosa, Elia María; Incidencia de pacientes con sujeción mecánica en una Unidad hospitalaria de Reanimación de Granada. Libro de Actas II Congreso ASENHOA.2013.Pág. 217.
11. Lamas Hoces, Elena; Navarro Guzmán, M<sup>a</sup> Angustias; Sánchez Navarro, Carmen; Estrategia de implantación del protocolo de sujeción mecánica en un Hospital de Granada. Libro de Actas II Congreso ASENHOA.2013.Pág. 105. Disponible en: <http://www.slideshare.net/sujecionmecanicacurso/asenhoa-sujecin-mecanica-2013> Consultado en Enero 2014.
12. Navarro Guzmán, M<sup>a</sup> Angustias; Rodríguez Medina, María Teresa; Membrilla Rodríguez, Félix; Rodríguez Cuesta, Ana María; Domínguez Morales, M<sup>a</sup> Ángeles; Sánchez Navarro, Carmen. Experiencia e-learning del protocolo de sujeción mecánica en un hospital de Granada. Libro de Capítulos de Comunicaciones a texto completo III Jornadas Internacionales y V Nacionales en Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. Granada 2013. ISBN: 978-84-15450-15-3 Servymagen S.L. PÁG 182. Disponible en: [http://www.jornadasccsalud.com/documentos/pdf/Libro%20Captulos%20de%20Comunicaciones%20Jornadas%20CCSalud\(2\).pdf](http://www.jornadasccsalud.com/documentos/pdf/Libro%20Captulos%20de%20Comunicaciones%20Jornadas%20CCSalud(2).pdf) Consultado en Octubre del 2015.
13. Navarro Guzmán, M<sup>a</sup> Angustias; Sánchez Navarro, Carmen; Martín Martínez, Mercedes; Estrategia de implantación del protocolo de sujeción mecánica en un Hospital de Granada. . Libro de Actas II Congreso ASENHOA.2013.Pág. 106. Disponible en: <http://www.slideshare.net/sujecionmecanicacurso/asenhoa-sujecin-mecanica->
14. Urrutia Baeskoa, Ana. Norma Libera –ger. Fundación cuidados dignos. Disponible en [http://www.cuidadosdignos.org/norma\\_libera\\_ger.html](http://www.cuidadosdignos.org/norma_libera_ger.html) Consultado en Mayo del 2014.
15. Arango Bayer, Gloria Lucía. Enfermería y el respeto a la autonomía en el ámbito hospitalario: entre la sobreprotección y el descuido. Avances en Enfermería. 2013 ene-jun., 31(1). Disponible en: <<http://www.index-f.com/rae/311/126132.php>> Consultado en Mayo 2014
16. Introducción al modelo EFQM de Excelencia. Documento Técnico. SINERGY 2010. Ingeniería de Gestión. Facilitado por Jaime del Palacio en la XI Edición Experto en Calidad y Seguridad del paciente en Instituciones Sanitarias en 2014.
17. Documentación entregada por D. José Antonio García Ruiz en la XI edición del Experto en calidad asistencial y seguridad del paciente realizado en la Escuela Andaluza de Salud pública en 2014.
18. GLASZIOU, Paul; El camino desde la investigación hasta mejorar la atención médica. EMB (Ed. Esp.) Volumen 4 Marzo/Abril 2005.
19. DECRETO FORAL 221/2011, DE 28 DE SEPTIEMBRE, POR EL QUE SE REGULA EL USO DE SUJECIONES FÍSICAS Y FARMACOLÓGICAS EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES RESIDENCIALES DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA. Consultado el 1 de Mayo del 2014 en <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=13898>