



PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

DE LAS UNIDADES DE
HOSPITALIZACIÓN DE LA
RED DE SALUD MENTAL
DE EXTREMADURA

Fecha de aprobación: Junio 2017



PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

- 1. PRESENTACIÓN**
- 2. PRÓLOGO**
- 3. DEFINICIÓN DE CONTENCIÓN MECÁNICA**
- 4. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO**
- 5. ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL PROTOCOLO**
- 6. SINGULARIDADES Y DIFERENCIAS FUNCIONALES EN EL ÁMBITO DE APLICACIÓN**
- 7. INDICACIONES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA**
- 8. CONTRAINDICACIONES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA**
- 9. MEDIDAS ALTERNATIVAS A LA CONTENCIÓN MECÁNICA**
 - A. Medidas ambientales y conductuales**
 - B. Contención verbal**
 - C. Contención farmacológica**
- 10. RECURSOS NECESARIOS PARA LA CONTENCIÓN MECÁNICA**
 - A. Recursos materiales**
 - B. Recursos humanos: competencias profesionales**
- 11. PROCEDIMIENTO PARA LA CONTENCIÓN MECÁNICA**
 - A. Toma de decisiones**
 - B. Personal que interviene**
 - C. Consideraciones previas y precauciones**
 - D. Instauración de la medida: reducción, traslado y contención**
 - E. Verificación de los criterios de seguridad del paciente con contención mecánica.**
 - F. Verificación de la actuación y cuidados de los profesionales.**
 - G. Cuidados del paciente en el tiempo que dure la contención mecánica**
 - G.1. Rondas de observación del paciente**
 - G.2. Competencias profesionales**
 - G.3. Aspectos del paciente a observar y monitorizar**
 - H. El acompañamiento familiar durante la contención mecánica**
 - I. Cese de la contención mecánica y retirada de los sistemas de sujeción.**

12. COMPLICACIONES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

13. REGISTRO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

14. ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

- A. Preceptos legales aplicables a la contención mecánica**
- B. Información sobre la adopción de la medida**
- C. Consentimiento informado**
- D. Historia clínica y documentos del protocolo.**
- E. Comunicación judicial**

15. INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS

16. FORMACIÓN CONTINUA DE LOS PROFESIONALES SOBRE CONTENCIÓN MECÁNICA

17. IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO

18. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

19. PROFESIONALES PARTICIPANTES

20. CLÁUSULA DE GÉNERO

21. VIGENCIA Y REVISIÓN

22. ANEXOS

- **Hoja de Indicación de la contención mecánica**
- **Hoja de Verificación de los criterios de seguridad de los pacientes con contención mecánica**
- **Hoja de Reunión de verificación de la actuación de los profesionales y cuidado de las segundas víctimas**
- **Hoja de seguimiento de enfermería y auxiliares de enfermería durante la contención mecánica.**
- **Hoja de prórrogas, modificación y cese de la contención mecánica**
- **Consentimiento informado del paciente**
- **Consentimiento informado del familiar/tutor**
- **Comunicación al juzgado de primera instancia**

1. PRESENTACIÓN

El Protocolo de Contención Mecánica de las Unidades de Hospitalización de la Red de Salud Mental de Extremadura que aquí se presenta, es el resultado del esfuerzo y la experiencia de muchos profesionales que se han preocupado por tener una herramienta actualizada y homogénea que les ayude en la toma de decisiones y en sus acciones de observación y cuidado a los pacientes que precisan una contención mecánica como parte de su tratamiento.

La contención mecánica es un acto sanitario, con indicaciones, contraindicaciones y un procedimiento específico, que es importante conocer para una adecuada aplicación del mismo. Este documento recoge todos estos aspectos de una forma clara, incluyendo como novedad, el listado de verificación de los criterios de seguridad del paciente con contención mecánica.

Esperamos que este protocolo sea aplicado en todas las Unidades de Hospitalización de la Red de Salud Mental, independiente del organismo al que pertenezcan.

D. Ceciliano Franco Rubio

Director Gerente

Servicio Extremeño de Salud

D^a. Consolación Serrano García.

Directora Gerente

Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

2. PRÓLOGO

Ante la necesidad de promover una mejora de la asistencia sanitaria, las Gerencias de Área (SES) y Gerencias Territoriales (SEPAD), las Unidades de Hospitalización de la Red de Salud Mental, la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales (SES) y la Unidad de Gestión de Programas Asistenciales (SEPAD), consideramos de vital importancia la revisión y actualización del Protocolo de Contención Mecánica, desde la perspectiva de la seguridad de los pacientes y de los profesionales.

Para la elaboración de este protocolo, se han revisado las distintas versiones que existían hasta ahora en las Unidades de Hospitalización de la Red de Salud Mental de Extremadura, y se ha realizado una actualización y unificación de las mismas teniendo en cuenta la evidencia y recomendaciones actuales en materia de salud mental y seguridad del paciente. Además se ha atendido las peculiaridades estructurales y funcionales de cada Unidad, para facilitar la implantación del mismo a nivel regional.

La elaboración del protocolo para la indicación, realización y supervisión de la contención mecánica es una de las prácticas seguras recogidas en el Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del Servicio Extremeño de Salud. Del mismo modo, la revisión y actualización del documento se realiza en el contexto del III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016 - 2020.

Garantizar una mejora de la seguridad en este procedimiento es el objetivo fundamental del protocolo, y esto implica considerar la contención mecánica una práctica clínica libre de daños evitables tanto en el paciente como en los profesionales. Además, en los casos en los que se produzca algún tipo de daño, con este protocolo se pretende aumentar la probabilidad de detectarlos para mitigar sus consecuencias.

La contención puede llevarse a cabo de diferentes maneras; ambiental, verbal, farmacológica y/o mecánica. Este último tipo de contención, cuyo uso debe ser de carácter extraordinario y de duración lo más breve posible, lleva asociado una serie de aspectos de seguridad, legales, éticos y de buena praxis que hay que tener en cuenta, y que son objeto de este documento.

Este protocolo ha sido revisado y actualizado en el año 2016 y primer semestre de 2017, poniéndose en marcha a nivel regional en Junio de 2017. La próxima revisión se realizará en el plazo máximo de dos años y cada vez que ocurra un cambio significativo que así lo requiera.

Subdirección Salud Mental y Programas Asistenciales

SES

Unidad de Gestión de Programas Asistenciales

SEPAD

3. DEFINICIÓN DE CONTENCIÓN MECÁNICA

La contención mecánica se define según la OMS como: *«métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos».*

En definitiva, la contención mecánica es la aplicación, control y retirada de dispositivos de sujeción mecánica utilizados para limitar la movilidad física, como medida extrema, para evitar daños al propio paciente, a otras personas y/o al entorno físico que le rodea.

Salvo casos excepcionales, se trata de un procedimiento que suele aplicarse en situaciones de urgencia y en contra de la voluntad del paciente. Debe estar integrada dentro de una actuación médica coherente que evalúe la situación previa y general del paciente.

4. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

OBJETIVO GENERAL

- Establecer y unificar criterios y pautas de actuación en relación a la necesidad de indicación, realización y supervisión de contención mecánica en las Unidades de Hospitalización de la Red de Salud Mental de Extremadura.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantizar la seguridad de pacientes, familiares y profesionales.
- Prevenir eventos adversos y otras complicaciones derivadas de la contención mecánica mediante unos cuidados de calidad.
- Disponer de una herramienta de evaluación periódica y mejora continua de la calidad en las contenciones mecánicas

5. ÁMBITO DE APLICACIÓN DEL PROTOCOLO

Este protocolo será de aplicación en las Unidades de Hospitalización de la Red de Salud Mental de Extremadura, entre las que se incluye las Unidades de Hospitalización Breve (UHB) ubicadas en los hospitales generales del Área de Badajoz, Mérida, Llerena, Cáceres y Plasencia, las Unidades de Media Estancia (UME) de los Centros Sociosanitarios de Mérida y Plasencia, y la Unidad de Atención a Personas con Discapacidad y Alteraciones de Conducta (UDAC) ubicada también en el Centro Sociosanitario de Plasencia.

También será de aplicación, en el caso que surja la necesidad de aplicar una contención mecánica a un paciente con agitación psicomotriz ingresado en cualquier otra unidad, hospitalaria (Unidades de Rehabilitación Hospitalaria URH) o no, de los Centros Sociosanitarios de Mérida y Plasencia, siempre y cuando tengas los recursos materiales y humanos necesarios para llevarlos a cabo.

6. SINGULARIDADES Y DIFERENCIAS FUNCIONALES EN EL ÁMBITO DE APLICACIÓN

Para la activación de este protocolo en cada una de las Unidades que constituyen el ámbito de aplicación, se debe tener en cuenta una serie de diferencias funcionales que conllevan de forma necesaria una adaptación en el desarrollo del procedimiento:

- En las Unidades de Hospitalización Breves los psiquiatras están de forma ininterrumpida mediante las guardias presenciales, excepto en la UHB del Hospital de Llerena que las guardias son localizadas.
- En los Centros Sociosanitarios de Mérida y Plasencia:
 - o Hay médicos especialistas en psiquiatría y médicos encargados de la atención orgánica de los pacientes (médicos de familia, geriatras, etc..). Éstos últimos son los encargados de la atención continuada, ya que en estos Centros, no existen guardias de psiquiatría. Es por ello, que cuando en el protocolo se hace mención a funciones y competencias de los *médicos*, éstas serán igualmente aplicables a psiquiatras y resto de médicos del Centro.
 - o No hay celadores, por lo que las funciones asignadas a este profesional, son asumidas por los Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería de estas Unidades.

- Durante el horario de la jornada continuada, cuando el paciente ingresado en un Centro Sociosanitario, presenta un empeoramiento de su estado general o una reagudización de su patología psiquiátrica de base, se trasladará al Servicio de Urgencias Hospital General de Referencia del Centro, para ser evaluado en ese momento.
 - Hasta el momento en el que tengan acceso al Sistema de Información Sanitaria Jara, el registro de la evolución del paciente, incidencias y demás anotaciones se realizarán en los documentos de la Historia Clínica del paciente destinado a tal fin. Las hojas de registros del protocolo también se incluirán en Historia Clínica del paciente.
- Específicamente en el Centro Sociosanitario de Mérida:
- La organización del personal de enfermería tiene una serie de singularidades a tener en cuenta. De este modo, las funciones y competencias asignadas a la supervisora de enfermería, en este Centro estarán a cargo del Departamento de Coordinación de Enfermería.
 - En las Unidades del Centro Sociosanitario en la que enfermería no esté presente de forma continua, se realizarán las rondas de observación tal y como se indican en el protocolo, apoyándose en los Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería, en caso necesario. Éstas además realizarán sus rondas de observación en la frecuencia establecida, pudiendo utilizar, en algunas de ellas, las cámaras de vigilancia disponibles para ello.

7. INDICACIONES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

En caso de agitación psicomotriz, en los que sea necesario la contención mecánica para:

- Prevención de daños o lesiones inminentes al paciente, cuando otros medios de contención (ambiental, verbal o farmacológica) han resultado ineficaces.
- Prevención de daños al entorno (familia, otros pacientes, profesionales, instalaciones...).
- Evitar interrupciones graves del programa terapéutico del paciente u otros enfermos (arranque de vías, sondas, otros sistemas de soporte vital, etc.).
- Si lo solicita voluntariamente el paciente y existe justificación clínica y/o terapéutica.
- Como parte de un programa de modificación de conducta previamente explicitado, consensado y consentido.

8. CONTRAINDICACIONES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

- Orden expresa del médico ¹, de no aplicar contención del paciente.
- Siempre que exista la posibilidad de aplicar otros abordajes terapéuticos.
- Como castigo al paciente por una transgresión.
- Como respuesta a una conducta molesta.
- Como respuesta al rechazo del tratamiento en pacientes conscientes y orientados.
- Por conveniencia del equipo terapéutico, sin que exista indicación clínica.
- En casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar por disminuir la estimulación sensorial.
- Desconocimiento del estado general de salud del paciente.

9. MEDIDAS ALTERNATIVAS A LA CONTENCIÓN MECÁNICA

Las medidas alternativas que se pueden adoptar antes de realizar una contención mecánica, se tomarán cuando se detecten los primeros indicios de que el paciente está entrando en una situación de pérdida de control y que ésta va en aumento.

En primer lugar el profesional responsable del paciente y de la indicación de la medida, se informará tanto de los antecedentes como de las circunstancias actuales paciente.

Dependiendo de esta información, del medio en que nos movemos y los recursos de que dispongamos, podremos tomar alguna o varias de las siguientes medidas:

A. Medidas ambientales y/o conductuales

- Procurar un ambiente calmado y silencioso que evite reacciones de tensión o violencia.
- Permitir, si es posible, la presencia de una persona que facilite la relación con el paciente (una figura que represente autoridad o confianza) y limitar la permanencia de aquellas personas o estímulos que puedan producir respuestas negativas.

¹ Referente a los especialistas de psiquiatría y al resto de los médicos del Centro, si los hay.

- Posibilitar o facilitar, en la medida de lo posible, actividades que disminuyan la respuesta agresiva (llamar por teléfono, caminar,...)
- Ayudar a la realización de respuestas desactivadoras: técnicas de relajación (muscular, respiratorias,..).
- Tratar de orientar al paciente en tiempo y espacio. Si es necesario, dejar luz encendida durante la noche.
- Informar al paciente sobre su situación, su ubicación en el hospital, procedimientos y técnicas a realizarle, así como la finalidad de ayuda, ante demandas, quejas o críticas del mismo.
- Vigilar y proteger zonas de inserción de sondas gástricas, catéteres, pañales... para evitar su manipulación por parte del paciente.
- Cuando sea posible, ubicar a los pacientes con riesgo de agitación, desorientación, agresividad o impulsividad suicida en habitaciones próximas al control de enfermería.
- Utilizar alternativas fisiológicas: reducir el dolor, revisar y comprobar la medicación del paciente y tratar el insomnio, la alteración mental (reorientar al paciente en tiempo y espacio), las infecciones, etc.

B. Contención verbal

Siempre que sea posible, además de las medidas ambientales y conductuales, se debe empezar mediante este abordaje, con el fin de calmar la situación que ha provocado la agitación, desorientación y/o impulsividad del paciente, disminuyendo la ansiedad, la hostilidad y la agresividad, y prevenir posibles ataques violentos.

Para ello se debe hacer un acompañamiento individual al paciente, invitándole a expresar verbalmente la irritación y la hostilidad. Se le ha de transmitir, tanto de forma verbal como no verbal, que la intención del personal sanitario no es hacerle daño, sino ayudarle.

Esta medida está indicada en aquellos casos en los que la pérdida de control sea moderada, y puede ser adoptada por cualquier miembro del equipo sanitario (médicos², psicología clínica, enfermería, auxiliares de enfermería), que esté presente en ese momento, teniendo en cuenta la relación terapéutica que tiene con el paciente tratado.

Las pautas a seguir para mantener la seguridad del paciente, de profesionales y del entorno son:

- Vigilar signos de alerta: tono de voz, tensión muscular, hiperactividad motora, agitación creciente, alucinaciones auditivas, amenazas paranoides,...
- Mantener una distancia de seguridad colocándose fuera del espacio personal del paciente y asegurar una vía de salida accesible.
- Si se utiliza un despacho, dejar la puerta semiabierta, situándose el profesional cercano a ella, evitando la interposición del paciente entre la puerta y el profesional. No debe realizarse la entrevista en solitario.
- Mantener una actitud terapéutica en todo momento, utilizando un tono de voz calmado, neutral y de bajo volumen.
- Evitar juicios de valor y ser respetuoso.
- Evitar contacto visual fijo durante mucho tiempo, ya que el paciente lo puede percibir como amenaza.
- Dejar que el paciente verbalice las preocupaciones y razones o impulsos que le motivan.
- Mostrar empatía pero no conformidad, aclarando cuáles son los límites y normas de la institución y del personal.
- No buscar la confrontación de ideas, razones, etc., sino alianzas sencillas que tranquilicen y refuercen el sentido de la realidad de la persona afectada.
- Valorar la causa de la pérdida de control y de su ira. Si el paciente está confuso o desorientado, orientar en tiempo-espacio.

² Referente a los especialistas de psiquiatría y al resto de los médicos del Centro, si los hay.



- Atender la necesidad de control del estado del paciente, evitando considerar únicamente la defensa de la Institución o de nosotros mismos.
- Comprobar la efectividad de la contención verbal a través de las respuestas del paciente y si no se puede controlar la situación, llamar al médico³, de referencia del paciente o que al que esté de guardia, que procederá a valorar otro tipo de medida terapéutica.

C. Contención farmacológica

Cuando la alternativa del abordaje verbal no ha sido suficiente para reconducir el estado de agitación, desorientación y/o impulsividad que presenta el paciente, se debe recurrir al abordaje farmacológico.

El objetivo de esta contención, no es la sedación profunda, sino conseguir un grado de sedación suficiente que permita el manejo adecuado de la situación generada, disminuyendo la ansiedad, la hostilidad y la agresividad, y prevenir posibles ataques violentos.

Esta medida solamente podrá ser abordada por el médico³, ya que se realiza mediante administración de psicofármacos, bajo prescripción médica, debiendo quedar siempre registrada en la Historia Clínica del paciente.

Ante una contención farmacológica, el personal de enfermería debe valorar el estado del paciente y mantener el control de constantes vitales por turnos (TA, Tª y FC).

³ Referente a los especialistas de psiquiatría y al resto de los médicos del Centro, si los hay.

10. RECURSOS NECESARIOS PARA LA CONTENCIÓN MECÁNICA

A. Recursos materiales

Habitación individual de contención.

Es recomendable que la Unidad disponga de, al menos, una *habitación de contención*, con elementos estructurales vinculados a la seguridad de los pacientes y de los profesionales indicados para el resto de habitaciones y zonas comunes de la Unidad.

Esta habitación debería encontrarse lo más cercana posible al control de enfermería, tener una iluminación y temperatura adecuada y disponer de circuito cerrado de TV. No requiere mobiliario accesorio como mesilla o sillón auxiliar. Debe tener una cama con medidas específicas de seguridad fijada al suelo, ubicada de tal forma que permita la libre circulación de los profesionales alrededor de la misma. Es recomendable, además, contar con colchón ignífugo y con material homologado de contención mecánica.

En caso de disponer de baño propio, éste no necesitaría puerta, pero debería estar dotado de sanitarios y espejos no fragmentables, así como del resto de medidas de seguridad propias de todos los baños de la Unidad.

En el caso de no disponer de una habitación de contención, se puede utilizar cualquier otra habitación, siempre y cuando permita una alta supervisión (con cámara si es posible), esté cercana al control de enfermería y tenga una buena ventilación y temperatura adecuada. En este caso la cama, al no estar fijada al suelo, debe garantizarse que esté correctamente frenada. También se debe utilizar material de contención homologado.

Material de contención.

Se debe utilizar siempre material de contención de tipo estandarizado y homologado que impida ejercer una excesiva presión en las extremidades, que sea confortable, no lesivo, de ajuste rápido y con fácil acceso a los puntos de fijación.

Un equipo completo de contención mecánica (con independencia de que la contención sea total o parcial) está compuesto por:

- Cinturón ancho abdominal y cintas anti-vuelco.
- Cintas para miembros superiores e inferiores.

- Cintas cruzadas para tórax.
- Cinturones estrechos para fijar las contenciones a la cama.
- Botones magnéticos de fijación en número suficiente. (Al menos 15 o 20 unidades)
- Llave magnética (imán para anclajes).

B. Recursos humanos: competencias profesionales

La reducción de un paciente y su inmediata contención mecánica implica a todo el personal presente en la Unidad, al margen de la categoría profesional, y a todo aquel que pueda ser requerido de modo inmediato.

Las **competencias de los distintos profesionales** que intervienen en la contención mecánica son:

Psiquiatra y/u otros médicos:

Es el máximo responsable de esta medida. Sus competencias son las siguientes;

- Indicar la orden de contención por escrito en el documento de las órdenes médicas y en la hoja de indicación del protocolo, considerando las medidas alternativas propuestas por el resto del personal.
- Colaborar en la instauración de la contención mecánica, si por el número insuficiente de profesionales disponibles en la Unidad, fuese necesario.
- Autorizar (o no) la medida si ha sido instaurada por la enfermera (en caso de urgencia y en su ausencia), lo antes posible, dejando constancia por escrito.
- Informar al paciente y a sus familiares de los motivos y objetivos de la medida.
- Evaluar periódicamente el estado general y psicopatológico del paciente (primera hora postsujeción, cada 8 horas, y siempre que sea necesario).
- Indicar, según el estado del paciente, la prórroga de la medida y/o modificación del tipo de sujeción, dejando constancia por escrito en las hojas del protocolo habilitadas para ello.

- Indicar el cese de la contención por escrito, tras la valoración conjunta con el resto del equipo terapéutico. Es recomendable su presencia en el procedimiento de retirada de las sujeciones.

Psicólogos clínicos:

- Colaborar en la instauración de la contención mecánica, si por el número insuficiente de profesionales disponibles en la Unidad, fuese necesario.
- Participar, en coordinación con el médico⁴, en la evaluación periódica del estado psicopatológico del paciente con contención mecánica, durante el tiempo que esté presente en la Unidad, dejando constancia por escrito.

Personal de enfermería:

- Indicar la contención en caso de urgencia y ausencia del médico⁴, avisando a éste en el menor tiempo posible.
- Dirigir y coordinar la intervención de los demás profesionales que intervienen en la instauración de la contención.
- Acordar, con el equipo que intervienen en la instauración, qué profesional hará de interlocutor, siendo éste el único que se dirija al paciente para informarle de las intervenciones a realizar.
- Observar periódicamente el estado general del paciente.
- Prestar y monitorizar los cuidados enfermeros necesarios para la seguridad y el bienestar del paciente.
- Dirigir y coordinar la intervención de los demás profesionales que intervienen en la retirada de la contención.
- Dejar constancia por escrito sobre la activación, desarrollo y cese del procedimiento, utilizando las hojas de registro del protocolo habilitadas para ello.

⁴ Referente a los especialistas de psiquiatría y al resto de los médicos del Centro, si los hay.

Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería:

- Cooperar en la instauración y retirada de la medida.
- Participar en la observación del paciente con contención mecánica.
- Participar en los cuidados del paciente con contención mecánica.
- Ocuparse de la revisión y mantenimiento de los equipos materiales de la inmovilización.
- Mantener preparada la habitación de contención, asegurándose de que todo el material de sujeción está dispuesto en la cama antes de la aplicación de la medida.
- En caso de no estar disponible la habitación de contención, preparará la cama de otra habitación, colocando todo el material necesario momentos antes de la aplicación de la medida.

Celador⁵:

- Colaborar en el transporte del paciente, la instauración y el cese de la contención.
- Colaborar en las tareas de vigilancia del paciente, informando al personal de enfermería, si observan alguna anomalía o cambio en él.
- Colaborar en la preparación de la habitación de contención y en la colocación del todo el material necesario antes de la aplicación de la medida. (si no hay disponible una habitación de contención, se adecuará la cama de otra habitación)

Personal de seguridad:

- Colaborar en el procedimiento, con su presencia física como figura de autoridad, siempre que sea requerido por el personal de la Unidad.
- Intervendrá en la reducción del paciente, en situaciones muy excepcionales, si no es suficiente con el personal de la propia Unidad y solo a requerimiento explícito del personal de médico⁶ o enfermería, siguiendo las instrucciones claras de éstos.

⁵ Si existe esta categoría profesional en la Unidad

11. PROCEDIMIENTO PARA UNA CONTENCIÓN MECÁNICA

A. Toma de decisiones

Si un paciente pierde el control y adopta conductas físicamente peligrosas, para sí mismo o para los demás, el objetivo será evitar el daño inminente y lograr la seguridad de dicho paciente y de todos los demás. También se velará por garantizar la seguridad de los profesionales y del entorno de la Unidad.

Para ello, el profesional de enfermería valorará la situación y se pondrá en contacto con el médico⁷ para acordar, de forma conjunta, el inicio del procedimiento.

Si por la urgencia de la situación, el personal de enfermería no pudiera comunicarse con el médico⁷, queda expresamente autorizado para iniciar el procedimiento de contención mecánica, debiendo comunicar el hecho al médico⁷ lo antes posible para conseguir su conformidad por escrito.

B. Personal que interviene

Se necesitan un **mínimo de 4 personas** para poder instaurar la contención mecánica con seguridad para el paciente y para los profesionales. No obstante, se considera que 5 personas es el número más adecuado para la realización de la misma (una para sostener cada extremidad del paciente y otra para la sujeción de la cabeza).

C. Consideraciones previas y precauciones

- El **personal de enfermería**⁸ avisará, de entre los presentes en las Unidad en ese momento, al número de profesionales necesario, debiendo actuar de forma rápida y coordinada, evitando intervenir hasta que se disponga del personal suficiente. Es importante que el grupo sea numeroso, pues en ocasiones, su sola presencia en conjunto puede ser suficiente para conseguir la colaboración del paciente.

⁶ Referente a los especialistas de psiquiatría y al resto de los médicos del Centro, si los hay.

⁷ Referente a los especialistas de psiquiatría y al resto de los médicos del Centro, si los hay.

⁸ En el Centro Sociosanitario de Mérida el personal de enfermería llamará al Departamento de Coordinación de Enfermería, para que desde allí se localice a los profesionales necesarios en otras Unidades.

- Se designará a la **persona encargada de dirigir la contención**. Normalmente esta función estará a cargo del enfermero y/o médico⁹ responsables del paciente. La persona encargada de dirigir el procedimiento, asignará la función de cada miembro del equipo durante la contención.
- Se acordará entre todos los profesionales que intervienen, quién actuará de **interlocutor único** con el paciente (suele ser la misma persona que dirige la contención), y a partir de ese momento será quien mantendrá la comunicación verbal con el paciente, con el fin de evitar que puedan surgir comentarios contradictorios o confusos para el paciente.
- El **interlocutor único** debe informar al paciente del motivo de la contención. Actuará con firmeza y sin ser violento. Se dirigirá al paciente en tono suave, relajado, pero seguro. No utilizará una forma intimidatoria o provocativa. Reconocerá los sentimientos del individuo (p ej.: *estás pasando un mal momento*). Será auténtico y empático. Le hará saber que se le ayudará a controlar su conducta y que no se le dejará hacer nada destructivo. Será coherente, firme, directo y franco (p ej.: puedo ver que estás enfadado). Utilizará órdenes concisas y de fácil comprensión.
- La **persona que dirige** la contención evitará toda la expectación posible; para ello, se debe alejar al resto de pacientes y profesionales que no intervengan en la instauración de la medida.
- El **personal que intervendrá** en la contención no llevará objetos que puedan producir daño o romperse (gafas, reloj, anillos, pulseras, cadenas, bolígrafos, etc.) y adoptará las medidas de precaución universales.
- Retirar de la ropa del paciente (si es posible) objetos que puedan dañarle.
- Alejar del alcance del paciente cualquier objeto potencialmente peligroso (cristal, objetos afilados, sillas).
- Intentar llevar al paciente hacia un lugar seguro, evitando rincones y zonas con mucho mobiliario.
- No abordar solo a un paciente violento. Si la persona tiene un arma, no se intentará cogerla. Se dará instrucciones para que la suelte. Se intentará calmarle sin correr riesgos personales.

⁹ Referente a los especialistas de psiquiatría y al resto de los médicos del Centro, si los hay.

- El **profesional auxiliar de enfermería**, y en su caso **los celadores** que intervengan, prepararán la cama, asegurándose de que esté frenada (en el caso de que ésta no esté fijada al suelo) y colocará el cinturón abdominal previamente en la misma. Éste debe quedar fijado a la cama a la altura de la zona lumbar del paciente. Fijará también el cinturón estrecho a la altura del tercio inferior de la tibia.

D. Instauración de la medida: reducción, traslado y contención

Una vez aceptada la decisión de contener de forma mecánica, se debe evitar el intercambio verbal con el paciente, ya que podría agudizar una situación ya de por sí dramática, transformándola en caótica.

Puede hacerse una excepción con la persona que coordina el procedimiento que se dirigirá al paciente para indicarle los motivos de la sujeción.

- Se debe **dar tiempo al paciente para que acepte las demandas verbales de colaboración**, y se tumben voluntariamente en la cama.
- En caso contrario, y sin dar lugar a discusión verbal, se procederá a **reducirle y trasladarle** a una habitación cerca del control de enfermería o que permita una alta supervisión. Para ello **se seguirán los siguientes pasos:**

1. Reducción y traslado:

A. Si es un paciente **que colabora y cuyo estado lo permite y desea ir a pie;** para acompañarle a la habitación, pueden ser suficiente dos personas que le sujeten por las axilas empujando hacia arriba, y por la muñeca, tirando hacia abajo. Esta maniobra se realizará con la suficiente firmeza para dar seguridad al procedimiento, pero sin extremarla para no lesionar al paciente (figura 1).

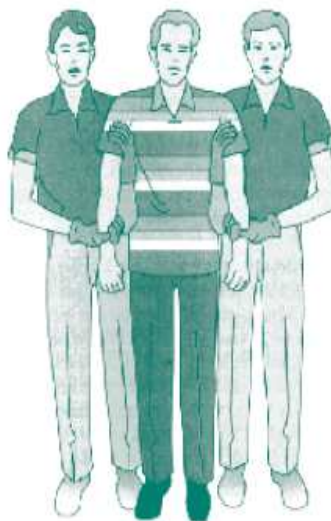


Figura. 1.

B. Si es un paciente **que no colabora y está agitado y/o violento**; la reducción se realizará preferentemente cuando esté distraído.

- Se debe tumbar al paciente en decúbito supino sobre el suelo, controlando su cabeza para evitar que se golpee o pueda golpear a algún miembro del equipo.
- Cada miembro del equipo inmovilizará una extremidad del paciente: los miembros superiores se sujetan por los hombros y antebrazos y los miembros inferiores se cogen por encima de las rodillas y de los tobillos (figura 2).
- Los puntos de retención deben estar cerca de las articulaciones mayores, para así disminuir el riesgo de fracturas y esguinces. Hay que salvaguardar las partes más vulnerables del paciente (cuello, tórax y abdomen), y el grado de fuerza debe ser el mínimo para controlar la situación.
- Evitar, en lo posible, hablar con el paciente mientras se realice la inmovilización; si es necesario, será la persona que coordina el procedimiento quien lo haga.



Figura. 2.

El traslado del paciente a la habitación; lo realizarán 4 personas. Dos de ellos sujetarán los miembros superiores (alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros), otras dos sujetarán los miembros inferiores (a la altura de las rodillas) (figura 3). Si hubiera un quinto miembro del equipo, deberá estar preparado para sostener la cabeza si el paciente la agita mucho para evitar que se la golpee o lesione a alguien. No deben forzarse las articulaciones más allá de los límites fisiológicos.



Figura. 3.

2. Contención mecánica.

Para la contención mecánica, se tumbará al paciente en la cama en decúbito supino (excepto en pacientes intoxicados o con disminución de conciencia que se dejarán en posición de seguridad) y se procederá a la sujeción indicada (completa o parcial), *por este orden*:

1. **Cintura:** Queda inmovilizada mediante el cinturón ancho o abdominal, que la rodea y se abotona al vientre. Las cintas de este cinturón se sujetarán a ambos lados del bastidor de la cama, nunca a las barandillas. El paciente podrá girar a cada lado 90º sin peligro de caída. Si se desea mayor sujeción, se colocarán las cintas anti-vuelco.
2. **Miembros inferiores:** Las piernas se colocarán extendidas y ligeramente abiertas, poniendo las cintas de sujeción alrededor de los tobillos y fijándolas al cinturón estrecho mediante las tiras que tiene éste en su parte central.
3. **Miembros superiores:** Se colocarán los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, poniendo las cintas de sujeción alrededor de las muñecas y fijándolas al cinturón abdominal mediante las tiras que tiene éste en su parte central.
4. **Tórax:** (opcional) las cintas para el tórax se fijaran, sobre el cinturón abdominal, pasándolas cruzadas por la zona clavicular en dirección a los hombros y fijándolas a su vez en el somier de la cama sobre la zona del cabecero (también se pueden fijar sobre un cinturón estrecho fijado en el cabecero de la cama).
 - Las cintas se tensarán y anudarán a ambos lados del marco de la cama, **nunca a las barandillas**.
 - La intensidad de la agitación o de la violencia del paciente aconsejará **el tipo de sujeción**:
 - **Sujeción completa:** inmovilización del tronco + 4 extremidades
 - **Sujeción parcial:** inmovilización del tronco + 2 extremidades contralaterales.

- Las piernas deberán sujetarse extendidas y ligeramente abiertas para sujetarlas por los tobillos.
- Los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, para sujetarlos por las muñecas.

E. Verificación de los criterios de seguridad del paciente con contención mecánica y de los profesionales.

Una vez realizada la sujeción y antes de retirarse de la habitación, el personal debe comprobar una serie de factores de riesgos, para minimizar la posibilidad de producir eventos adversos en el paciente.

Esta verificación se realizará por la **técnica del doble chequeo**, de forma que la llevarán a cabo **el médico¹⁰ y de enfermera** responsables de la contención y del paciente en ese momento.

Entre **los aspectos a verificar** destacan los siguientes:

- El paciente no presenta factores de riesgo, tales como; tabaco, embarazo, diabetes, etc..., y si los presenta, se han tomado las medidas adecuadas para la prevención de eventos adversos.
- Los factores de riesgo ambientales se han suprimidos o minimizados, tales como; el tipo y ubicación de la habitación, la homologación de los sistemas de sujeción, la retirada de objetos potencialmente peligrosos, etc...
- Los sistemas de sujeción están cerrados adecuadamente, para evitar que el paciente los abra por sí mismo.
- El cabecero de la cama está elevado entre 30º y 45º (salvo contraindicación médica).
- El paciente puede levantar y mover la cabeza libremente, para disminuir el riesgo de aspiraciones y permitir el contacto con el medio.
- Las bandas están adecuadamente apretadas pero sin comprimir vasos que impidan la circulación sanguínea, ni producir daños en la piel ni lesiones por deslizamientos, pero permitiendo la expansión

¹⁰ Referente a los especialistas de psiquiatría y al resto de los médicos del Centro, si los hay.

pulmonar. Hay que comprobar que, aun teniendo cierta movilidad, el paciente no puede producirse lesiones.

- Los objetos potencialmente peligrosos del paciente o del entorno físico de la habitación se han retirado
- El personal sanitario puede manipular fácilmente los accesos venosos, drenajes o sondas.

Los profesionales saldrán de la habitación de forma escalonada y pausada. El profesional que ha dirigido el procedimiento será el último en salir, explicando al paciente que todas sus necesidades serán atendidas y que se realizarán visitas periódicas por parte del personal.

Esta comprobación quedará **registrada y doblemente firmada** en la hoja de *verificación de los criterios de seguridad del paciente con contención mecánica* (ver anexos).

F. Verificación de la actuación y cuidados de los profesionales.

Finalizado el procedimiento de contención y realizada la verificación de los factores de riesgo, se realizará una breve *reunión de tipo “debriefing”¹¹* en algún despacho o sala cómoda, en la que el personal que ha participado en la misma analizará las técnicas y acciones llevadas a cabo, en especial aquellos aspectos (si los hubiera) que no han salido del todo bien. Con una duración que no superará los 10 ó 15 minutos, el objetivo será que el equipo identifique las causas de los posibles errores cometidos y proponga soluciones para evitar que se repitan en el futuro. Este tipo de reuniones son consideradas una valiosa herramienta de aprendizaje y mejora continua.

Otro de los objetivos de esta reunión es verbalizar los sentimientos que inevitablemente emergen en situaciones tan críticas, atendiendo y cuidando a aquellos profesionales que se vean impactados física y/o emocionalmente.

A modo orientativo, se puede seguir el siguiente guión, incluido en la *Hoja de Reunión de verificación de la actuación y cuidados de las segundas víctimas*:

¹¹ Término utilizado para denominar a una reunión posterior a una actividad, evento o proceso, para su análisis y propuestas de mejora.

GUIÓN DE LA REUNIÓN DE VERIFICACIÓN DE LA ACTUACIÓN Y CUIDADOS DE PROFESIONALES.

- ¿Qué desencadenó la necesidad de Contención Mecánica?
- ¿Qué factores hubiesen prevenido esta situación?
- ¿Cómo crees que se siente el paciente?
- ¿Qué impacto ha tenido esta actuación en el resto de pacientes?
- ¿Cómo nos sentimos cada uno de nosotros?
- ¿Qué hemos hecho bien y de acuerdo al protocolo?
- ¿Qué nos puede ayudar a mejorar nuestra actuación en situaciones futuras?

Esta reunión estará **liderada por el profesional que ha dirigido el procedimiento de contención**, que es quien hará las anotaciones oportunas en la *Hoja de Reunión de verificación de la actuación y cuidado de las segundas víctimas*, recogiendo de forma detallada en el apartado de *Conclusiones Finales* las propuestas del equipo para mejorar la actuación en situaciones futuras. Al finalizar la reunión, entregará una copia de esta Hoja a la supervisora de enfermería y responsable de la Unidad, para que éstos informen al departamento que estimen necesario para la elaboración e implantación de las mejoras propuestas (ej. Coordinadora de seguridad del paciente del Hospital, Servicio de Salud Laboral del Área, Subdirección de Salud Mental, etc.).

La reunión no requiere un formato rígido; sino que se propiciará un ambiente cómodo, agradable y de confianza, que facilitará comentar los errores detectados y la expresión de sentimientos experimentados, y así ayudará a mejorar la intervención en lo sucesivo y a aliviar el momento crítico vivido en la instauración de la contención.

G. Cuidados del paciente en el tiempo que dure la contención

La contención del paciente implica incrementar la atención y vigilancia del mismo por parte de los profesionales responsables.

G.1. Rondas de observación del paciente

La observación y el seguimiento del paciente, durante el tiempo que dure la contención mecánica, la realizará **el médico**¹² responsable en cada momento y **el personal de enfermería y auxiliares de enfermería** que estén a cargo del paciente en cada turno.

La **evolución del paciente** (*médico*¹⁶ c/ 8h) y las **incidencias** detalladas del plan de cuidado (*Enfermería y Aux. Enfermería c/ turno*) se anotarán **en JARA**¹³ **en los documentos de la historia clínica destinados a tal fin**. En los casos en los que el profesional de psicología clínica hiciese alguna evaluación del estado psicopatológico, en coordinación con el médico¹⁶, lo anotará también en la Historia Clínica del paciente.

La frecuencia de las rondas de observación dependerá de la situación clínica y de la previsión de posibles complicaciones orgánicas, estableciéndose como recomendación:

- Una ronda de observación por **médico**¹⁴ **en la 1ª hora** tras la contención y **cada 8h**, en la que se confirmará el mantenimiento o cese de la medida.
- Una ronda de observación por **enfermería cada 2h** y por **auxiliares de enfermería cada 30 minutos**. (con mayor frecuencia en caso de intoxicación o alteración nivel conciencia¹⁵)
- Estas pautas recomendadas están **sujetas a variación** según indicación médica que así lo justifique.

Para realizar la observación del paciente se podrá utilizar las cámaras de vigilancia, debiendo ir a la habitación para hacer una observación y comprobación directa del paciente, con la periodicidad necesaria para garantizar el bienestar y la seguridad del paciente.

¹² Referente a los especialistas de psiquiatría y al resto de los médicos del Centro, si los hay.

¹³ En los CSS, hasta que no tengan acceso a Jara, el registro de la evolución del paciente, incidencias y demás anotaciones se realizarán en los documentos de la Historia Clínica del paciente destinado a tal fin.

¹⁴ Referente a los especialistas de psiquiatría y al resto de los médicos del Centro, si los hay.

¹⁵ Durante el horario de la jornada continuada, cuando el paciente ingresado en un Centro Sociosanitario, presenta un empeoramiento de su estado general o una reagudización de su patología psiquiátrica de base, se trasladará al Servicio de Urgencias Hospital General de Referencia del Centro, para ser evaluado en ese momento.

G.2. Competencias profesionales en el tiempo que dure la contención mecánica:

Médico¹⁶ responsable del paciente o médico¹² de guardia:

- Realizará la verificación de criterios de seguridad inmediatamente después del momento de la contención, junto con enfermería, firmando el doble chequeo en la Hoja del protocolo destinada a ello.
- Valorará al paciente dentro de la **primera hora tras la contención** junto con el personal de enfermería: revisará la pertinencia o no de continuar con la medida adoptada, así como el tratamiento a seguir.
- Reevaluará la medida cada 8 horas, registrando por escrito en la *hoja de prórrogas, modificación y cese de la contención mecánica* (ver anexos) la necesidad o no de mantenerla o modificarla.
- Dejará registrada en la *Historia Clínica del paciente* la indicación de la inmovilización, los factores de riesgo y las pautas a seguir (psicofármacos, nutrición, etc.).
- Se asegurará que la *Hoja de Indicación de la contención mecánica y demás hojas del protocolo* estén cumplimentadas tal y como se indica en el mismo.

Psicólogos clínicos:

- Participará, durante el tiempo que esté presente en la Unidad y en coordinación con el médico¹², en la evaluación periódica del estado psicopatológico del paciente.
- En los casos que haga una evaluación del estado psicopatológico de paciente, lo registrará en su Historia Clínica.

¹⁶ Referente a los especialistas de psiquiatría y al resto de los médicos del Centro, si los hay.

Personal de enfermería:

- Realizará la verificación de criterios de seguridad **inmediatamente después del momento de la contención**, junto con el médico¹⁷, firmando el doble chequeo en la Hoja del protocolo destinada a ello.
- Realizará una valoración del paciente dentro de la **primera hora tras la contención** junto con el personal médico¹³.
- Realizará una visita **cada 2 horas como máximo** a fin de examinar el estado del paciente, las sujeciones y de resolver cualquier contingencia que pudiera surgir.
- Será la responsable de la observación, cuidados y atención a las necesidades básicas del paciente y los controles posteriores, contando con la colaboración de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería y demás profesionales.
- En función del estado de agitación del paciente, indicará, cada 2 horas, la liberación rotativa de una extremidad, en el caso de contenciones de 5 puntos. Y en el caso de contenciones de 3 puntos, indicará la rotación de las sujeciones cruzadas de las extremidades. También, según el estado clínico del paciente, se respetará el tiempo del descanso nocturno. Esta tarea la llevará a cabo en colaboración con las auxiliares de enfermería
- Registrará en la Historia Clínica del paciente el procedimiento, la periodicidad de las rondas de observación realizadas, constantes vitales y cuidados proporcionados, así como en los siguientes documentos adjuntos (ver anexos):
 - *Indicación de la contención mecánica*
 - *Verificación de los criterios de seguridad de los pacientes con contención mecánica*
 - *Hoja de la Reunión de verificación de la actuación de profesionales y cuidado de las segundas víctimas*
 - *Seguimiento de enfermería y auxiliares de enfermería durante la contención mecánica*
 - *Prórrogas, modificación y cese de la contención mecánica*

¹⁷ Referente a los especialistas de psiquiatría y al resto de los médicos del Centro, si los hay.

Técnicos en Cuidados Auxiliares de enfermería:

- Participará o será informada de los resultados de la valoración del paciente dentro de la **primera hora tras la contención**.
- Realizará una observación directa al paciente **cada media hora** (esta observación se hará con mayor frecuencia si el paciente está intoxicado o con disminución del nivel de conciencia¹⁸), revisando su estado general, el estado de las sujeciones y cualquier otra necesidad que pudiera surgir.
- Administrará cuidados de enfermería para cubrir las necesidades básicas del paciente; higiene y confort, alimentación, eliminación, cambios posturales, etc...
- En función del estado de agitación del paciente, realizará la liberación rotativa de una extremidad, en el caso de contenciones de 5 puntos. Y en el caso de contenciones de 3 puntos, realizará la rotación de las sujeciones cruzadas de las extremidades. Si el estado clínico del paciente lo permite, se respetará el tiempo del descanso nocturno.
- Registrará por turno las incidencias detalladas de las rondas de observación y de los cuidados aplicados al paciente durante el tiempo que ha estado con la contención mecánica, así como se registrará la información en la Hoja de *Seguimiento de enfermería durante la contención mecánica*. Se quedará constancia por escrito de la periodicidad de las rondas de observación.

Celador¹⁹:

- Además de en la instauración de la contención mecánica y retirada de la misma, colaborará con enfermería y auxiliares de enfermería en la movilización de estos pacientes para su higiene, necesidad de ir al baño, inmovilización para administrar inyectables, cambio de ropa, rotación de las sujeciones, etc.

¹⁸ Durante el horario de la jornada continuada, cuando el paciente ingresado en un Centro Sociosanitario, presenta un empeoramiento de su estado general o una reagudización de su patología psiquiátrica de base, se trasladará al Servicio de Urgencias Hospital General de Referencia del Centro, para ser evaluado en ese momento.

¹⁹ Si existe esta categoría profesional en la Unidad

- Colaborar en las tareas de vigilancia del paciente, informando al personal de enfermería, si observan alguna anomalía o cambio en él.

Personal de seguridad:

- Se solicitará su presencia si el personal sanitario del turno se ve superado por las circunstancias.

G.3. Aspectos del paciente a observar y monitorizar.

Un paciente con contención mecánica requiere una máxima atención en la evaluación de su estado general y de sus necesidades fisiológicas y emocionales. Durante el tiempo que se mantenga en esta situación, será necesario que, por turnos, y siempre y cuando sea necesario, el personal de enfermería y auxiliares de enfermería, vigile, monitorice y registre los aspectos que se describen a continuación.

- **Constantes vitales;** presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y temperatura.
- **Nivel de conciencia:** efecto de la medicación y nivel de sedación. Supervisar también el estado mental del paciente y la orientación en las 3 esferas: tiempo, espacio y persona.
- **Hidratación y alimentación:**
 - Comprobar y registrar la hidratación adecuada del paciente, ofreciendo líquidos siempre y cuando su estado lo permita.
 - Asegurar una dieta adecuada y registrar si la ingesta aumenta o disminuye.
 - Entregar cubiertos y demás utensilios con precaución y siempre que esté presente, durante su uso, algún profesional.
 - Valorar la posibilidad de ayuda total o parcial (dejando una mano con mayor rango de movimientos) para las comidas siempre que el estado del paciente lo permita.
 - Realizar cuidados de higiene bucal si procede.
- **Eliminación intestinal y vesical:**
 - Vigilar el número y aspecto de las deposiciones y registrar por turno.



- Valorar diuresis por turno; ofertar la botella o cuña.
 - Evitar en la medida de lo posible el uso del pañal, y si es necesario utilizarlo extremar las medidas de precaución y vigilancia
 - En caso de retención urinaria, valorar medidas físicas y, si es necesario, poner sonda vesical.
- **Movilidad:**
- Valorar cambios posturales mientras dure la inmovilización.
 - Supervisar signos de inflamación (enrojecimiento, tumefacción), heridas o quemaduras por rozamiento y coloración de la parte distal de las extremidades (palidez y cianosis), aparición de parestesias y disestesias en extremidades superiores o inferiores (hormigueo y pérdida de sensibilidad), temperatura distal, etc.
 - En el caso de contenciones de 5 puntos, liberar de forma rotativa una extremidad si el estado del paciente lo permite. Y en el caso de contenciones de 3 puntos, rotar de las sujeciones cruzadas de las extremidades. En función del estado clínico del paciente, se respetará el tiempo del descanso nocturno.
 - Valorar, junto al personal médico, la administración de heparina si la inmovilización dura más de 24 h o más de 12 h y el paciente presenta factores de riesgo.
- **Reposo y sueño:**
- Registrar horas de sueño nocturno, sueño interrumpido, somnolencia excesiva, pesadillas, insomnio.
 - Valorar la necesidad de medicación hipnótica si es necesario.
 - Facilitar el reposo administrando medicación y cuidados de enfermería en horarios adecuados.
 - Evitar estímulos externos innecesarios (ruidos, luces, hablar en voz alta).
- **Higiene corporal:**
- Realizar la higiene del paciente y ayudarle en su autocuidado y bienestar al menos una vez por turno o cuando sea necesario, respetando en todo momento su sueño.
 - Hidratar la piel.
 - Aplicar Ácido Graso HiperOxigenado o similar en la zona de sujeción, coincidiendo con el aseo de primera hora de la mañana.
 - Vestir al paciente con pijama (excepto en los casos en los que la urgencia no lo ha permitido con anterioridad) y cubrirlo con una sábana.

▪ **Peligros y medidas ambientales:**

- Mantener cerrada la puerta de la habitación para proteger la integridad física de la persona con contención mecánica.
- Mantener la habitación con una temperatura y ventilación adecuadas (sobre todo si se ha realizado una neuroleptización rápida, ya que los neurolépticos entorpecen la regulación térmica del organismo).
- Reducir estímulos como ruidos o excesiva luz.
- Siempre que exista la posibilidad, el paciente permanecerá en una habitación individual que permita la mayor observación posible.

▪ **Comunicación:**

- Mantener la comunicación verbal para valorar el grado de control del paciente.
- Escuchar activamente, facilitar soluciones sencillas y ofrecer todo aquello que podamos cumplir.
- Respetar, comprender y facilitar la relación terapéutica con el paciente.
- Evitar realizar comentarios negativos delante del paciente cuando pensamos que no nos escucha.
- Valorar la actitud del paciente ante la sujeción y su nivel de agitación, agresividad y ansiedad.

H. El acompañamiento familiar durante la contención mecánica

El acompañamiento familiar durante la contención mecánica es difícil de protocolizar porque cada caso necesita ser valorado cuidadosamente.

La indicación al respecto mediante prescripción específica del médico²⁰, se hará tras una valoración conjunta entre éste y el equipo de enfermería, contemplando todas las variables e informando posteriormente a paciente y familia

²⁰ Referente a los especialistas de psiquiatría y al resto de los médicos del Centro, si los hay.

I. Cese de la contención mecánica y retirada de los sistemas de sujeción.

La contención mecánica debe mantenerse únicamente hasta conseguir el objetivo terapéutico deseado (sedación farmacológica, retorno a la calma, seguridad para el paciente y su entorno, restablecimiento de límites, colaboración del paciente en la aplicación de medidas de tratamiento...).

La finalización de la contención tendrá lugar tras la **valoración conjunta del médico²⁰ y el personal de enfermería** responsables del paciente, cuando la necesidad de tal medida haya cedido. Esta circunstancia deberá figurar siempre por escrito en la hoja de órdenes médicas y en la de cuidados de enfermería; se cumplimentará también por parte de ambos profesionales la notificación correspondiente del cese de la medida en la *Hoja de prórrogas, modificación y cese de la contención mecánica* (ver anexos).

La retirada de los sistemas de sujeción se procurará hacer de forma progresiva a medida que aumente el autocontrol del paciente, explicándole en todo momento el procedimiento. La retirada total se hará siempre en presencia de suficiente personal (mínimo dos personas), valorando el comportamiento del paciente.

Se debe intentar que la inmovilización dure el menor tiempo posible. El tiempo máximo que se establece para toda sujeción de un paciente es el de 12 horas, prolongable a un periodo que nunca debe superar las 72 horas ininterrumpidas.

Nota: *el material para la contención mecánica debe ser retirado cuando no se esté utilizando con el paciente; no debe estar colocado en la cama ni suelto en la habitación, excepto si es una habitación dedicada exclusivamente para esta medida, pues se corre el riesgo de manipulación del mismo por el paciente, además de ser un elemento que puede ser percibido como amenazante. Cuando se retire, hay que asegurarse de que no faltan tornillos ni cierres magnéticos y que no han sufrido alteraciones que afecten a su posterior eficacia.*

Se procederá a las medidas de limpieza y desinfección del material de contención utilizado según los protocolos establecidos en el Centro.

12. COMPLICACIONES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

La contención física tiene una serie de complicaciones potenciales que justifican las intervenciones de vigilancia y control en el tiempo que dura la contención, tal y como se ha detallado en el apartado *G. Cuidados del paciente en el tiempo que dure la contención mecánica*.

Conocer los riesgos físicos y psicológicos derivados de la contención mecánica es útil en la prevención de los mismos:

En la contención abdominal:

- Ahorcamiento por deslizamiento debido a una banda abdominal floja
- Dificultad respiratoria por una banda abdominal muy apretada
- Compresión nerviosa

En la contención de extremidades:

- Lesiones isquémicas por la obstaculización de la circulación sanguínea.
- Compresión y lesión de los plexos nerviosos
- Edemas.
- Hematomas.

Riesgos generales:

- Alteración de la integridad cutánea.
- Caídas.
- Broncoaspiración.
- Tromboembolismo
- Fracturas y luxaciones (al forzar la inmovilización)
- Incontinencia.
- Estreñimiento.
- Deshidratación.
- Muerte súbita tras un prolongado periodo de agitación y forcejeo de las sujeciones (en estos casos se recomienda hacer series analíticas de CPK para su control)

Y en general, todas las complicaciones derivadas de la inmovilización (problemas circulatorios, pérdida de fuerza y tono muscular, dependencia física y emocional del/de la paciente, aumento de la agitación, etc.)

13. REGISTRO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

El registro de las actuaciones asociadas a una contención mecánica es esencial, tanto para garantizar la calidad de la asistencia a los pacientes, como para evaluar la práctica de la contención en su conjunto.

El proceso de contención y su supervisión quedará siempre registrado en los documentos que se adjuntan como **anexos a este protocolo**:

- *Indicación de la contención mecánica*
- *Verificación de los criterios de seguridad de los pacientes con contención mecánica*
- *Hoja de reunión de verificación de la actuación de los profesionales y cuidado de las segundas víctimas*
- *Seguimiento de enfermería y auxiliares de enfermería durante la contención mecánica.*
- *Prórrogas, modificación y cese de la contención mecánica*

Hoja de Indicación de la contención mecánica

En esta hoja se registrará el motivo de la indicación, así como el tipo de sujeción indicada. También se hará referencia a la situación clínica del paciente, las intervenciones previas realizadas con el paciente y el tratamiento farmacológico que se haya añadido o modificado a raíz de la situación que ha motivado la contención mecánica.

El registro de los aspectos legales es fundamental. Por ello, en esta hoja, se registrará la información dada al paciente y familiares.

Para garantizar la seguridad del paciente es preciso el doble chequeo de la indicación, registrándose con la firma del médico²¹ y personal de enfermería responsable del paciente en el momento de la contención.

²¹ Referente a los especialistas de psiquiatría y al resto de los médicos del Centro, si los hay.

Hoja de Verificación de los criterios de seguridad de los pacientes con contención mecánica

Es la hoja que, con formato de *Check List*, nos sirve para hacer la verificación de los factores de riesgo ambientales y del paciente. Se hace hincapié en la verificación post sujeción inmediata, que es aquella que se recomienda realizar antes de abandonar la habitación del paciente al que se ha realizado la contención mecánica.

En esta hoja también se realiza la técnica del doble chequeo mediante la firma del médico²² y la enfermera responsables, después de realizar dicha verificación.

Hoja de Reunión de verificación de la actuación de los profesionales y cuidado de las segundas víctimas

Uno de los criterios de calidad del protocolo es la verificación de la actuación y el cuidado de los profesionales. Para ello se recomienda hacer una *reunión post sujeción de tipo debriefing* del equipo de trabajo que han intervenido en el caso, en la que se analice la actuación de los profesionales, así como las propuestas que pueden ayudar a mejorar dicha actuación.

Para ello se utilizará a modo orientativo el Guión que aparece en esta Hoja, y se registrará de forma detallada aquellas propuestas de mejoras que el grupo considere necesarias para mejorar la actuación en situaciones futuras, tales como formación a personal de nueva incorporación, sustitución de alguna cinta de sujeción, replantear la organización y colaboración de los profesionales que intervienen, etc.

De esta hoja, se entregará una copia a la supervisora de enfermería y responsable de la Unidad, para que faciliten, en la medida de lo posible, la puesta en marcha de las mejoras propuestas, informando a los departamentos que sea necesario para ello (Dirección médica y/o de enfermería, Unidad de calidad y seguridad del paciente, Unidad de Docencia, Subdirección Salud Mental y Programas Asistenciales, etc..).

En el caso que exista un profesional que podamos considerar segunda víctima por haber sufrido algún daño o lesión durante el proceso de contención, se le proporcionará la atención y el cuidado que precise de forma inmediata y se registrará en esta hoja, con la que se informará a la supervisora de enfermería y responsable de la Unidad. Si es preciso se derivará al profesional al Servicio de Urgencias del Hospital y/o a la Unidad de Salud Laboral de referencia.

²² Referente a los especialistas de psiquiatría y al resto de los médicos del Centro, si los hay.

Hoja de seguimiento de enfermería y auxiliares de enfermería durante la contención mecánica.

En esta hoja se marcarán con una X aquellos ítems correspondientes al estado o situación actual del paciente, referidos a nivel de conciencia, descanso y sueño, hidratación y alimentación, eliminación, higiene y movilidad. Será un resumen del estado del paciente al final de cada turno. Además se registrarán los datos de las constantes vitales que se monitoricen por turno.

Esta hoja la firmará el personal de enfermería y auxiliares de enfermería encargado de los cuidados del paciente en el turno.

Hoja de prórrogas, modificación y cese de la contención mecánica

En esta hoja se registrará las prórrogas, modificación y cese de la contención.

En cuanto a la indicación de continuidad de la contención, se realizará tras la revisión periódica cada 8 horas, del médico²³ y oídas las propuestas del personal de enfermería. En este apartado hay que tener en cuenta que la recomendación es que la contención dure el menor tiempo posible, siendo 12h el tiempo máximo que se establece para toda sujeción, prolongable a un periodo que nunca debe superar las 72 horas ininterrumpido. En cualquier caso, en cada prórroga se valorará la necesidad de prescribir tratamiento antitrombótico.

En esta hoja también se registrará la evolución de la sujeción, siempre que se modifique el tipo de sujeción (de sujeción parcial a completa y de completa a parcial), y la indicación de cese definitiva de la contención. En todos los registros, se anotará la fecha y hora y se hará un doble chequeo mediante la firma del médico²⁴ y enfermera responsable del paciente en ese momento.

En la parte final de esta hoja hay un espacio para registrar los incidentes o eventos adversos ocurridos durante la contención, no eximiendo de su notificación en la Plataforma del SINASP²⁴ y demás proceso de notificación establecidos en la Unidad.

²³ Referente a los especialistas de psiquiatría y al resto de los médicos del Centro, si los hay.

²⁴ Para conocer los códigos de acceso a la Plataforma SINASP póngase en contacto con el Coordinador de Calidad y/o Seguridad del Paciente de su Área.

CONTROL DEL REGISTRO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

El control del cumplimiento del protocolo en cada caso en el que se active, quedará a cargo del supervisor/a de la Unidad²⁵, en el que se lleve a cabo la contención. En periodos de ausencia prolongada del supervisor de enfermería, esta tarea la realizará el profesional que tengan asignado sus funciones.

El objetivo de este control de cumplimiento es comprobar aquellas partes de las Hojas de Registro del Protocolo que no se han cumplimentado y/o firmado, y reforzar a los profesionales para su mejora en próximas Contenciones Mecánicas.

Todas hojas del protocolo se incluirán en la Historia Clínica del paciente, acompañado del registro de la indicación, medicación y demás incidencias que se recojan en los espacios de la Historia Clínica establecidos para ello, tales como notas de evolución, hojas de tratamiento, notas de enfermería, etc.

Además, se debe anotar y adjuntar a la Historia Clínica los documentos que se generen de la información al paciente y la comunicación al juez, si fuera preciso.

²⁵ En el CSS de Mérida, será el Coordinación de enfermería

14. ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

Tal y como se ha comentado en apartados anteriores, la contención mecánica nunca se ha de aplicar como una medida de castigo o control, por comodidad del equipo asistencial o como sustitución de algún tratamiento.

Hay que valorar siempre que puede existir la posibilidad de una opción alternativa como la contención verbal o la administración de medicación, entre otras.

La contención mecánica supone un enfrentamiento ético entre los principios de autonomía (limitación de la libertad del paciente en contra de su voluntad) y de beneficencia (asegurándose que los beneficios superan a los perjuicios). Este conflicto ético, junto a los riesgos que pueden suponer la inmovilización de los pacientes (fracturas, muertes por asfixia, etc) y sus posibles consecuencias legales, exigen que el procedimiento sea realizado siguiendo una normativa que contemple claramente desde lo adecuado de la prescripción y metodología, hasta el papel de todo el equipo implicado, así como la obligación de informar a la familia sobre el proceso.

A. Preceptos legales aplicables a la contención mecánica

- **Constitución Española, Art. 17.1** sobre el derecho a la libertad y seguridad: “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 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Artículo 763:** Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico: “*El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial...*”
- **Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la Autonomía del/de la paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.** Arts. 4, 5, 8 y 9. Sobre el derecho de la información sanitaria y el consentimiento informados; Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.
- **Ley de la C.A. de Extremadura 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del/de la paciente. Art. 26.** Límites del consentimiento informado.

B. Información sobre la adopción de la medida

La utilización de la medida excepcional y urgente de contención mecánica 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.

La información al paciente y familiares, *siempre que sea posible*, debe darse con carácter previo, y si no, se dará posteriormente.

C. Consentimiento informado

En el caso de **pacientes con capacidad y en condiciones de decidir**, el consentimiento de la medida sería válido de conformidad con el art. 8,2 de la Ley 41/2002 antes citada.

- En los casos en los que el paciente –con capacidad y en condiciones de decidir- dé su consentimiento para la adopción de la medida de contención, es conveniente que se recoja en un documento escrito firmado por el/la paciente. (ver documento anexo)

En los casos de **paciente sin capacidad para tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de la situación**, se consultará a los familiares o a las personas vinculadas de hecho al paciente, siempre y cuando las circunstancias lo permitan.

En los casos en los que la **medida de contención tenga un carácter urgente**, que suele ser lo habitual, se informará a la familia después de indicar y realizar la contención.

D. Historia clínica y documentos del protocolo

En cualquier caso, debe quedar constancia en la Historia Clínica de las circunstancias que ha justificado tanto la adopción de esta medida como su mantenimiento en el tiempo. Se incluirán en la misma los documentos anexos a este protocolo, y se registrarán por escrito, en los documentos de la Historia destinados a tal fin, todas las actuaciones e incidencias que hayan rodeado la medida.

E. Comunicación judicial

- En los casos de **ingreso voluntario** en los que se practique **contención mecánica involuntaria**, se **transformará el ingreso en involuntario** y se dará parte al juez en un plazo no superior a 24 horas.
- En los casos de **ingreso voluntario** en los que se practique **contención voluntaria** y con **capacidad de comprender y decidir**, no será necesaria la comunicación judicial, pero si será imprescindible el consentimiento informado.
- En los casos de **ingresos involuntarios con autorización judicial**, se informará al juez de la necesidad de contención mecánica si ésta se prolonga durante más de 12 horas.

En los casos en los que se haga una comunicación judicial, se dejará constancia en la Historia Clínica y se incluirá una copia de ésta en la misma.

15. INDICADORES DE EVALUACIÓN DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS.

El control de la calidad de la contención mecánica se realizará a través de una evaluación anual de las contenciones mecánicas realizadas. Para ello se propone cumplimentar una tabla de recogida de la información necesaria para el cálculo de los indicadores (*Tabla de información de las contenciones mecánicas*). Las fuentes de información utilizadas para cumplimentar la Tabla serán la Historia Clínica del paciente y las Hojas de Registro del Protocolo que se hayan generado. Esta tabla se cumplimentará desde la supervisión de enfermería²⁶, tras el cese de la contención y siempre antes de llevar la historia al archivo.

La Unidad de Calidad y Seguridad de Pacientes del Área, en coordinación con la supervisora de la Unidad²⁸, realizará dicha evaluación, emitiéndose un informe de resultados, que se remitirá a la Dirección médica y de enfermería del Complejo Hospitalario²⁷ y a la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales.

El informe de evaluación se realizará a través del cálculo y seguimiento de los siguientes indicadores:

1. Tasa de contención mecánica anual

Numerador: nº de CM²⁸ realizadas en la Unidad, en un año

Fuente: prestaciones de Jara²⁹ y/o tabla de información de las contenciones mecánicas

Denominador: nº de ingresos en la Unidad, en un año

Fuente: BW de hospitalización

²⁶ En los CSS que no haya la figura de supervisora de enfermería, se realizará desde la Coordinación de enfermería.

²⁷ En los CSS el informe de resultado se elaborará desde la Coordinación de enfermería y se remitirá a la Dirección del Centro.

²⁸ Se refiere al total de CM realizadas; primeras y siguientes contenciones (reactivaciones) realizadas a un mismo paciente

²⁹ En los centros en los que no tienen acceso a Jara, se realizará un registro de las contenciones mecánicas realizadas, y éste se utilizará a la hora de hacer la auditoria anual de evaluación.

2. Tasa anual de contenciones mecánicas con doble chequeo en la indicación de la misma

Numerador: nº de CM con indicación médica y de enfermería en la Historia Clínica y firma de ambos en la *Hoja de indicación de la contención*, en un año.

Fuente: Tabla de información de las contenciones mecánica

Denominador: nº de CM realizadas en la Unidad, en un año

Fuente: prestaciones de Jara y/o tabla de información de las contenciones mecánica

3. Tasa de contenciones mecánicas con doble verificación de los criterios de seguridad del paciente realizada

Numerador: nº de CM con la *Hoja de verificación de los criterios de seguridad del paciente* cumplimentada en los apartados de verificación de factores de riesgos y verificación postsujeción, en un año y firmada por médico y enfermera responsable

Fuente: Tabla de información de las contenciones mecánica

Denominador: nº de CM realizadas en la Unidad, en un año

Fuente: prestaciones de Jara y/o tabla de información de las contenciones mecánica

4. Tasa de contenciones mecánicas en las que se ha realizado la reunión postsujeción de verificación de la actuación y cuidados de las segundas víctimas.

Numerador: nº de CM con en el que se ha realizado la reunión postsujeción de verificación de la actuación y cuidados de las segundas víctimas, en un año

Fuente: Tabla de información de las contenciones mecánica

Denominador: nº de CM realizadas en la Unidad, en un año

Fuente: prestaciones de Jara y/o tabla de información de las contenciones mecánica

5. Tasa de contenciones mecánicas en las que ha habido al menos un profesional considerado segunda víctima durante el procedimiento.

Numerador: nº de CM en la que se ha identificado al menos a un profesional como segunda víctima de un incidente ocurrido durante una contención, en un año

Fuente: Tabla de información de las contenciones mecánica

Denominador: nº de CM realizadas en la Unidad, en un año

Fuente: prestaciones de Jara y/o tabla de información de las contenciones mecánica

6. Tasa de contenciones mecánicas en las que durante la reunión postsujección se han realizado la propuesta de alguna mejora a implantar.

Numerador: nº de CM en las que durante la reunión postsujección se han realizado la propuesta de alguna mejora a implantar, en un año

Fuente: Tabla de información de las contenciones mecánica

Denominador: nº de CM realizadas en la Unidad, en un año

Fuente: prestaciones de Jara y/o tabla de información de las contenciones mecánica

7. Tasa de contenciones mecánicas con doble chequeo en la prórroga de la indicación

Numerador: nº de CM con firma del médico y enfermera responsable de la prórroga de la contención cada 8h en la *Hoja de prórrogas, modificación y cese de la contención mecánica*, en un año

Fuente: tabla de información de las contenciones mecánica

Denominador: nº de CM realizadas en la Unidad, en un año

Fuente: prestaciones de Jara y/o tabla de información de las contenciones mecánica

8. Media de duración de las contenciones mecánicas realizadas

Numerador: sumatorio de la duración de las contenciones realizadas

Fuente: tabla de información de las contenciones mecánica

Denominador: nº de CM realizadas en la Unidad, en un año

Fuente: prestaciones de Jara y/o tabla de información de las contenciones mecánica

9. Tasa de contenciones mecánicas con seguimiento de enfermería

Numerador: nº de CM en las que hay registro del seguimiento de enfermería en la Historia Clínica del paciente y/o en la *Hoja de seguimiento de enfermería*, en cada turno, en un año.

Fuente: tabla de información de las contenciones mecánica

Denominador: nº de CM realizadas en la Unidad, en un año

Fuente: prestaciones de Jara y/o tabla de información de las contenciones mecánica

10. Tasa de contenciones mecánicas con adecuación del proceso de consentimiento informado/comunicación a juzgado

Numerador: nº de CM con *documento de consentimiento informado y de comunicación a juzgado* (si es preciso) adecuadamente cumplimentados y reflejados en Historia Clínica y, en su caso, enviados vía fax al juzgado, en un año

Fuente: tabla de información de las contenciones mecánica

Denominador: nº de CM realizadas en la Unidad, en un año

Fuente: prestaciones de Jara y/o tabla de información de las contenciones mecánica

11. Tasa de contenciones mecánicas con doble chequeo en la orden de cese de la misma

Numerador: nº de CM con indicación médica de cese de la misma en la Historia Clínica y firma del médico y de enfermería en la *Hoja del protocolo de prórroga, modificación y cese de contención*, en un año

Fuente: tabla de información de las contenciones mecánica

Denominador: nº de CM realizadas en la Unidad, en un año

Fuente: prestaciones de Jara y/o tabla de información de las contenciones mecánica

12. Tasa de contenciones mecánicas en las que se han producido lesiones u otros eventos adversos en el paciente durante la contención

Numerador: nº de CM en la que hay registrada algún evento adverso en la *Hoja del protocolo de prórroga, modificación y cese de contención*, en un año

Fuente: tabla de información de las contenciones mecánica

Denominador: nº de CM realizadas en la Unidad, en un año

Fuente: prestaciones de Jara y/o tabla de información de las contenciones mecánica

13. Porcentaje de profesionales de la Unidad de Hospitalización que han recibido formación sobre el protocolo y procedimiento de la contención mecánica.

Numerador: nº profesionales de la Unidad que han recibido formación sobre el protocolo y procedimiento de la contención mecánica, en un año

Fuente: registros de sesiones clínicas y demás formatos de actividades formativas

Denominador: nº total de profesionales (de cada categoría) de la plantilla de la Unidad

Fuente: Dirección de Recursos Humanos de la Gerencia de Área.

El control del cumplimiento del protocolo en cada caso en el que se active, quedará a cargo del supervisor/a de la Unidad³⁰ en el que se lleve a cabo la contención, excepto en los casos en los que se active y cese la medida en días o turnos que la supervisora no esté presente en la Unidad y la Historia Clínica del paciente se haya enviado al Archivo.

³⁰ O Departamento de coordinación de enfermería en el CSS

16. FORMACIÓN CONTINUA DE LOS PROFESIONALES SOBRE CONTENCIÓN MECÁNICA.

Para garantizar la adquisición y mantenimiento de las competencias necesarias para la aplicación de la contención mecánica, el personal debe recibir formación continua periódica en el procedimiento de contención de los pacientes.

Por este motivo, se recomienda contar con un plan de formación continuada en materia relacionada con la contención mecánica, coordinado desde la propia Unidad de Hospitalización y la Unidad de Docencia del Área³¹. El Plan de formación irá dirigido al personal de todas las categorías profesionales.

Se recomienda realizar una sesión formativa dirigida a todos los profesionales de la Unidad **antes de la implantación del protocolo y con posterioridad, siempre que sea necesario**. El objetivo de esta sesión debe ser la presentación del nuevo protocolo y la actualización en el procedimiento de contención mecánica, propiamente dicho.

Asimismo, en las *reuniones post sujeción de tipo debriefing* del equipo de trabajo que han intervenido en el caso, se realizarán la evaluación de cada caso de contención mecánica. Esta evaluación fomenta la mejora continua de las intervenciones e identifica las necesidades de formación de los profesionales, por lo que se recomienda incluir estas reuniones en la práctica clínica diaria. Tanto las necesidades de formación detectadas, como de cualquier otro tipo, se darán a conocer a la supervisora de enfermería y responsable/coordinador de la Unidad, entregándole una copia de la *Hoja de Reunión de Verificación de la actuación y cuidado de las segundas víctimas*, para que facilite su puesta en marcha y/o implantación.

³¹ En los CSS se organizarán las sesiones formativas desde la Dirección del Centro.

17. IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO

Tanto el coordinador/responsable de la Unidad, como la supervisión de enfermería de la misma, son los responsables³² de la puesta en marcha, implementación y aplicación del protocolo. Además velarán porque el resto de profesionales de la Unidad, conozcan el protocolo y tengan formación actualizada en contención mecánica.

El coordinador/responsable se encargará de la formación de todos los médicos que trabajan en la Unidad, así como de todos los que realizan guardias, incluidos los MIR de psiquiatría, si los hubiera.

El supervisor se encargará de la formación necesaria dirigida a enfermería, auxiliares de enfermería y celadores y EIR de salud mental, si los hubiera, así como de que se cumpla el protocolo en cada caso que se active (véase punto 14).

Se establecerá entre ambos, u si es necesario con todo el personal de la Unidad, reuniones periódicas de coordinación y seguimiento.

³² En los CSS donde no haya figura de coordinador y/o supervisión de Unidad, se organizarán las sesiones formativas desde la Dirección del Centro.

18. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Protocolo de contención mecánica. Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. Servicio Extremeño de Salud. Octubre 2007.
- Protocolo de contención mecánica. Unidad de Hospitalización Breve del Hospital de Llerena. Servicio Extremeño de Salud. 2008
- Protocolo de contención mecánica. Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia. Servicio Extremeño de Salud. 2011
- Protocolo de contención mecánica. Unidad de Hospitalización Breve del Hospital de Mérida. Servicio Extremeño de Salud. 2011
- Protocolo de contención mecánica. Centro Sociosanitario de Plasencia. Sepad. 2014
- Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes. Unidad de Calidad. Hospital Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata. 2014.
- Elvira Peña, L, Rodríguez Pérez, B. Cuaderno Técnico de Salud Mental. Seguridad del/de la paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios en Salud Mental. Subdirección Salud Mental y Programas Asistenciales. Servicio Extremeño de Salud. 2011.
- Elvira Peña, L. Cabrera Herrera, A. Cuaderno Técnico de Salud Mental. Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria.. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. SES. 2008.
- Elvira Peña, L. Cabrera Herrera, A. Cuaderno Técnico de Salud Mental. Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Media Estancia.. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. SES. 2007.
- Federación Mundial de la Salud Mental. Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental. Organización de Naciones Unidas, Auckland, 1989. <http://www.wfmh.org/PDF/DeclarationHR&MH.pdf>
- Alerta nº5: Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización del/de la paciente. Centro de Investigación para la seguridad clínica de los/las pacientes. Fundación Avedis Donavedian.
- Protocolo de contención de pacientes. Hospital universitario príncipe de Asturias. [Consultado 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.fundacionmanantial.org>

- Protocolo operativo contención mecánica. Hospital universitario central de Asturias. [Consultado 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.hca.es>
- Seguridad del/de la paciente: Protocolo de contención mecánica e inmovilización del/de la paciente. Hospital Universitario San Cecilio. Servicio Andaluz de Salud. Granada. 2007
- Protocolo de contención mecánica y terapéutica. Hospital Verge dels Liris. Agencia Valenciana de Salud. 2010.
- Procedimiento de Enfermería sobre Contención Mecánica (CM) o Sujeción Terapéutica. U.G.C. Medicina Interna. [Consultado 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es>
- Serie de nuevas estrategias en salud mental: Protocolo de contención mecánica. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública.2010. [Consultado 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es>
- Protocolo asistencial, contención mecánica. Hospital General Ciudad Real. 2010. [Consultado 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.hgucl.es>
- Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. Protocolo consensuado. Revisión 2012. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. SESCAM. 2012. [Consultado 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.chospab.es>
- Protocolo de sujeción mecánica y su control. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Servicio Andaluz de Salud. 2012.
- Protocolo sobre el uso de contención mecánica en el tratamiento de pacientes agitados en el ámbito hospitalario de la RSMB. Osakidetza. 2015.
- Protocolo de inmovilización: indicación y cuidados. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Servicio Madrileño de Salud. 2015.
- Ramos Brieva, J.A. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento. Barcelona: Ed. Masson; 1999.
- Carlos Fuertes Iglesias. Derecho y Salud Mental. Arán Ediciones S.L.

19. PROFESIONALES PARTICIPANTES

Coordinación Técnica

- **Beatriz Rodríguez Pérez.** Enfermera. Referente de Seguridad del Paciente en Salud Mental. Subdirección Salud Mental y Programas Asistenciales. SES

Participantes en la revisión, actualización y redacción del protocolo:

- **Francisco Javier Jérez Barroso.** Psiquiatra. Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría. Hospital Nuestra Señora de la Montaña. Cáceres.
- **Belén Bermejo Serradilla.** Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría. Unidad de Calidad. Hospital Nuestra Señora de la Montaña. Cáceres
- **Beatriz Rodríguez Pérez.** Enfermera. Referente de Seguridad del Paciente en Salud Mental. Subdirección Salud Mental y Programas Asistenciales. SES
- **M^a del Carmen López González.** Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría. Hospital Nuestra Señora de la Montaña. Cáceres.
- **Pilar Acedo Gallego.** Celadora. Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría. Hospital Nuestra Señora de la Montaña. Cáceres.
- **Elena Leonés Gil.** Médico Interno Residente de Psiquiatría. Área de Cáceres.
- **Julia García White.** Psiquiatra. Coordinadora Salud Mental de Área de Cáceres.
- **Juan José Molina Castillo.** Psiquiatra. Coordinador de la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría de Cáceres.
- **M^a Asunción Rebollo Ambrosio.** Enfermera. Supervisora de la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría de Cáceres.
- **Beatriz Martín Morgado.** Psiquiatra. Subdirectora de Salud Mental y Programas Asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria. SES
- **Ignacio Torres Solís.** Psiquiatra. Responsable de Salud Mental. Subdirección Salud Mental y Programas Asistenciales. SES
- **M^a Isabel López Rodríguez.** Psiquiatra. Subdirección Salud Mental y Programas Asistenciales. SES
- **M^a Paz Casado Rabasot,** Psicóloga Clínica. Subdirección Salud Mental y Programas Asistenciales. SES
- **Antonio Barrera Martín-Meras.** Coordinador de Calidad y Seguridad del Paciente del Área de Cáceres.
- **Nazaret García Sanguino,** Coordinadora Regional de Seguridad del Paciente.

Participantes en la revisión externa del protocolo para su adaptación a todas las Unidades de Hospitalización de la RSMEx:

- Demás profesionales de la Unidad de Hospitalización Breve de Hospital Nuestra Señora de la Montaña de Cáceres y del Equipo de Salud Mental de Cáceres.
- Profesionales de la Unidad de Hospitalización Breve de Hospital de Llerena.
- Profesionales de la Unidad de Hospitalización Breve de Hospital Virgen del Puerto de Plasencia.
- Profesionales de la Unidad de Hospitalización Breve de Hospital Infanta Cristina de Badajoz.
- Profesionales de la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital de Mérida.
- Profesionales de las Unidades de Hospitalización del Centro Sociosanitario de Plasencia.
- Profesionales del *Grupo de Trabajo de Contención Mecánicas* y de la *Unidad Funcional de Seguridad del Paciente* del Centro Sociosanitario de Mérida.
- Coordinadores de Calidad y Seguridad del Paciente de las Áreas de Salud.

Trabajo previo a este documento:

En el año 2013, en el Centro Sociosanitario de Plasencia, en el contexto de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Salud Mental, se realizó una actualización de las hojas de registro del protocolo vigente en ese momento, en el que se incluyeron muchas de las modificaciones que aparecen en este documento.

En este Centro, se aprovechó el proceso de implantación del Sistema de Información Sanitaria Atlas, y se digitalizaron dichas hojas de registro, suponiendo un paso más en la implantación del protocolo.

El documento actual sirve de actualización del protocolo asociado a dichas hojas de registro.

En este trabajo de elaboración, implantación y revisión participaron muchos profesionales del equipo sanitario multidisciplinar del Centro, incluido el Coordinador Informático.

19. CLÁUSULA DE GÉNERO

En aquellos casos en que en el texto de este documento se utilicen sustantivos de género gramatical masculino para referirse a colectivos mixtos, debe entenderse que se emplean para designar de forma genérica a individuos de ambos sexo, sin que dicho uso comporte intención discriminatoria alguna. Esta opción lingüística tiene como única finalidad facilitar la lectura del documento y lograr una mayor economía en la expresión.

20. VIGENCIA Y REVISIÓN

Este protocolo se revisará de forma detallada bienalmente y siempre que sea preciso

21. ANEXOS

1. Hoja de indicación de la contención mecánica
2. Hoja de verificación de los criterios de seguridad del paciente con contención mecánica
3. Hoja de reunión de verificación de la actuación de los profesionales y el cuidado de las segundas víctimas.
4. Seguimiento de enfermería y auxiliares de enfermería durante la contención mecánica
5. Hoja de prórroga, modificación y cese
6. Formulario de consentimiento del paciente
7. Formulario de consentimiento del familiar/tutor
8. Modelo de comunicación al juzgado de primera instancia