



SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

Cuaderno Técnico de Salud Mental

MANUAL  
DE ORGANIZACIÓN Y  
FUNCIONAMIENTO DE LA  
**UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA**  
[ UME ]

SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

SERVICIO EXTREMEÑO

SALUD MENTAL

JUNTA DE EXTREMADURA

MANUAL  
DE ORGANIZACIÓN Y  
FUNCIONAMIENTO DE LA  
**UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA**

[ **UME** ]



JUNTA DE EXTREMADURA  
Consejería de Sanidad y Dependencia  
SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

**Revisión, redacción y coordinación general**

Leopoldo Elvira Peña

*Psiquiatra. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios del  
Servicio Extremeño de Salud.*

Asunción Cabrera Herrera

*Psicólogo Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios del  
Servicio Extremeño de Salud.*

**Dep. Legal:** BA-701-2007

**Imprime:** Imprenta Moreno - Montijo

María Victoria Clemente  
Angélica Domínguez  
María Jesús García  
Alfredo García Vinuesa  
María Victoria Gómez  
Juan Pedro Manzano  
José Antonio Muñoz  
Asunción Cabrera  
Leopoldo Elvira

**Servicio Extremeño de  
Salud**

Manual  
de Organización y  
Funcionamiento de la  
**Unidad de Media Estancia**

[ **UME** ]

**SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD**  
**DIRECCION GENERAL DE ATENCION SOCIO SANITARIA Y SALUD**  
**SUBDIRECCION DE SALUD MENTAL Y RECURSOS SOCIO SANITARIOS**

2007



# Índice

---

<b>1. DEFINICIÓN.....</b>	<b>9</b>
1.1. Definición del dispositivo, características generales y marco normativo .....	9
1.2. Población objeto de atención e indicaciones de ingreso.....	10
1.3. Derivación, vías de acceso .....	11
<b>2. FUNCIONES Y OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
2.1. Objetivos generales .....	15
2.2. Funciones asistenciales.....	16
2.3. Funciones rehabilitadoras.....	16
2.4. Funciones docentes y de investigación .....	17
2.5. Funciones de coordinación y gestión clínica.....	18
<b>3. RECURSOS .....</b>	<b>23</b>
3.1. Recursos materiales y arquitectónicos.....	23
3.2. Recursos humanos .....	30
3.3. Recursos organizativos y de coordinación .....	32
<b>4. PROCEDIMIENTOS Y PLAN INTEGRADO DE ATENCIÓN .....</b>	<b>37</b>
4.1. Procedimientos básicos e Historia Clínica .....	37
4.2. Admisión y acogida .....	39
4.3. Hospitalización.....	41
4.4. Alta.....	45
<b>5. GESTIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD DE PACIENTES.....</b>	<b>49</b>
5.1 El concepto de <i>seguridad de pacientes</i> .....	49
5.2 Seguridad estructural .....	52
5.3 Seguridad de procedimientos .....	53
5.4 Protocolos y procedimientos relacionados con la seguridad de pacientes.....	54

<b>6. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL .....</b>	<b>63</b>
6.1 Funciones de psiquiatría .....	63
6.2 Funciones de psicología clínica.....	66
6.3. Funciones de enfermería .....	69
6.4. Funciones de auxiliar de enfermería .....	72
6.5 Funciones de trabajo social.....	74
6.6. Funciones de terapia ocupacional.....	76
6.7. Funciones del monitor ocupacional.....	78
6.8. Funciones de responsables de la UME.....	78
6.9. Funciones de Supervisor de Enfermería .....	79
<b>7. EVALUACIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL .....</b>	<b>85</b>
7.1. Elementos claves en la evaluación de la calidad asistencial.....	86
7.2. Indicadores asistenciales .....	86
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>93</b>
8.1. Protocolo de contención mecánica .....	95
8.2. Protocolo de prevención del suicidio.....	109
8.3. Modelo de Alta Hospitalaria .....	115
8.4. Informe de derivación .....	117
<b>9. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>121</b>
<b>10. PARTICIPANTES.....</b>	<b>123</b>

# 1. Definición





# 1. Definición

---

## 1. Definición

### 1.1. Definición del dispositivo, características generales y marco normativo

- ▶ En consonancia con el DECRETO 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura, las **Unidades de Media Estancia** [UME] son dispositivos hospitalarios diseñados para dar atención a pacientes cuya situación psicopatológica persiste después del tratamiento habitual implantado en los Equipos de Salud Mental y las Unidades de Hospitalización Breve [UHB] y para proporcionar terapéuticas rehabilitadoras de las funciones que se hayan podido ver afectadas.

Son dispositivos específicos y especializados, que comparten características de las UHB y las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria [URH]. Sus características físicas son semejantes a las de las Unidades de Hospitalización Breve, sin embargo, no son una mera extensión de las UHB, sino el dispositivo de elección cuando se precise un abordaje intensivo clínico y rehabilitador.

- ▶ Son unidades *cerradas*, desde un punto de vista estructural, pero se consideran *semiabiertas* desde un punto de vista funcional, adaptándose así a las necesidades de cada paciente.
- ▶ El tiempo medio de estancia se sitúa en torno a 3 – 6 meses.
- ▶ La finalidad de la UME es:
  - Tratar resistencias psicopatológicas, intensificando y completando acciones terapéuticas ya iniciadas en otros dispositivos asistenciales.
  - Evitar la cronificación y el riesgo de institucionalización.
  - Promover la adquisición de habilidades que mejoren la autonomía del paciente.
- ▶ Los dispositivos de estas características reciben en otras comunidades autónomas distintos nombres, compartiendo elementos funcionales, población

diana y objetivos terapéuticos comunes: Unidad Rehabilitadora de Media Estancia, Unidad de Estancia Intermedia, Unidad de Subagudos, Unidad de Cuidados Especiales, Unidad de Psicosis Refractarias, Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación...<sup>1</sup>

1. Definición

## 1.2. Población objeto de atención e indicaciones de ingreso

### Perfil de pacientes con Trastornos Mentales Graves atendidos en UME

1. Pacientes que padecen un trastorno mental grave [TMG] cuya sintomatología psiquiátrica activa no remite en el tiempo medio de internamiento en la Unidad de Hospitalización Breve, existiendo expectativas razonables de que puedan beneficiarse de los tratamientos específicos de las UME.
  - Pacientes con TMG que han requerido en el último año tres o más ingresos en las UHB y/o 75 días de estancia total.
  - Ingreso actual que supera los 60 días de estancia y se prevé mejoría tras ingreso más prolongado en la UME.
  - Pacientes con antecedentes de múltiples ingresos prolongados, por lo que se prevé que la duración del ingreso actual superará la estancia media de la UHB.
  - Pacientes que requieran tratamientos complejos por un tiempo prolongado.
2. Pacientes que presentan sintomatología severa y persistente e importante disfunción social o familiar que dificulta el tratamiento ambulatorio y que requieren una intervención terapéutica intensiva complementada con programas de rehabilitación.
3. Pacientes que presentan frecuentes recaídas y/o riesgo de sufrirlas por falta de conciencia de la enfermedad, falta de adherencia al tratamiento, consumo de tóxicos asociado a un TMG, disfunción de la dinámica familiar u otros factores clínicos y en los que las intervenciones ambulatorias han mostrado ser insuficientes.

### Criterios de exclusión:

- ▶ Pacientes con TMG, estables clínicamente, que requieren intervenciones complementarias de carácter exclusivamente rehabilitador.

<sup>1</sup> *El observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España.* Revista de la AEN. Enero / marzo, 2005.

- ▶ Pacientes con graves alteraciones de conducta que supongan un riesgo severo para sí mismo o para terceros.
- ▶ Pacientes con TMG cuya problemática principal es de índole social (falta de soporte social y familiar)
- ▶ Pacientes cuyo diagnóstico principal sea :
  - trastorno de la conducta alimentaria
  - trastorno por consumo de sustancias
  - demencia u otras enfermedades neurológicas
  - retraso mental moderado o grave
- ▶ Pacientes menores de 18 años.
- ▶ Pacientes que presenten conductas antisociales como problema principal.

## 1. Definición

**1.3. Derivación, vías de acceso**

- ▶ **A la UME se accederá a través de:**
  - Unidad de Hospitalización Breve.
 

Propuesta de derivación de aquellos pacientes que, una vez tratados y/o evaluados en UHB, se estima que podrían beneficiarse de una hospitalización más prolongada, para dar continuidad y complementariedad al tratamiento psicofarmacológico, psicoterapéutico y/o para la aplicación de terapias complementarias de carácter rehabilitador.
  - Comisión de Salud Mental del Área.
 

Aquellos casos detectados por otros dispositivos de la red de Salud Mental, en los que se valore la necesidad de derivación a UME, se plantearán a través de las Comisión de Salud Mental del Área de origen y se remitirán a la UME para evaluación por la comisión clínica.
- ▶ La derivación a UME se realizará a través de **informe estandarizado de derivación** (ver Anexo) cumplimentado por el profesional responsable del caso.
- ▶ El informe de derivación será valorado por la **comisión clínica** de la UME, que decidirá la idoneidad del caso y el beneficio que puede obtener el paciente del ingreso en la UME. Si se acepta el ingreso del paciente el equipo de la UME comunicará a la entidad derivadora la resolución adoptada, así como la fecha de ingreso, que se concretará en función de la disponibilidad de camas y la

prioridad del mismo. En caso de no aceptarse el ingreso, la UME comunicará de forma razonada los motivos de esa decisión a la entidad derivadora.

- ▶ La UME ofrece una **cobertura de ámbito provincial**, esto implica que, para facilitar la accesibilidad de los pacientes:
  - La UME de Plasencia será la de referencia para las Áreas de Plasencia, Cáceres, Coria y Navalmoral de la Mata. La UME de Mérida será la de referencia para las Áreas de Mérida, Badajoz, Zafra Llerena y Don Benito Villanueva.
  - Los pacientes que, durante su estancia en UME, requieran de tratamiento en Unidad de Hospitalización Breve, ingresarán en la UHB del área de salud donde se ubique la UME.
  - Los pacientes de recursos residenciales comunitarios accederán a la UME de referencia del área donde se ubiquen estos recursos (siempre que se no se considere que el paciente es alta del recurso residencial).

# 2. Funciones y Objetivos



# 2. Funciones y Objetivos

## 2. Funciones y objetivos

### 2.1. Objetivos generales

- ▶ La hospitalización en la UME permitirá un abordaje más prolongado, asistencial y rehabilitador, en un entorno hospitalario estructurado.
- ▶ Las UME son dispositivos que facilitan la reevaluación diagnóstica y validación terapéutica, al disponer de períodos de hospitalización más amplios.
- ▶ Las UME definen:
  - Programas de tratamiento individualizados, centrados en el estado psicopatológico del paciente.
  - Intervenciones específicas de rehabilitación, centradas en las discapacidades del paciente, previa realización de un plan individualizado de rehabilitación, en coordinación con otros servicios rehabilitadores en los que haya seguido o mantenga tratamiento el paciente.
- ▶ Los **objetivos generales** se podrían concretar en:
  - Evitar cronificación y tratar resistencias psicopatológicas: intensificar y completar acciones terapéuticas, ya iniciadas en otras unidades, en aquellos pacientes que precisan tratamiento de mayor duración, mediante el desarrollo de subprogramas terapéuticos para TMG, que no respondan a las terapias habituales proporcionadas en otras estructuras y en los que sea indispensable su hospitalización.
  - Desarrollo de planes individualizados de tratamiento y rehabilitación encaminados a adquirir, potenciar o evitar que se deterioren las habilidades específicas que le ayuden al manejo de su enfermedad y el funcionamiento en su medio social.
  - Rehabilitación y reinserción en la comunidad de pacientes que, por padecer TMG, tienen un grave riesgo de institucionalización y deterioro en su funcionamiento psicosocial.



2. Funciones y objetivos

**2.2. Funciones Asistenciales**

- ▶ Las funciones y objetivos asistenciales de las UME son:
  - Atención integral a los enfermos con trastornos mentales graves hospitalizados en el dispositivo, según los criterios de ingreso y derivación definidos.
  - Reevaluación y diagnóstico pluridimensional.
  - Tratamiento intensivo de la sintomatología psiquiátrica mediante planes terapéuticos individualizados y el diseño de protocolos específicos destinados a TMG refractarios.
  - Atención a los problemas de salud general concurrentes.
  - Intervenciones individuales y familiares psicoeducativas que mejoren la implicación en el proceso y la cumplimentación de las medidas terapéuticas.

2. Funciones y objetivos

**2.3. Funciones Rehabilitadoras**

- ▶ Las intervenciones de tipo rehabilitador desarrolladas en UME abarcan las distintas áreas que configuran el tratamiento integral de los usuarios. Sin embargo, considerando la situación clínica de los pacientes y el tiempo de estancia en la Unidad, la actividad rehabilitadora en UME no puede igualarse a las intervenciones desarrolladas en los dispositivos ambulatorios específicos de rehabilitación psicosocial ni a las URH, en los que se plantean intervenciones rehabilitadoras extensas en el tiempo y enfocadas hacia el entrenamiento sistemático de habilidades instrumentales.
- ▶ En el contexto de UME, más que plantear el desarrollo exhaustivo de programas de rehabilitación, hablamos de áreas de intervención y objetivos de rehabilitación que se ajustan a cada caso, según necesidades observadas tras evaluación individualizada.
- ▶ Las intervenciones de tipo rehabilitador desarrolladas en las UME incluyen:
  - **Evaluación** de la discapacidad asociada al trastorno mental
  - **Planificación individualizada del tratamiento**
  - **Intervenciones con fines rehabilitadores estructuradas y ajustadas a objetivos:**
    - **Intervenciones individuales y grupales** para la adquisición y/o mejora de competencias relacionadas con:

- Autocuidado
- Conocimiento y manejo de la enfermedad
- Funciones cognitivas
- Habilidades sociales relacionales e instrumentales
- Entrenamiento en solución de problemas y manejo de estrés
- Habilidades para la participación y desenvolvimiento en la comunidad
- **Intervenciones con familias:**
  - Soporte y apoyo a la familia.
  - Asesoramiento, formación/información con fines psicoeducativos para el adecuado afrontamiento de la enfermedad.
- ▶ **Organización del medio como contexto terapéutico.** El contexto clínico de UME -estructurado, con intervenciones planificadas y criterios comunes de actuación compartidos por todos los miembros del equipo- le confiere un gran potencial terapéutico.
- ▶ **Promover el conocimiento de la rehabilitación psicosocial,** como intervención complementaria al tratamiento de los síntomas.

- ▶ **Formación de postgrado:** La UME es un elemento esencial en la formación de los médicos internos residentes de psiquiatría, psicólogos internos residentes y enfermeros internos residentes. Puede colaborar en la formación de otros especialistas y en tareas de aprendizaje de pregrado.
- ▶ **Formación continuada:** la organización de la unidad debe tener en cuenta la necesidad de formación continuada de sus profesionales, en coordinación con la dirección del hospital y los servicios centrales del SES.
- ▶ **Investigación:** La UME debe colaborar en el desarrollo de estudios epidemiológicos psiquiátricos, además de dirigir o cooperar en líneas de investigación clínica.

### **Actividades de gestión administrativa.**

- ▶ Funciones administrativas generales.
- ▶ Labores clínico administrativas propias de cada uno de los miembros del equipo asistencial y en función de la legislación vigente.
- ▶ Cooperación en la confección y actualización de consentimientos informados, protocolización de actividades y programas específicos.
- ▶ Tareas organizativas, gestión del equipo y del medio terapéutico.
- ▶ Participación en contratos de gestión y evaluación de calidad asistencial.
- ▶ Asistencia a las reuniones programadas.
- ▶ Participación institucional.

### **Coordinación con dispositivos de salud mental y servicios de atención sociosanitaria para la gestión de casos.**

Para asegurar la continuidad asistencial y la atención individualizada de los casos, la UME, al ingreso, en el curso del tratamiento y al alta del paciente, deberá coordinarse con los diferentes niveles de atención y dispositivos de salud mental implicados en su tratamiento:

- ▶ Coordinación con el profesional de referencia en el Equipo de Salud Mental [ESM], para una adecuada gestión del caso –información de derivación, ingreso, tratamiento y alta en UME-.
- ▶ Coordinación con la entidad derivadora, para, si se estima necesario:
  - solicitar Informes complementarios
  - recabar información sobre los tratamientos, evolución y respuestas a los mismos
- ▶ Coordinación con los dispositivos de tipo residencial y/o rehabilitador en los que mantenga o haya seguido tratamiento el paciente, para desarrollar actuaciones coordinadas.
- ▶ Participación en la Comisión de Salud Mental de Área y Subcomisiones de Gestión de casos del área.
- ▶ Colaboración y coordinación con el sistema judicial, en el caso de pacientes ingresados por orden judicial.

- ▶ Además, la UME deberá establecer una adecuada coordinación interna de todos los miembros del equipo para asegurar un tratamiento integral y multidisciplinar.

### **Coordinación al Alta en UME:**

- ▶ Se establecerá contacto y/o derivación a:
  - ESM de referencia –si el paciente regresa a su entorno natural-
  - Derivación a URH del área de salud de origen –si persisten necesidades de rehabilitación de ámbito hospitalario-
  - Derivación a dispositivos residenciales comunitarios de la red de Salud Mental –si el paciente carece de soporte social y familiar adecuado- .
  - Coordinación con los servicios de trabajo social de la comunidad.
- ▶ Se informará a la entidad receptora de los objetivos clínicos y rehabilitadores alcanzados y aquellos que se reservan para otras estructuras.
- ▶ Cualquiera de las decisiones adoptadas siempre deberá ser comunicada al profesional de referencia del ESM, para asegurar una adecuada gestión del caso.



# 3. Recursos



# 3. Recursos

---

## Elementos estructurales y de seguridad

- ▶ Las especificaciones materiales y arquitectónicas de las UME son similares a las que se tienen en cuenta en el diseño funcional de las UHB, pero con la consideración de que los pacientes tendrán estancias más prolongadas y las tareas rehabilitadoras adquirirán mayor relevancia.
- ▶ La UME será un centro sanitario sin barreras arquitectónicas, de estructura horizontal.
- ▶ Estructuralmente debe ser una unidad *cerrada* para permitir funciones de contención. Por tanto existirá:
  - Un sistema efectivo de control de las salidas y entradas a la unidad
  - Inaccesibilidad al exterior a través de puertas o ventanas
  - Elementos de seguridad activa y pasiva
- ▶ Funcionalmente será una unidad *semiabierta*: los pacientes, bajo prescripción facultativa, podrán salir de la UME para realizar programas de rehabilitación fuera de ella, salidas al domicilio, pases de evaluación de adaptación al medio, etc.
- ▶ Son unidades donde ingresan hombres y mujeres mayores de 18 años. Las habitaciones no serán mixtas, aunque los enfermos compartirán los espacios comunes de la UME. Su disposición respetará en todo momento la intimidad de los pacientes.
- ▶ La UME debe ser un lugar coadyuvante del tratamiento y seguro para pacientes y profesionales. Coadyuvante del tratamiento implica capacidad de contención, privacidad, descanso, estímulo y distracción. Seguro por cuanto minimizará el riesgo de autolesiones o de heteroagresividad. Entorno terapéutico y seguro han de ser conceptos compatibles y mutuamente necesarios. Potenciar la seguridad no debe dar como resultado un ambiente menos confortable.



- ▶ Las condiciones arquitectónicas de la UME deberían reducir el aspecto institucional de sus dependencias.
- ▶ El diseño de la UME evitará que el enfermo psiquiátrico se vea confinado en un espacio cerrado y escaso, sin zonas de esparcimiento o paseo, o sin un lugar para el desarrollo de terapias ocupacionales y rehabilitadoras. La habitación debería tener como función básica ser dormitorio durante el sueño nocturno, y el paciente dispondrá de espacio vital suficiente para desarrollar el resto de actividades diurnas.
- ▶ La UME contará con las medidas de seguridad pasivas necesarias y suficientes para garantizar el bienestar y seguridad de los pacientes.
- ▶ Se atenderá especialmente a las condiciones relativas a la prevención y extinción de incendios (extintores, mangueras, alarmas, salidas de emergencia). Existirán rótulos que indiquen claramente la prohibición de fumar en todos los espacios excepto en aquellos habilitados específicamente para tal fin. Los colchones deben ser ignífugos y antihumo. Los extintores no deben ser accesibles de forma no controlada a los pacientes.
- ▶ Se controlarán todos aquellos objetos potencialmente peligrosos (cubiertos de mesa, mecheros, artículos de aseo personal...), y se instalarán medidas de seguridad como detectores de humos, mangueras, extintores, salidas de emergencia, alarmas, etc. Es importante aunar medidas destinadas a la contención y prevención de fugas con aquellas que permitan la evacuación inmediata de la unidad en caso necesario.
- ▶ Las UME dispondrán de medidas de contención específicas, utilizadas según protocolo asistencial, que serán revisadas periódicamente.
- ▶ En la disposición de la UME se debe evitar un exceso de pasillos que dificulten la observación, así como los puntos ciegos o de difícil vigilancia. Los pasillos serán de suficiente amplitud como para permitir el cruce simultáneo de tres personas. Las puertas de paso a los espacios comunes han de ser amplias. Existirá el máximo posible de vías de observación directa, sin esquinas u obstáculos que dificulten la línea de visión. Todas las puertas, excepto la de los cuartos de baño, deben proveerse de un panel de observación u ojo de pez.
- ▶ El diseño tendrá en cuenta la evaluación de riesgos potenciales (iluminación, cañerías, cables...).
- ▶ Las habitaciones pueden disponer de tomas de oxígeno y aire (evitando que puedan constituir puntos que faciliten las autolesiones) o bien de sistemas portátiles.

- ▶ Los cuartos de baño tendrán en cuenta potenciales riesgos para la seguridad de los pacientes. Contarán con lavabo, WC y ducha. Los apliques y salidas de ducha no deben suponer elementos de riesgo para el paciente o terceros. Se dispondrá de espejos de seguridad, irrompibles y fijos a la pared. El material de los sanitarios debe ser irrompible, con ausencia de superficies cortantes, encastrados en la pared, que minimice la existencia de lugares donde puedan esconderse objetos. La unidad dispondrá de un aseo colectivo asistido para pacientes, con bañera y ducha de seguridad.
- ▶ Se potenciará la entrada de luz natural a las habitaciones y los pasillos. Los puntos de luz artificial no deben ser accesibles, o de serlo se maximizará su seguridad (evitar tubos fluorescentes o focos que puedan romperse).
- ▶ Los materiales de la unidad deben ser seguros, lavables, no inflamables (pintura y estucados, colchones, etc). Las habitaciones deben disponer de luz natural y buena ventilación. Evitar estímulos o imágenes ambiguos que puedan producir ilusiones sensoriales capaces de crear disforia y confusión. El estucado de la pared debe ser liso para evitar daños y erosiones.
- ▶ La entrada principal contará con una puerta de seguridad, llamador con interfono, (recomendables abertura con tarjeta y videoportero) conectado al control de enfermería.
- ▶ El diseño de la UME debe facilitar la máxima luz natural posible, disponiendo las habitaciones de ventanas amplias. Se recomiendan cristales de seguridad, vidrios laminados o similares. Los marcos deben ser seguros y no desmontables. No se recomiendan soportes de cortinas y las persianas o contraventanas deben ser seguras y sólo podrán ser manejadas por el personal de la UME. Las ventanas tendrán una apertura restringida u otros mecanismos de seguridad equivalentes (puede optarse por montar barrotes verticales discretos). Evitarán cualquier zona de fijación que pudiese utilizarse con fines suicidas por ahorcamiento.
- ▶ Todas las puertas deben ser de construcción sólida. Los marcos deben ser seguros y no desmontables. Se recomiendan puertas correderas en las entradas a las habitaciones (o de apertura hacia el exterior, evitando que dificulten el paso por los pasillos), con cerradura y ojo de pez. Dobles puertas serán instaladas en habitaciones donde puedan concentrarse varios pacientes como la sala de estar, comedor, zonas de actividades, etc. Los cuartos de baño, en caso de disponer de cerradura, podrán cerrarse únicamente por fuera, con sistemas controlados por el personal de la unidad. La mayor parte del resto de las puertas contarán

con cierres controlados por el personal de la unidad. Los patinillos deben contar con cierres seguros.

### Elementos arquitectónicos generales:

- ▶ **Ubicación:** Debe localizarse preferentemente en la planta baja a fin de facilitar el acceso a zonas ajardinadas o de esparcimiento. La zona ajardinada será un espacio cerrado, supervisado y seguro. Se tendrá en cuenta la seguridad de los elementos ornamentales y de jardinería.
- ▶ **Nº camas:** El número total de camas oscilará entre **20-30**, en función de la población asistida y las dimensiones de la UME. No existe un estándar bien definido del número de camas recomendadas por 100.000 habitantes. (*Observatorio de la AEN, 2005 -* ).
- ▶ **Habitaciones:** Son aconsejables las habitaciones de 2 camas (las individuales implican menos supervisión; en las de 3 son más frecuentes los conflictos entre los pacientes). Cada habitación debe contar con un cuarto de baño con WC, lavabo y ducha donde se extremarán las medidas de seguridad. En las habitaciones más cercanas al control de enfermería se ubicarán a aquellos pacientes que requieran una supervisión más estrecha.
- ▶ **Habitaciones de cuidados especiales:** La UME dispondrá de habitaciones individuales próximas al control de enfermería con medidas especiales de contención, supervisión y vigilancia. Se recomiendan dos habitaciones individuales de estas características. Las habitaciones de cuidados especiales pueden contar con circuito cerrado de TV monitorizado desde el control de enfermería. La cama tendrá anclajes reversibles, la puerta de acceso será doble, y el mobiliario del baño estará dotado de las máximas medidas de seguridad. Puede plantearse la necesidad de ubicar junto al control de enfermería una habitación de 2 camas destinada a pacientes con necesidad de cuidados somáticos especiales con dotación de material clínico específico.
- ▶ **Control de enfermería:** su ubicación deberá permitir un máximo de visibilidad y la observación directa del paciente cuando se encuentre en espacios comunes.
- ▶ **Sala de espera** que garantice el máximo confort y confidencialidad posibles.
- ▶ **Aseo común:** además de los baños de las habitaciones, la UME puede disponer de un aseo asistido para aquellos pacientes que requieran supervisión o ayuda individual.

- ▶ **Espacio común multifuncional:** Comedor, sala de lectura y TV, juegos, visitas, actividades ocupacionales. Pueden ubicarse en dos espacios diferenciados.
- ▶ **Espacio para actividades terapéuticas y rehabilitadoras** familiares o grupales.
- ▶ **Sala de reuniones:** Puede ser utilizado para sesiones docentes, reuniones del equipo, biblioteca, etc.
- ▶ **Despachos y consultas:** los suficientes para ubicar a los distintos miembros del equipo terapéutico, en los que se desarrollarán las tareas asistenciales. Dotados de cableado completo y equipamiento informático.
- ▶ **Área administrativa:** zona de almacén de documentos necesarios para la asistencia y ubicación de personal administrativo. Espacio donde se ubique el personal administrativo, dotado de ordenador, archivos, impresos, teléfono fax, etc. En algunos casos podría compartirse con otras dependencias del hospital.
- ▶ **Otros espacios:** farmacia, sala de curas, aseos y vestuario del personal, lencería, office, almacén de limpieza, taquillas de los pacientes, zonas habilitadas para fumar en función de la normativa vigente.

### **Equipamiento e instrumentos:**

- ▶ **Sistemas generales de seguridad:** detección de humo y llamas, extintores, salidas de agua, sistemas de alarma en despachos y otros puntos estratégicos; sistemas de control de entrada y salida de la Unidad; puertas con apertura hacia el exterior de 180°; sistemas de control y custodia de sustancias u objetos potencialmente peligrosas.
- ▶ **Mobiliario:** elementos básicos funcionales y seguros para poder llevar a cabo las funciones propias del dispositivo.
- ▶ **Administrativo:** ver más adelante información detallada de material administrativo.
- ▶ **General no sanitario:** Ropa para pacientes (cama y vestir según normas), elementos de limpieza, elementos para aseo, vajillas de un único uso. Aparato de TV, música, juegos de mesa, libros, material recreativo y para terapia ocupacional, etc.
- ▶ **Básico Sanitario:** elementos comunes a cualquier planta de un hospital general (esfingomanómetros, fonendoscopios, termómetros, material curativo y enfermería, báscula, nevera para conservar determinados fármacos y extracciones, equipo básico de resucitación cardio respiratoria, aspirador de secreciones, etc).
- ▶ **Fármacos:** generales y específicos (psicofármacos); soluciones para sueroterapia.
- ▶ **Sanitario específico:** Tests diagnósticos. Escalas e instrumentos de evaluación psicopatológica y conductual. Material para sujeción mecánica.

## Material organizativo y administrativo:

- ▶ Manuales de organización
  - Manual de organización y funcionamiento de la UME
  - Organigrama funcional
  - Reglamento del Hospital o Centro donde se ubique la UME
- ▶ Material administrativo.
  - Carpetas individualizadas de las historias clínicas de los pacientes ingresados en la unidad: las carpetas de las historias clínicas contendrán información relativa al ingreso del paciente, en un orden y disposición protocolizados. Integrará la historia psiquiátrica, psicológica, rehabilitadora, social y de enfermería. La historia clínica estará adecuadamente custodiada en la UME.
  - Hoja de tratamiento: en hojas de monodosis o sistemas que mejoren la legibilidad de las prescripciones. Además de la hoja de prescripción de medicación, figurará en la historia clínica un registro del plan terapéutico donde quedarán recogidas todas las intervenciones: régimen de visitas y llamadas, permisos de salida, terapias a las que asiste, medidas de contención, medidas especiales de aseo, alimentación, vigilancia, etc.
  - Informe de alta. Congruente con el CMBD hospitalario del SES (ver anexo).
  - Informe de derivación a la UME (ver anexo).
  - Informes de solicitud de derivación a otros dispositivos (en consonancia con protocolos de derivación y gestión compartida de casos).
  - Registro de ingresos y altas.
  - Hoja estadística de ingresos y altas.
  - Documentos de enfermería (historia clínica, hoja de tratamiento, registros y plan de cuidados) en las que se encuentren las órdenes terapéuticas, protocolos activados, solicitud de pruebas complementarias, dieta, registro de constantes y de actividades terapéuticas realizadas, incidencias de enfermería, registro de hábitos del paciente, registro de visitas y salidas de la UME y cualquier otra información relativa a los cuidados de los pacientes. Se diseñará una hoja por paciente donde se transmita información sobre:
    - Horarios las actividades que debe realizar el paciente,
    - Régimen de visitas y llamadas,

- Permisos de salida,
- Programas a los que debe asistir y horarios
- Recomendaciones de manejo y medidas de contención
- Nivel de vigilancia
- Medidas especiales de aseo, alimentación,
- Cuidados básicos de enfermería
- Registros a cumplimentar
- Paneles informativos:
  - Carta de pacientes: donde se recogerán derechos y deberes, normas básicas de la UME, horario general de actividades, directorio, etc.
  - Registro de Actividades: situados en las zonas comunes de la unidad, se realizará un panel por actividad y se incluirán aquellos pacientes asignados.
- Libros o carpetas de incidencias de auxiliares de clínica.
- Archivo de informes de alta (a ser posible informatizado).
- Hojas informativas para pacientes y familiares
- Archivo de protocolos y consentimientos informados.
- Registro de seguimiento de contención mecánica.
- Archivo de escalas e instrumentos de evaluación más utilizadas en la práctica clínica.
- Impresos de ingreso voluntario e involuntario, impreso de comunicación-solicitud judicial de ingreso involuntario y de alta, impresos de comunicación de evolución clínica al juzgado que autorizó el ingreso involuntario del enfermo.
- Impresos de alta voluntaria.
- Impresos de pase domiciliario, así como de las disposiciones relativas a las visitas, salidas y llamadas telefónicas que puede realizar el paciente.
- Manual de normas de seguridad y evacuación en caso de catástrofe.
- Impresos de petición de pruebas complementarias, hojas de interconsulta, etc.
- Hojas de reclamaciones (pueden estar disponibles en el servicio de atención al usuario) y sugerencias
- Encuesta de satisfacción de usuarios

- ▶ Protocolos, Controles de calidad y Evaluación técnica administrativo asistencial.
  - *Protocolo de acogida del paciente.* Se facilitará información por escrito del funcionamiento de la UME, derechos y deberes, horarios, directorio, psiquiatra responsable o profesional de contacto, etc.
  - *Protocolo de contención:* ver anexo.
  - *Protocolo de prevención del riesgo suicida:* ver anexo.
  - *Protocolos de consentimiento informado.*
  - *Protocolo de alta:* cumplimentación del Informe de Alta siguiendo los criterios de calidad y CMBD establecidos, así como otras disposiciones al alta (informe en mano, instrucciones de enfermería, recetas, cita en dispositivo de destino...).
  - *Protocolos de evaluación de la actividad asistencial.*
  - *Otros protocolos clínicos:* prevención de la abstinencia a alcohol u otras sustancias, depresión resistente... Podrían ser protocolizadas las intervenciones generales recogidas en el apartado de procedimientos asistenciales (evaluación, plan terapéutico individualizado, salidas y pases, etc..).
  - *Protocolo de coordinación con la Administración de Justicia para pacientes inimputables.*

3. Recursos

**3.2. Recursos humanos**

**Dotación del equipo multidisciplinar**

- ▶ La UME está conformada por un equipo multidisciplinar integrado por médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, así como trabajadores sociales, celadores, auxiliar administrativo, terapeutas y monitores ocupacionales. El número de profesionales que configuran la plantilla se determina según estándares.
- ▶ Sirva la propuesta de recursos humanos para una **UME de 20 camas**, recogida en el Plan de Salud Mental para la Comunidad de Extremadura de 1996, como un estándar de dotación básica:

UME	Psiquiat.	Psicol.	DUE	T ocup.	Monit.	Auxiliar	Celad.	Admin.	T Soc.
<b>24 c</b>	2	2	2-1-1	1	1-1-0(*)	2-2-1	1-1-1	1(*)	1(*)

(\*) Tiempo parcial o compartido con otros dispositivos

- ▶ Esta propuesta es válida para una **UME de 24 camas**. Para el caso de **UME de 30 camas**, aumentaría el número de psiquiatras a 3, siendo el resto del equipo el mismo pero con todos los trabajadores a tiempo completo.

UME	Psiquiat.	Psicol.	DUE	T ocup.	Monit.	Auxiliar	Celad.	Admin.	T Soc.
<b>30 c</b>	3	2	2-1-1	1	1-1-0	2-2-1	1-1-1	1	1

- ▶ Uno de los psiquiatras o psicólogos clínicos será el Responsable de la UME dentro del organigrama organizativo y uno de los enfermeros o enfermeras será Supervisor de enfermería.
- ▶ Se calculará el número de enfermeras, auxiliares de clínica y celadores para la cobertura de los turnos asignados.

TURNICIDAD	Psig	Psicol.	DUE	T ocup.	Monit.	Auxiliar	Celad.	Admin.	T Soc.
Mañana	2	2	2	1	1	2	1	1	1
Tarde	AC	0	1	0	1	2	1	0	0
Noche	AC	0	1	0	0	1	1	0	0

- ▶ El psiquiatra de guardia realizará las tareas de atención continuada.

### Capacitación y formación

- ▶ Los médicos que forman la plantilla de la unidad de hospitalización serán médicos especialistas en psiquiatría con suficiente formación específica en atención al paciente hospitalizado. El psicólogo debe contar con la especialidad de psicología clínica y tener experiencia con patología mental grave e intervenciones rehabilitadoras. Es prioritario incorporar en UME a aquellos profesionales de enfermería que cuenten con el título de especialista en salud mental. Sería así mismo deseable que el resto del personal tenga preparación específica a través de cursos formativos en salud mental, TMG y rehabilitación.
- ▶ La organización y el dispositivo unificarán sus esfuerzos para participar en programas de formación continuada, especialmente en aquellos dirigidos a incrementar sus conocimientos sobre TMG, procesos de rehabilitación, seguridad de pacientes y calidad asistencial.



▶ **Organigrama funcional** de la UME.

- Es necesaria la existencia de un organigrama que permita determinar el contenido funcional (responsabilidad y atribuciones específicas) de cada uno de los miembros del equipo de la UME, de manera que queden cubiertas todas las funciones encomendadas de forma permanente. El análisis funcional optimiza el funcionamiento de la unidad y la distribución de tareas y objetivos en función de la cartera de servicios del dispositivo (ver punto 6).
- Definirá la figura de un Responsable de la Unidad con funciones específicas de coordinación y representatividad. Debe encargarse de que todos los elementos de coordinación interna y externa definidos funcionen de forma adecuada y que el paciente reciba una atención multidisciplinar integral.
- El profesional que sea designado como Supervisor o Supervisora de Enfermería tendrá definidas responsabilidades de coordinación relativas a enfermería y auxiliares de clínica de la UME.
- La descripción funcional se establecerá con arreglo al modelo asistencial y a la legislación vigente. La definición del organigrama asegura que las obligaciones, funciones y actividades del personal estén claramente delimitadas, reflejen estándares profesionales, minimicen la variabilidad de las prácticas y no se hallen idiosincrásicamente determinadas por los intereses e inclinaciones de cada uno de los componentes de la plantilla.
- Definirá los roles profesionales en relación con las tareas a realizar, capacitación propia de cada profesional y la necesaria complementariedad y polivalencia en el equipo.

▶ **Normas específicas de funcionamiento y protocolización de procedimientos**

- Ordenación de la actividad, distribución de tiempos clínicos, y programación de tareas (agenda de trabajo).
- Sistema de asignación de pacientes.
- Programación de reuniones del Equipo terapéutico.
- Interrelación con otros Servicios del Centro
- Sistemas de coordinación con el resto de dispositivos de la red.

- Ejecución y cumplimentación de protocolos
- Normas de Seguridad y Gestión de Riesgos.
- Procedimientos de valoración de las solicitudes de derivación a UME.
- Protocolización de procesos y procedimientos asistenciales
- Protocolización de procedimientos de derivación e interconsulta
- Articulación de la asistencia y coordinación según el modelo del Programa de Trastornos Mentales Graves
- Indicadores de Calidad y Evaluación técnica asistencial.
- Definición de prestaciones de la UME en el marco de la Cartera de Servicios
- Participación en las tareas de la Comisión de Salud Mental de Área y subcomisión de gestión de casos.
- Sistema de información integrado e integral que permita una recogida informatizada de los datos de actividad básica cuantitativos y cualitativos.
- Procedimiento de recogida y análisis de reclamaciones y encuestas de satisfacción.
- Participación en los contratos de gestión del área.

### ► **Coordinación interna**

- Junto a las herramientas de coordinación descritas, un elemento fundamental de coordinación interna es la comunicación fluida entre profesionales. Para facilitar la comunicación se establecerá un calendario y metodología de Reuniones de Equipo con los siguientes objetivos:
  - Establecer un plan de tratamiento multidisciplinar de los pacientes ingresados: análisis de situación, formulación de objetivos, planificación de intervenciones y cuidados de enfermería.
  - Planificación de alta terapéutica
  - Análisis de incidencias, criterios de actuación con los pacientes, pautas de manejo frente a conductas disfuncionales, revisión de registros y evolución de pacientes.
- Muchos de los incidentes adversos que afectan a la seguridad de los pacientes y a la efectividad de las intervenciones recaen en problemas

de transmisión de la información. Por este motivo es de singular importancia la cumplimentación adecuada y legible de los distintos registros de información.

▶ **Coordinación externa.**

- Reuniones con ESM de carácter bimensual. Se realizara una transmisión de información en relación con los pacientes comunes. La UME informará al gestor del caso de las intervenciones que se están realizando, así como de las propuestas de alta o de derivación a otros recursos.
- Reunión con los recursos rehabilitadores: algunos pacientes próximos al alta pueden continuar su proceso de rehabilitación en los CRPS aún permaneciendo ingresados en UME.
- Reuniones de la Subcomisión de Gestión de Casos.
- Contactos puntuales con el entorno social, educativo, laboral o judicial; contactos con los servicios de trabajo social extrahospitalarios; contactos con otros centros sanitarios y socio sanitarios.

# 4. Procedimientos y Plan Integrado de Atención



# 4. Procedimientos y Plan Integrado de Atención

4. Procedimientos y Plan Integrado de Atención

## 4.1 Procedimientos básicos e historia clínica

### Procedimientos básicos en UME

- ▶ Entrevista clínica
- ▶ Entrevista familiar
- ▶ Exploración diagnóstica
- ▶ Plan terapéutico individualizado
- ▶ Tratamientos biológicos
- ▶ Tratamiento psicológico
- ▶ Intervenciones de tipo rehabilitador, psicoeducación y atención a la familia
- ▶ Medidas protocolizadas de contención y supervisión
- ▶ Plan de cuidados de enfermería.
- ▶ Protocolización de intervenciones
- ▶ Criterios consensuados de derivación y seguimiento entre dispositivos
- ▶ Coordinación previa al alta con ESM y recursos de rehabilitación
- ▶ Reuniones de coordinación del equipo multidisciplinar
- ▶ Registro de información básica compartida <sup>2</sup>.

### La Historia Clínica

- ▶ El equipo multidisciplinar recogerá la información esencial del proceso terapéutico rehabilitador en la **historia clínica** del paciente. La LEY 3/2005 de información

<sup>2</sup> *Registro de información básica compartida*: registro del proceso asistencial -fichas o tablas de hospitalización- que recoge una información básica y al alcance de todos los miembros del equipo -motivo del ingreso, diagnóstico de trabajo, medicación, pruebas pendientes, disposiciones postratamiento...-. Maximiza el conocimiento útil con el que se trabaja en las reuniones de Equipo.

sanitaria y autonomía del paciente recoge en su Título V Capítulo I lo relativo a la Historia Clínica (definición, tratamiento, utilización, conservación, derechos del paciente y custodia).

- ▶ De acuerdo a dicha Ley, *"la cumplimentación de la historia clínica en los aspectos relacionados con las asistencia directa al paciente será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella". "En las historias clínicas hospitalarias en que participen más de un médico o un equipo asistencial, deben constar individualizadas las acciones, intervenciones y prescripciones realizadas por cada profesional y la identificación de los mismos".*
- ▶ Cada centro sanitario deberá establecer el mecanismo que haga posible que, mientras se presta atención sanitaria a un paciente concreto, los profesionales que le atiendan puedan, en todo momento, tener acceso a la historia clínica correspondiente, a efectos del desempeño de sus funciones.
- ▶ La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Cualquier actuación relativa a la atención sanitaria al paciente deberá ser anotada en la historia, indicando la fecha y hora de su realización, y será firmada de manera que se identifique claramente la persona que la realice.
- ▶ Según dicha Ley, existen una serie de datos que deben ser incluidos (Art. 32. Contenidos) en la historia clínica. A la luz de la citada norma, los datos básicos que debe contener la historia clínica en UME serían:
  - Datos de identificación del enfermo
  - Datos de identificación de la asistencia: Fecha de asistencia y de ingreso. Autorización de ingreso. Indicación de la procedencia. Servicio o unidad en que se presta la asistencia. Número de habitación y de cama. Médico responsable del enfermo. Todos aquellos documentos básicos que contemple la normativa vigente.
  - Datos clínico asistenciales y sociales: informe de derivación; antecedentes personales y familiares; situación jurídico legal del paciente; descripción de la enfermedad actual y motivos de consulta (informe biopsicosocial asistencial y rehabilitador); anamnesis y exploración (evaluación clínica, psicopatológica, psicológica, rehabilitadora y social); procedimientos clínicos y plan asistencial / rehabilitador individualizado; pruebas complementarias, interconsultas; hojas de evolución; hojas de tratamiento; hojas de planificación de cuidados de enfermería; hojas de planificación de procedimientos de rehabilitación; gráfico de constantes; hojas de consentimiento informado

si procede; informe de autorización judicial de ingreso si procede; hojas de información facilitada al paciente en relación con el diagnóstico y el plan terapéutico prescrito; escrito de renuncia a recibir información si procede; informe de alta del episodio de atención; documento de alta voluntaria, o forzosa, en su caso; informe de notificación de alta en ingresos judiciales; registros de activación de protocolos.

- Anotaciones subjetivas de los profesionales sanitarios. A los efectos de lo dispuesto en la Ley, se entenderán por anotaciones subjetivas las impresiones de los profesionales sanitarios, basadas en la exclusiva percepción de aquellos, y que, en todo caso, carecen de trascendencia para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente, sin que puedan tener la consideración de un diagnóstico.

## ADMISIÓN

- ▶ Las entidades derivadoras formalizarán sus propuestas cumplimentando un **Informe de Derivación** estandarizado (ver Anexo).
- ▶ Al realizar una propuesta de derivación, la entidad derivadora informará al paciente y al tutor -en caso de incapacidad- o al familiar/es más directos, en caso de ingresos involuntarios, de la indicación de ingreso en UME, así como de las características y funcionamiento de esta unidad, su estancia media y otros aspectos relevantes.
- ▶ La valoración del caso, previa al ingreso, se realizará habitualmente a través de los datos reflejados en el Informe de Derivación y, si se estima necesario, con entrevista clínica realizada por el equipo de UME.
- ▶ El informe de derivación será valorado por el equipo terapéutico de UME, que valorará el caso y comunicará la resolución de la solicitud a la entidad derivadora.
  - Rechazo de la solicitud: el equipo de UME informará de los motivos de esa decisión a la entidad derivadora (CSMA o UHB).
  - Aceptación de la solicitud: el equipo de UME lo comunicará a la entidad derivadora, así como el procedimiento y la fecha de ingreso, que se concretará en función de la disponibilidad de camas y la prioridad del mismo.



## ACOGIDA

- ▶ Los ingresos se llevarán a cabo en turno de mañana para garantizar la presencia en la acogida del psiquiatra encargado del caso, del trabajador social y del supervisor de enfermería que coordinará el ingreso. Se dispondrá de **Protocolo de Acogida** específico para UME, en el que se contemplan todas las tareas y actuaciones a realizar por los profesionales de UME implicados en este momento de la intervención.
- ▶ Las funciones del equipo de UME en el proceso de acogida se describen a continuación.

**El Psiquiatra** encargado el caso realiza la valoración inicial del paciente.

- ▶ Recogida de información básica sobre el paciente y las circunstancias de la derivación.
- ▶ Exploración psicopatológica y valoración de patologías médicas asociadas
- ▶ Indicación de pautas terapéuticas provisionales.
- ▶ Inicio de alianza terapéutica.
- ▶ Consentimiento y/o aceptación de participación en programas terapéuticos y actividades.
- ▶ El usuario y su familia manifestarán, mediante firma, su consentimiento informado de estancia en la UME.

## Supervisor/a de enfermería y/o Enfermería

- ▶ Apertura de Historia Clínica.
- ▶ Información a pacientes de planes de cuidados y recomendaciones terapéuticas iniciales, normas y funciones específicas de UME, enseres necesarios para la vida cotidiana en estancia residencial, facilitándoles hoja informativa y carta de derechos y deberes.
- ▶ Realización de registros pertinentes: registro de entrada, hoja de tratamiento farmacológico médico y psiquiátrico, hoja de recomendaciones terapéuticas, registro objetos personales.

## Trabajador/a social

- ▶ Información a los familiares de las características de la unidad, tiempo de estancia, posibilidades de derivación tras el alta, importancia de la implicación y colaboración familiar en el proceso y los resultados terapéuticos (programas psicoeducativos con familias).
- ▶ Valoración socio familiar inicial, identificando uno o dos familiares de referencia.

## Auxiliares de enfermería

- ▶ Acompañamiento y toma de contacto con la Unidad.
- ▶ Actuaciones de seguridad (registro de pertenencias, custodia de enseres....)
- ▶ Informarán sobre normas generales, horarios, consumo de tabaco,...

## Servicio de admisión

- ▶ Registro del ingreso
- ▶ Recogida de datos de filiación y documentación
- ▶ Gestión administrativa de la historia clínica

4. Procedimientos y Plan Integrado de Atención

### 4.3 Hospitalización

#### 1. Reevaluación diagnóstica y terapéutica

- ▶ La UME por las ventajas de planificación que representan la hospitalización más larga y por el tiempo disponible para el estudio, es una estructura esencial de validación y reevaluación. En el contexto de un concepto holístico de la enfermedad mental y un tratamiento multidisciplinar, la evaluación debe ir dirigida a las siguientes áreas:
  - a. Evaluación médica:** Enfermedades médicas intercurrentes, antecedentes médicos y quirúrgicos, alergias medicamentosas, minusvalías...
  - b. Reevaluación psiquiátrica:** síntomas actuales y aspectos que pueden tener relevancia para la rehabilitación del paciente: inicio de la enfermedad, recaídas, respuestas a los tratamientos, remisión parcial o total de síntomas, síntomas inter-episódicos, factores precipitantes, factores agravantes, consumo de tóxicos, síntomas prodrómicos, diagnóstico en 5 ejes DSM IV.
  - c. Análisis de tratamientos administrados,** respuestas y efectos secundarios, etc.
  - d. Evaluación psicológica** del paciente para valorar déficits en habilidades y competencias del paciente que permitirán la elaboración del plan terapéutico: evaluación cognoscitiva, estudio de personalidad, capacidad intelectual, afrontamiento de estrés, etc.
  - e. Evaluación social:** red social, contexto socio-familiar, dinámica familiar, recursos del paciente para la integración comunitaria.
  - f. Evaluación** de áreas específicas para la **rehabilitación y reinserción:**

- Conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento
- Autocuidado.
- Habilidades sociales: interpersonales, instrumentales.
- Organización de horarios, planificación de ocio y tiempo libre.
- Hábitos del paciente.

## 2. Elaboración de un plan terapéutico individualizado

- ▶ Se desarrollarán tratamientos individualizados, de carácter clínico y rehabilitador, planteados en función de los resultados de las evaluaciones psicopatológica, psicológica, social y familiar.
- ▶ El plan terapéutico debe ser individualizado, sistematizado, estructurado secuencialmente y flexible, estableciendo objetivos:
  - Realistas y adaptados al paciente.
  - No definitivos, sujetos a cambios y modificaciones según evolución.
  - Se establecerán prioridades (generalmente la mejoría clínica es requisito prioritario para las intervenciones psicosociales).

## 3. Elaboración, desarrollo y ejecución de programas

### 3.1. Programas de tratamiento con enfoque en el diagnóstico

Definir y ejecutar programas con enfoque en el diagnóstico para el tratamiento de resistencias psicopatológicas, intensificando y completando acciones terapéuticas ya iniciadas en ESM y UHB. Estos programas incluirán:

#### 3.1.1. Tratamiento de resistencias a psicofármacos:

- Establecer pautas adecuadas de tratamiento psicofarmacológico -cumpliendo dosis y tiempo suficiente-.
- Asociaciones de psicofármacos
- Definir criterios de indicación de TEC

#### 3.1.2. Actuaciones protocolizadas en:

- *Riesgo de suicidio*
- *Conducta violenta.*
- *Efectos secundarios graves de psicofármacos (SNM)*
- *Contención mecánica.*

3.1.3. Intervenciones psicológicas específicas individuales y grupales dirigidas a la remisión de los síntomas, control y manejo de situaciones de estrés.

### **3.2. Intervenciones rehabilitadoras con enfoque en la discapacidad**

Intervenciones individuales y grupales de tipo rehabilitador para la adquisición de competencias que potencien la autonomía personal, el adecuado manejo de la enfermedad y la disminución del riesgo de recaída.

Intervenciones rehabilitadoras en áreas relacionadas con:

- Hábitos de autocuidados (AVD).
- Psicoeducación: conocimiento y comprensión sobre su enfermedad mental
- Habilidades Sociales: reducir la inhabilidad social de la persona con TMG que puede ser causa de desventajas en su reinserción social, facilitar el desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas y la mejora de su competencia social.
- Habilidades cognitivas: entrenamiento para mejorar los procesos cognitivos básicos, como prerrequisitos para el aprendizaje.
- Planificación del tiempo de ocio: conocimiento y uso de los diferentes recursos de ocio disponibles en el entorno.

### **3.3. Actuaciones relacionadas con el Alta hospitalaria y la reinserción**

Tienen como objetivo facilitar el proceso de reinserción con vistas a su ubicación en el medio familiar o en alternativas residenciales de la red de Salud Mental. Se trabajan habilidades de la vida cotidiana, habilidades instrumentales y área ocupacional.

### **3.3. Actuaciones relacionadas con el área ocupacional.**

El tiempo de ingreso requiere un plan ocupacional complementario, que será responsabilidad del terapeuta ocupacional y de los monitores ocupacionales, con la colaboración de los auxiliares de enfermería. Las actividades ocupacionales son variadas -talleres ocupacionales, actividad física, grupos de actualidad- y resultan necesarias como coadyuvantes en muchos de los objetivos terapéuticos.

## **4.- Intervención con familias**

Los pacientes de media estancia a menudo tienen dificultades de relación con el entorno inmediato y las familias, que en muchos de los casos desconocen las características

de los trastornos y las pautas a seguir en la convivencia. El abordaje de media estancia considera imprescindible la interacción con las familias y la planificación común de objetivos de reinserción.

El trabajo con familias debe contemplar los siguientes objetivos:

- a. Favorecer el contacto paciente-familia-equipo terapéutico.
- b. Promover en los familiares la conciencia de una filosofía rehabilitadora y de reinserción:
  - Una persona puede estar asintomática y sin embargo socialmente discapacitada
  - Transmitirles concepto holístico de la enfermedad mental
  - Modificar la tendencia a la institucionalización de la persona con enfermedad mental.
- c. Desarrollar intervenciones de tipo psicoeducativo con familias:
  - Mejorar conocimiento y comprensión de la enfermedad y dotarles de estrategias para su adecuado manejo.
  - Detectar factores de riesgo: sobrecarga, alta emoción expresada.
  - Transmitir apoyo, asesoramiento y orientación.
- d. Informarles de los recursos disponibles y del programa de T.M.G.
- e. Informarles de los derechos y deberes del paciente y/o familia

## 5. Metodología de intervención

### 5.1.- Espacios *individuales* de atención e intervención.

- Acciones psicoterapéuticas individuales.
- Intervenciones de apoyo y consejo.
- Intervenciones psicosociales y psicoeducativas.

### 5.2.- Espacios *grupales* de atención e intervención:

#### 5.2.1. Espacios para intervenciones de carácter rehabilitador en diferentes áreas:

- a. Conciencia de enfermedad y automedicación.
- b. Habilidades sociales relacionales e instrumentales.
- c. Autocontrol emocional y resolución de problemas.

#### 5.2.2. Espacio socio-terapéutico.

Espacio semanal para la transmisión de información relativa a normas, solución de problemas, distribución del tiempo, compromisos y responsabilidades individuales y colectivas en el contexto residencial.

### 5.2.3. Actividades grupales orientadas a la estructuración del tiempo.

- a. Actividades de expresión creativa a partir de intereses individuales.
- a. Comunicación y actualidad.
- b. Planificación de actividades de ocio.
- c. Manejo de recursos comunitarios.
- d. Psicomotricidad y relajación.
  - Aprendizaje de estrategias de respiración y relajación.
  - Estimulación de capacidades motóricas básicas.
  - Estimulación de capacidades cognitivo perceptivas básicas

### 5.2.4. Psicoterapia grupal orientada a poblaciones específicas.

- Trastornos límites de la personalidad
- Trastornos psicóticos

4. Procedimientos y Plan Integrado de Atención

## 4.4 Alta

### Procedimiento de alta en UME

#### 1. Preparación del alta

El psiquiatra encargado del caso planificará el Alta con el psicólogo, enfermero y trabajador social, informando al resto del equipo. Las condiciones del alta del usuario vendrán determinadas en el plan de tratamiento integral con el consenso –si posible- del usuario. Se prepara al paciente para el paso a recursos ambulatorios o rehabilitadores. El Alta debe ser comunicada y planificada con al menos una semana de antelación, para que paciente y familia puedan prepararse emocionalmente, plantear dudas y expresar expectativas.

#### 2. Permisos durante estancia y/o pre-alta en UME

Son permisos previos al alta que tienen como objetivo valorar el funcionamiento del paciente y su adaptación al entorno familiar y social.

Tienen una duración variable pactada con el paciente y con la familia. Los cuidadores principales del paciente, en estos casos, adquieren funciones de co-terapeutas.

Durante los permisos pre-alta se observará la generalización y aplicación de habilidades adquiridas durante el internamiento (automedicación, organización de horarios y

tiempo libre, hábitos saludables), presencia de conducta disfuncionales, etc. Las dificultades observadas serán analizadas posteriormente por el equipo de UME.

### **3. Informe de alta<sup>3</sup>:**

Se le entregará siempre al paciente en el momento del alta. Debe hacer mención a aspectos clínicos, rehabilitadores, sociales y a intervenciones y recomendaciones terapéuticas. Será congruente con el CMBD hospitalario vigente. Se especificarán:

- ▶ Datos esenciales de la valoración funcional.
- ▶ Datos sobre los objetivos del plan de tratamiento y sobre su evolución.
- ▶ Recomendaciones relativas a la continuación del proceso de tratamiento y rehabilitación.

Se podrá anexar al Informe de Alta, informes de evolución emitidos por psicólogo, enfermero y/o trabajador social.

### **4. Comunicación al juzgado:**

Comunicar el alta de aquellos pacientes ingresados de forma involuntaria.

### **5. Coordinación de UME con los dispositivos de la red de Salud Mental para garantizar la continuidad de cuidados:**

El equipo de UME es responsable de la derivación y coordinación de actuaciones para la continuidad del tratamiento. Es importante, por tanto, la gestión pre-alta para informar e implicar a los recursos que estarán en contacto con el paciente una vez finalice su ingreso en UME.

Acciones para la adecuada gestión del caso antes de proceder al Alta en UME:

- ▶ Información y coordinación con el profesional de referencia en ESM para derivación del paciente.
- ▶ Coordinación con los servicios de Trabajo Social extrahospitalarios y con los servicios socio-sanitarios de la Comunidad.
- ▶ Valoración de alternativas al medio familiar cuando sea necesario y efectuar las derivaciones pertinentes a recursos residenciales comunitarios de la red de Salud Mental de la CAE.

---

<sup>3</sup> Ver Anexo: modelo de informe de alta

# 5. Gestión de riesgos y seguridad de pacientes





# 5. Gestión de riesgos y seguridad de pacientes

5. Gestión de riesgos y seguridad de pacientes

## 5.1 El concepto de *seguridad de pacientes*.

- ▶ Desde finales de la década de los 90 las organizaciones sanitarias centran su atención en la **seguridad** de sus procedimientos y estructuras, así como en la identificación de incidentes, efectos adversos, sus consecuencias y posibilidades de mejora. Los usuarios de los sistemas sanitarios son cada vez más conscientes de la necesidad de un entorno seguro y solicitan ser agentes activos de su salud. Los procedimientos son cada vez más efectivos pero a la vez más complejos y fragmentarios. A pesar de los esfuerzos por implantar una medicina basada en la evidencia científica, sigue existiendo una gran variabilidad en las prácticas asistenciales. La seguridad es un elemento clave y prioritario de la calidad.
- ▶ Los **errores** y la falta de calidad asistencial redundan en perjuicios para usuarios y profesionales y aumentan los gastos sanitarios. La mayoría de estos errores se relacionan con el entorno asistencial, por lo que es necesario ir más allá de un modelo centrado en la depuración de la responsabilidad personal y la negligencia individual: es la organización en su conjunto la que requiere ser evaluada y en donde deben implementarse actuaciones de mejora.
- ▶ La **atención hospitalaria** a los problemas relacionados con la enfermedad mental grave en UHB de los Hospitales Generales o de los Hospitales Psiquiátricos y las UME requiere especial atención en cuanto a la seguridad de sus procedimientos y estructuras. Podemos considerarlos entornos de riesgo, ya que atienden a pacientes vulnerables que en muchos casos sufren alteraciones cognitivas, del juicio de realidad y de la conducta, y que podrán ser sometidos a ingresos e intervenciones terapéuticas involuntarias (con el consiguiente riesgo de quiebra de derechos). Algunos de estos pacientes no cumplimentan adecuadamente los tratamientos

prescritos, intentarán abandonar la unidad hospitalaria, o presentarán comportamientos suicidas o heteroagresividad. La contención mecánica, frecuente en este entorno, es una práctica de riesgo con numerosas complicaciones.

- ▶ Según el informe de la JCAHO de 2004<sup>4</sup> sobre **incidentes adversos en hospitales**, el *evento centinela* registrado con más frecuencia fue el suicidio (14%). Los errores de medicación (frecuentes pero generalmente no fatales en las UHB/UME) supusieron el 11%; las lesiones o muerte por inmovilización el 4%. El 13% de los eventos centinelas registrados provenían de Hospitales Psiquiátricos y el 5,7% de las UHB de los Hospitales Generales. Las causas más frecuentes relacionadas con los suicidios registrados como eventos centinelas fueron el entorno físico, la evaluación de pacientes y la formación; en el caso de los relacionados con la inmovilización, la comunicación entre profesionales y la formación. Estos datos señalan las áreas que requieren valoración detallada e intervenciones prioritarias.
- ▶ Para el Estudio ENEAS (2005)<sup>5</sup> la **incidencia de Efectos Adversos** (EAs) en los hospitales españoles, relacionados directamente con la asistencia hospitalaria, fue de 8,4%. Más del 40% de los Efectos Adversos podrían ser evitables. Los pacientes que presentaban factores de riesgo intrínsecos, tenían 1,6 veces más probabilidades de presentar EAs. El 37,4% de los EAs estaban relacionados con la medicación. El 55% se consideraron moderados o graves y la incidencia de exitus en sujetos con EAs fue del 4,4%. El estudio señala el destacado papel de la vulnerabilidad del paciente en la génesis de los EAs.
- ▶ La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>6</sup> define como **estrategias de intervención prioritarias** a corto plazo:
  - Puesta en marcha de programas de gestión de riesgos sanitarios
  - Incentivar actividades de mejora de seguridad de pacientes con participación de profesionales
  - Incorporar indicadores sobre seguridad
  - Fomentar sesiones críticas de los servicios asistenciales sobre resultados adversos
  - Información sobre áreas y factores de riesgo a profesionales y pacientes

---

4 Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations; Sentinel Event Alert.

5 Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Febrero 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.

6 Estrategia en seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.

- Formación de grupos de análisis de problemas de seguridad en cada centro
- Financiar e incentivar la formación en seguridad del personal sanitario.
- ▶ El **II Plan Integral de Salud Mental 2007 – 2012** recoge en una de sus actuaciones la creación de una Comisión de Calidad, Formación e Investigación en Salud Mental. Y uno de los objetivos es la existencia de un Plan de Seguridad para las Unidades de Hospitalización psiquiátricas.
- ▶ Para conseguir estos objetivos debemos incidir sobre algunos aspectos fundamentales:
  - **Construir una cultura de seguridad:** Cuando la cultura de una organización se concierne de la seguridad y se habla de ella, la seguridad mejora:
    - Ser capaz de reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorar.
    - Compartir información sobre eventos adversos.
    - Entender que los errores están relacionados principalmente con el sistema en el que se trabaja (situaciones, estructura y funcionalidad de la organización).
    - Promover la comunicación de efectos adversos
    - Detectar precozmente el efecto adverso, analizar causas (qué protecciones han fallado, y porqué han fallado) y diseñar planes de actuación para prevenir su recurrencia.
    - Entender que la seguridad de pacientes debe formar parte de las estrategias, objetivos y proyectos de trabajo.
    - Asumir un enfoque no punitivo, constructivo, dirigido especialmente a propiciar cambios en el sistema de trabajo.
  - **Conocer los factores y situaciones de riesgo en UME (Mapas de Riesgos):**
    - Todo el equipo debe estar informado y concienciado sobre áreas y factores de riesgos potenciales que entraña el ingreso en la unidad y participar en la elaboración de mapas de riesgo: fugas de pacientes ingresados de forma involuntaria, riesgo de auto agresiones o suicidio, riesgo de violencia a terceros, efectos adversos durante la aplicación de la contención mecánica, fallos en la administración de medicación, consumo de tóxicos dentro de la unidad, relaciones sexuales dentro de la unidad, accidentes, caídas, quemaduras, atragantamientos, efectos adversos no monitorizados adecuadamente, etc.

- **Establecer estrategias de intervención en seguridad:** tales como las descritas en el siguiente punto.
- ▶ El **equipo** de una unidad de hospitalización es la pieza clave en la prevención de riesgos y en la reducción de las secuelas de los potenciales incidentes. Es imprescindible el cumplimiento íntegro de los protocolos clínicos y de gestión de riesgos existentes.

5. Gestión de riesgos y seguridad de pacientes

## 5.2 Seguridad estructural

### a. Recursos estructurales

- ▶ **Adecuación** a las recomendaciones sobre seguridad estructural en las UME tal como se recoge en el punto 3.1 de este manual.
- ▶ **Evaluación periódica** de la seguridad de materiales y mobiliario de las UME: emitir anualmente un Informe de situación sobre seguridad de materiales y mobiliario.

### b. Recursos humanos

- ▶ **Dotación:** adecuación de las plantillas de profesionales de las UME a los estándares reconocidos y la evidencia científica tal como se recoge en el punto 3.2 de este manual.
- ▶ **Capacitación:** integrar en los equipos multidisciplinares a profesionales con capacitación específica en SM (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería especialista en salud mental).
- ▶ **Formación Continuada:** los módulos de formación continuada de los profesionales incluirán un Plan de formación específica en Seguridad de Pacientes.
- ▶ **Grupos nominales.** La creación de estos grupos (uno por cada UME) supone la implicación de los profesionales en la detección de áreas de riesgo y aportarán información para la elaboración de mapas de riesgo y áreas de mejora, incorporando la cultura de la seguridad en sus tareas asistenciales habituales.

### c. Recursos organizativos

- ▶ Implantación y revisión periódica del **Manual de Organización y Funcionamiento** de UME con especial énfasis en lo relativo a gestión de riesgos y seguridad de pacientes

- ▶ Diseño e implementación de un conjunto de **Indicadores de evaluación de seguridad** de pacientes en la UME.

5. Gestión de riesgos y seguridad de pacientes

### 5.3 Seguridad de procedimientos

#### a. Detección de y actuaciones sobre procedimientos de riesgo

- ▶ Detección de estructuras, procedimientos y pacientes de riesgo mediante la elaboración de un **Mapa de Riesgos Sanitarios** en UME sobre la base de metodología prospectiva (análisis modal) y grupos nominales.
- ▶ **Errores en la administración de medicación**
  - Elaborar e implementar un Protocolo de Administración de Medicamentos e Identificación de Pacientes en la UME (teniendo en cuenta cuestiones como la homologación de abreviaturas, registro informatizado de monodosis, informatización de la historia de enfermería, protocolización de órdenes verbales, procedimientos para identificar paciente y medicación, etc.).
- ▶ **Contención Mecánica**
  - Protocolo de Contención Mecánica. (Ver Anexo).
  - Protocolo de Abordaje Farmacológico de la Agitación Psicomotriz
- ▶ **Suicidio**
  - Protocolo de Detección y Atención a pacientes con riesgo suicida. (Ver Anexo).
- ▶ **Protocolización de otras situaciones de riesgo:** (abandonos de la UME, control de salidas y visitas, etc. (Ver punto 5.4).

#### b. Registro y análisis de eventos adversos

- ▶ Colaborar con la organización sanitaria en el diseño e implementación de un **Procedimiento de Registro y Notificación de Efectos Adversos de Medicamentos** (o adaptación de los existentes en el marco hospitalario) **y de la Terapia Electro Convulsiva.**
- ▶ Colaborar con la organización sanitaria en el diseño e implementación de un **Procedimiento de Registro, Notificación y Análisis de incidentes y "casi errores" o "errores prevenidos"** a través de metodología Análisis de Causa Raíz (ACR).
- ▶ Colaborar con la organización sanitaria en la realización periódica de un **Informe de Análisis de efectos adversos medicamentosos y TEC**, así como un **Informe de Análisis de Incidentes y errores prevenidos.**

- ▶ Colaborar con la organización sanitaria en la realización periódica de una **Memoria de Implementación de Mejoras** derivado del análisis de eventos adversos.

### c. Registro y Análisis de Sucesos Centinela

- ▶ Colaborar con la organización sanitaria en el diseño e implementación de un **Procedimiento de Registro, Notificación y Análisis de Sucesos Centinela** en la UME a través de la metodología análisis de causa raíz (ACR).
- ▶ Colaborar con la organización sanitaria en la elaboración de una **Memoria de Análisis de Sucesos centinela**.
- ▶ Colaborar con la organización sanitaria en la elaboración de una **Memoria de Implementación de Mejoras** derivado del análisis de sucesos centinela.

5. Gestión de riesgos y seguridad de pacientes

## 5.4 Protocolos y procedimientos relacionados con la seguridad de pacientes

- ▶ La mayoría de los incidentes adversos presentan patrones sistemáticos y recurrentes que pueden minimizarse atendiendo a los siguientes elementos
  - Adecuada **coordinación y cohesión del equipo** terapéutico:
    - Todos los miembros del equipo deben tener claras sus funciones y sus responsabilidades a través de información escrita
    - Los miembros del equipo deben conocer los procedimientos habituales de la UME.
    - Existirá un procedimiento específico para reunirse y planificar objetivos.
    - El equipo debe anticiparse, discutir y prepararse para posibles problemas y riesgos potenciales.
    - Identificar y gestionar las condiciones de trabajo, tales como estrés o fatiga del equipo.
  - Garantizar la adecuada **transmisión de información**:
    - Existirán procedimientos efectivos de comunicación dentro del equipo.
    - La información debe llegar a la persona adecuada, en el momento y forma adecuados; implantar sistemas eficaces de notificación y comunicación de incidentes.
    - Existirá información escrita a disposición de los profesionales sobre organización, funcionamiento y procedimientos de la UME.

- A los pacientes y familiares se les proporcionará de forma protocolizada información de las normas y funcionamiento de la unidad.
  - **Estandarización y protocolización** de las situaciones de riesgo
- ▶ **Los siguientes Protocolos están recogidos en los anexos de este manual:**
- Protocolo de **Contención mecánica**
  - Protocolo de **Detección y prevención del riesgo suicida**
- ▶ **Otras situaciones que requieren protocolización o procedimientos específicos:**
- 1. Prevención de abandonos no autorizados de la UME (fugas)**
- Cuando ingrese un paciente en UME, se le proporcionará pijama y bata de hospital y se solicitará a la familia que le proporcione calzado cómodo.
  - La ropa del paciente será revisada en presencia del paciente y se mantendrá custodiada hasta que los facultativos determinen que puede iniciar actividades fuera de la unidad, para lo que deberá utilizar su ropa. Cuando regrese de las actividades y terapias entregará de nuevo su ropa a los auxiliares.
  - Se controlarán las pertenencias de pacientes y visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.
  - Debe existir un sistema efectivo de control de las salidas y entradas a la unidad. La apertura de la puerta se realizará desde el control de enfermería previa identificación de la persona que va a salir.
  - Si existen pacientes en la zona ajardinada deben estar bajo supervisión del personal de la UME.
  - Cualquier miembro de equipo que detecte comentarios, conductas o actitudes del paciente que haga sospechar riesgo de fuga debe transmitir dicha información al resto del equipo que actuarán de la siguiente forma:
    - A. El psiquiatra dejará reflejado en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.
    - B. El/la enfermera modificará la hoja de actuaciones terapéuticas, indicando la activación del protocolo y ordenando extremar la vigilancia y excluir al paciente de todas aquellas actividades que supongan salir de la unidad.



- C. Si los auxiliares detectan el riesgo, lo comunicarán de inmediato al enfermero que lo transmitirá al psiquiatra; en cualquier caso el auxiliar lo registrará en los libros de incidencia para garantizar la transmisión de información a los turnos siguientes.
- D. El resto del equipo será informado en la reunión clínica de la mañana del día siguiente y se iniciará una actuación coordinada y dirigida a evitar la fuga. Serán necesarias entrevistas con el paciente para valorar el riesgo real y los motivos por los que quiere irse. Solo en casos de oposicionismo activo y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.
- E. En caso de que se haya producido un abandono no autorizado de la UME, se informará al responsable de la UME y a Supervisor/a de enfermería o al psiquiatra de guardia. Cualquiera de estos profesionales informará a la dirección del hospital así como a las fuerzas de orden público e instancia judicial competente en caso de que el paciente se encontrase ingresado mediante autorización judicial.

## **2. Administración de medicación e identificación de pacientes:**

- Los errores en la administración de la medicación pueden poner en peligro la seguridad del paciente.
- En un lugar preferente y destacado de la historia clínica se indicarán las alergias o intolerancias medicamentosas que sufra el paciente.
- La prescripción médica en las hojas de tratamiento o unidosis se realizará de forma claramente legible, preferentemente en formato informático. Cualquier cambio o modificación terapéutica se acompañará de la fecha y firma del médico prescriptor.
- Cuando existan cambios en la prescripción terapéutica, se transcribirá todo el conjunto del tratamiento, tanto en la hoja médica como en la de enfermería.
- Existirá un procedimiento de comunicación de cambios de tratamiento a enfermería, aclarando cualquier duda al respecto.
- El/la enfermero no administrará ninguna medicación que no esté debidamente fechada y firmada por el médico.
- El médico informará al paciente en la medida de su capacidad de comprender de los cambios de medicación.
- Se revisará a diario las modificaciones realizadas en los turnos de guardia.

- Existirá un procedimiento de preparación de la mediación que asegure la correcta administración del tratamiento -vía, pauta y dosis- así como la identificación correcta de los pacientes.
- Antes de administrar la mediación se identificará al paciente a través de su nombre y dos apellidos, y, ante la mínima duda, se confirmará la identidad con otro profesional presente.
- Los pacientes de UME deben y suelen reconocer su medicación. Si el paciente refiere que esa no es su medicación habitual y la enfermera no tiene constancia de cambios de tratamiento, debe revisar la hoja de tratamiento para comprobar que no hay errores.
- En todos los casos, enfermería debe supervisar la toma correcta de la mediación. En caso de cumplimentación inadecuada, dejará constancia de tal hecho para que el médico esté correctamente informado y avisará al psiquiatra de guardia si lo cree necesario.
- Si a pesar de todas las precauciones se produce un error en la administración, se avisará de inmediato al psiquiatra de guardia para que valore los riesgos y actúe en consecuencia.

### **3. Consumo de tóxicos dentro de la unidad:**

- La presencia de pacientes con patología dual en UME plantea otra situación de riesgo: la introducción y consumo de tóxicos dentro de la unidad. Existirá un procedimiento dirigido a prevenir o reducir al mínimo este tipo de conductas que entrañan riesgos de intoxicaciones, retrocesos en la evolución e inducción al consumo de pacientes no consumidores
- Formación a enfermería y auxiliares sobre signos clínicos que pueden indicar consumo.
- Registro exhaustivo de todos los pacientes al ingreso e información de la prohibición de consumo en la unidad (normas de la UME en protocolo de acogida).
- Registro de los pacientes de riesgo después de las visitas y salidas de la unidad.
- Reflejar en la historia de enfermería si el paciente es consumidor habitual de tóxicos. Todo el equipo debe conocer esta circunstancia.
- Dentro de las actividades psicoeducativas se hará referencia al riesgo de consumo de tóxicos.
- Se realizarán análisis de tóxicos en orina de forma periódica a los pacientes que se considere oportuno.

- Cuando un paciente de positivo a los controles, se le aplicará un protocolo de vigilancia especial y se le limitarán las salidas de la unidad. Si el implicado está ingresado de forma voluntaria, conservando por tanto sus capacidades cognitivas y volitivas intactas, y a pesar de las recomendaciones y prohibiciones realizadas persiste en su actitud, el psiquiatra puede considerar la finalización del proceso de atención hospitalaria.

#### **4. Prevención de relaciones sexuales dentro de la unidad:**

- Algunas alteraciones psicopatológicas (desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad) y otras de carácter psicosocial (aislamiento y poca aceptación en su medio) o la intensa convivencia durante la hospitalización, son factores favorecedores para que se establezcan relaciones sexuales durante el internamiento en UME. Este tipo de relaciones se producen en ocasiones con las capacidades cognitivas y volitivas disminuidas (al menos en uno de los implicados) y pueden dar lugar a embarazos no deseados y a enfermedades de transmisión sexual. Por estos motivos y para minimizar el riesgo, es preciso el concurso de todo el personal en su prevención.
- En las normas de la UME facilitadas en el protocolo de acogida quedará reflejada la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante el ingreso. Se prohibirá e impedirá la entrada de los pacientes en cualquier habitación que no sea la suya.
- Vigilar este tipo de conductas y advertir de cualquier comportamiento de riesgo. En las reuniones diarias de la mañana el profesional que detecte conductas desinhibidas las comunicará al resto del equipo.
- El psiquiatra y el psicólogo, previa entrevista con los pacientes implicados, efectuarán las indicaciones preventivas oportunas que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas y la enfermera las transmitirá a los auxiliares a través de las hojas de actuaciones terapéuticas.
- Si alguno de los implicados está ingresado de forma voluntaria, conservando por tanto sus capacidades cognitivas y volitivas intactas, y a pesar de las recomendaciones y prohibiciones realizadas persiste en su actitud, el psiquiatra puede considerar la finalización del proceso de atención hospitalaria.
- Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas anticonceptivas adecuadas con las autorizaciones oportunas (paciente, responsable legal, juez...); cuando proceda se pedirá test de embarazo.

## **5. Prevención de Accidentes: caídas, traumatismos, quemaduras, atragantamientos.**

- Los pacientes que requieren una mayor labor de prevención de accidentes son los que están sometidos a polifarmacia, los drogodependientes, personas con déficits instrumentales - cognitivos y ancianos.
- El médico y la enfermera informarán a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que está tomando.
- A los pacientes se les harán recomendaciones en cuanto a cambios posturales, comprobación de la temperatura del agua de la ducha, etc.
- En casos de sedación y deterioro cognitivo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal.
- En el comedor los auxiliares deben observar la forma en que los pacientes ingieren los alimentos, cómo es el proceso de masticación y de deglución. Si observaran alguna anomalía en estos procesos que indicase riesgo de atragantamiento, se lo comunicarán al enfermero/a, la cual se lo transmitirá al médico de la unidad que a su vez decidirá si el paciente requiere que ayude, una dieta blanda o triturada.
- Está prohibido fumar en toda la unidad, excepto en la sala de fumadores y en las zonas ajardinadas externas. Existirá cartelería específica indicando la prohibición de fumar en todos los espacios excepto en los especialmente habilitados para tal fin. Cada vez que un paciente desee fumar pedirá fuego a los auxiliares ya que ellos no pueden disponer de mecheros ni cerillas (normas recogidas en protocolo de acogida). La sala de fumadores no es una sala de estar, se utilizará solamente para fumar y estará suficientemente supervisada por el personal auxiliar. Debe estar dotada de ceniceros y el mobiliario será no inflamable; estará adecuadamente ventilada y con sistemas de extracción de humos. Periódicamente se comprobará que los cigarrillos están bien apagados y sobre todo por las noches se vaciarán todos los ceniceros. Pueden establecerse mecanismos para controlar un consumo máximo de cigarrillos por paciente.
- La unidad debe tener confeccionado un plan de emergencia y evacuación, estando dotada de sistemas de extintores, alarmas de incendios y todo lo previsto en la normativa vigente.

## **6. Otros aspectos a tener en cuenta:**

- Procedimientos de vigilancia y supervisión periódicas mínimas tanto en situaciones generales como específicas, en turnos de mañana, tarde y noche.

- Funciones de vigilancia, custodia, control y seguridad generales: accesos, instalaciones, equipamientos, medios humanos, visitas y pacientes, en el interior de la planta de hospitalización durante los tres turnos.
- Entradas y salidas de los pacientes de la UME, así como de los objetos, ropas y pertenencias que porten. Horarios y condiciones de visita de familiares, introducción de alimentos o cualquier objeto al interior de la UHB.
- Condiciones de seguridad de materiales e instalaciones y su mantenimiento.
- Uso y control de los cubiertos y resto del menaje, utensilios de higiene y baño. Atención especial al material de limpieza.
- Control mediante protocolos de situaciones de riesgo relacionadas con la potencial iatrogénia de los psicofármacos.
- Medidas que garanticen el derecho a la intimidad y a la confidencialidad relacionada con los procesos asistenciales sanitarios.
- Todos aquellos procedimientos que se consideren oportunos con el objetivo de garantizar la seguridad y calidad en la asistencia y la relación con los usuarios del dispositivo.

# 6. Organización funcional



# 6. Organización funcional

## 6. Organización funcional

### 6.1. Funciones de psiquiatría

#### Funciones Asistenciales

- ▶ Indicación de ingreso en el contexto de la comisión clínica creada para tal fin.
- ▶ En el procedimiento de ingreso y acogida, el psiquiatra asignado al caso en este primer contacto debe:
  1. Identificarse ante el paciente y sus familiares e informarles de sus funciones durante el periodo de hospitalización; se inicia el proceso de alianza terapéutica.
  2. Recoger la documentación que aporte el paciente, la familia y la entidad derivadora (informe de alta de UHB, otros informes médicos y psiquiátricos previos) y contactar con el servicio de admisión para que se inicie la gestión de la historia clínica (tarea que puede ser realizada por el supervisor de enfermería).
  3. Realizar exploración psicopatológica inicial.
  4. Definir estrategias terapéuticas provisionales: hoja de tratamiento farmacológico, otras recomendaciones terapéuticas y normas provisionales de manejo y nivel de vigilancia.
  5. Informar a supervisor de enfermería de la llegada del paciente, para que coordine el ingreso.
  6. Informar a todo el equipo de la llegada del paciente y de su estado clínico.
- ▶ Atención psiquiátrica especializada y global de los pacientes ingresados en la Unidad: reevaluación diagnóstica y aplicación de los tratamientos adecuados.
- ▶ Intervención en crisis y atención psicoterapéutica.
- ▶ Cumplimentación de historia clínica protocolizada, en la que figuren aspectos esenciales y específicos de la patología del paciente. La unidad custodiará la confidencialidad de los datos.



- ▶ Elaboración de unos objetivos de trabajo durante el período de hospitalización, en coordinación con el resto del equipo y teniendo en cuenta las evaluaciones psicológica, social ocupacional y de enfermería. Operativizar los objetivos mediante la elaboración de un plan individual de tratamiento (en colaboración con el resto del equipo).
- ▶ Aplicar los protocolos y programas que en cada caso correspondan en colaboración con el equipo multidisciplinar.
- ▶ Visita diaria a los pacientes que estén bajo su responsabilidad directa, llevando a cabo las medidas diagnósticas y terapéuticas oportunas.
- ▶ El paciente será informado de las intervenciones terapéuticas que se desarrollen durante su hospitalización, así como de su diagnóstico, pronóstico, medidas terapéuticas y potenciales efectos adversos, de forma comprensible y en función de su estado clínico.
- ▶ Informar a los familiares de la situación del enfermo, del diagnóstico, pronóstico y plan terapéutico, de acuerdo a los límites de la confidencialidad. Los familiares dispondrán de un horario para realizar consultas telefónicas con el psiquiatra responsable del paciente. La información implica también tareas psicoeducativas dirigidas a pacientes y familias.
- ▶ Organizar y participar en las reuniones de la unidad, en las que se informará de los objetivos terapéuticos diseñados para cada paciente, de su evolución y previsión de alta. Se discutirán aquellos aspectos asistenciales en los que el resto del personal esté implicado y se informará de las incidencias relevantes de la guardia.
- ▶ Indicación de alta y correcta derivación extrahospitalaria de los pacientes.
  - Planificar el alta, junto con el psicólogo clínico, supervisor de enfermería y trabajador social. Informar al resto del equipo.
  - Decidir si va a haber permisos terapéuticos previos al alta e informar de ello al paciente y a las familias.
  - Coordinación del informe de alta según CMBD incluyendo las exploraciones e intervenciones médicas, psicológicas, sociales y ocupacionales realizadas y que sean relevantes para la continuidad de cuidados del paciente.
  - Coordinación y derivación del paciente de acuerdo con el gestor del caso.
  - Comunicación al juzgado del alta en caso de ingresos involuntarios.

### Funciones Docentes

- ▶ Tutorizar y supervisar la formación de Postgrado de médicos residentes de psiquiatría. Participar en la formación de Postgrado de otros médicos residentes de especialidades en las que se contemple la rotación por salud mental.
- ▶ Participar en las labores formativas de Psicólogos Internos Residentes, Enfermeros Internos Residentes
- ▶ Participar en la formación continuada de otros médicos especialistas de distintos ámbitos sanitarios
- ▶ Realizar labores formativas, de apoyo y asesoramiento a los profesionales de otros dispositivos de la red de salud mental y atención primaria.
- ▶ Colaborar y participar en el diseño de programas de apoyo al personal de la unidad. Estos programas dotarán al personal de conocimientos teóricos y habilidades prácticas que faciliten el desarrollo de sus funciones cotidianas, además de apoyar y resolver dificultades que surjan en el contacto con el paciente psiquiátrico.
- ▶ Colaborar en todas las actividades docentes que se organicen en la UME o en las que ésta participe (como sesiones clínicas, talleres, cursos o seminarios).
- ▶ El médico psiquiatra potenciará su propia formación continuada, proceso que ha de ser facilitado por la organización sanitaria competente.

### Funciones de Investigación

- ▶ Participación en aquellas actividades y líneas de investigación diseñadas por la UME y la organización sanitaria. Diseñar y aplicar los resultados de los estudios epidemiológicos psiquiátricos a la gestión y optimización de recursos.
- ▶ Empezar investigación clínica que se apoyará en la realidad asistencial de la UME y en las líneas prioritarias marcadas por los Planes de Salud.
- ▶ Participar en ensayos clínicos en sus distintas fases de elaboración, así como en los estudios observacionales que se crean adecuados.

### Organizativas y administrativas

- ▶ Funciones administrativas generales: ejecutar la normativa y directrices del hospital; proporcionar información a la Dirección; colaborar técnica y administrativamente con el resto de la red de salud mental, Atención Primaria y otras Áreas Hospitalarias e Instituciones; administrar y controlar los recursos asignados para el correcto funcionamiento del servicio; efectuar la autoevaluación continua de la actividad y de la consecución de objetivos establecidos; valorar el grado de satisfacción de los usuarios.

- ▶ Labores clínico administrativas propias de su puesto y en función de la legislación vigente: historia clínica, informe de alta, informes judiciales y de ingreso involuntario, informes solicitados por la inspección médica, información a las familias, consentimientos informados, cumplimentación escrita de protocolos y otros documentos administrativo asistenciales.
- ▶ Cooperar en la confección, implementación y actualización de consentimientos informados.
- ▶ Cooperar en la confección, implementación y actualización de protocolos clínico asistenciales, administrativos, de coordinación, legales o de gestión de riesgos sanitarios.
- ▶ Intervenir en el diseño y desarrollo de programas de intervención específicos.
- ▶ Tareas organizativas, gestión del equipo y del medio terapéutico. Coordinación de la actividad asistencial del conjunto del personal sanitario en la unidad de hospitalización, a través de reuniones periódicas del equipo terapéutico.
- ▶ Coordinación con el resto del equipo multidisciplinar.
- ▶ Participación en contratos de gestión y evaluación de calidad asistencial. Colaborar en la elaboración y logro de objetivos que se establezcan junto a la dirección médica del hospital para mejorar la calidad asistencial y optimizar los recursos de la unidad.
- ▶ Asistencia a las reuniones programadas.
- ▶ Participación institucional: comisiones clínicas, sesiones interservicio, grupos de trabajo, proyectos de mejora, comisiones paritarias, membresía a organizaciones y asociaciones, círculos de calidad, etc.

### **Funciones Asistenciales**

- ▶ En el procedimiento de ingreso y acogida el Psicólogo:
  - Informará de sus funciones al paciente y familiares.
  - Realizará intervenciones motivacionales, de apoyo y consejo para la preparación al ingreso y adaptación a la Unidad.
- ▶ Apertura de historia clínica psicológica, evaluación funcional y elaboración del Plan Individual de tratamiento –en coordinación con el resto del equipo de UME-.

- ▶ Realización de intervenciones psicoterapéuticas y de rehabilitación psicosocial, individuales, familiares o grupales, con enfoque en el diagnóstico (dirigidas a la remisión y/o manejo de los síntomas) y con enfoque en la discapacidad (encaminados a mejorar el nivel funcional del paciente y reducir las dificultades de integración social y familiar).
  - a) Terapia de apoyo y consejo. Intervenciones motivacionales.
  - b) Terapia cognitivo conductual y otras formas de psicoterapia.
  - c) Intervenciones psicosociales y psicoeducativas con paciente y familia.
  - d) Coordinación de los programas de habilidades sociales, resolución de problemas interpersonales, manejo de estrés y desarrollo emocional.<sup>7</sup>
- ▶ Intervención en crisis.
- ▶ Coordinación y colaboración con enfermería y monitores ocupacionales para:
  - Entrenamiento en habilidades y recursos básicos para la relación con los pacientes.
  - Manejo de conductas disfuncionales que presenten durante el internamiento.
- ▶ Información y orientación a las familias.
- ▶ Planificación del alta, junto con psiquiatra y trabajador social.
  - Motivación en aquellos pacientes que presenten algún grado de hospitalismo
  - Preparar la adaptación al medio extrahospitalario.
  - Informe de alta en el que se reflejarán los resultados de la evolución del paciente.
- ▶ Realizar informes de evolución:
  - Resultados obtenidos en las pruebas psicodiagnósticas y psicométricas.
  - Objetivos conseguidos por el paciente en los programas desarrollados y de aquellos no alcanzados y que se reservan para otras estructuras.
  - Transmisión de la información recogida al resto del equipo terapéutico.

---

<sup>7</sup> La ejecución de las intervenciones con fines psicoterapéuticos y rehabilitadores exigirá habitualmente la coordinación de los profesionales de UME, pero esto no exime de la conveniencia de nombrar responsables de programas e intervenciones, para asegurar el adecuado desarrollo de los mismos y la coordinación de los profesionales implicados.

### Funciones Docentes

- ▶ Participar y organizar acciones formativas para:
  - Equipos y programas de la red de salud mental y de atención primaria
  - Formación continuada del personal de la Unidad para dotación de conocimientos teóricos y habilidades prácticas que faciliten el desarrollo de sus funciones cotidianas y la resolución de dificultades que surjan en el contacto con el paciente
  - Supervisar y autorizar, en los casos que corresponda, las actividades formativas de Psicólogos, Psiquiatras y Enfermeros Internos Residentes, Terapeutas Ocupacionales.
  - Colaborar en actividades docentes que se organicen en la UME o en las que ésta participe.

### Funciones de Investigación

- ▶ Participación en aquellas actividades y líneas de investigación diseñadas por la UME o la organización sanitaria. Diseñar y aplicar los resultados de los estudios epidemiológicos psiquiátricos a la gestión y optimización de recursos.
- ▶ Empezar investigación clínica que se apoyará en la realidad asistencial de la UME y en las líneas prioritarias marcadas por los Planes de Salud.

### Funciones organizativas y administrativas

- ▶ Funciones administrativas generales: ejecutar la normativa y directrices del hospital; proporcionar información a la Dirección; colaborar técnica y administrativamente con el resto de la red de salud mental, Atención Primaria y otras Áreas Hospitalarias e Instituciones; administrar y controlar los recursos asignados para el correcto funcionamiento del servicio; efectuar la autoevaluación continua de la actividad y de la consecución de objetivos; valorar el grado de satisfacción de los usuarios.
- ▶ Labores clínico administrativas propias de su puesto y en función de la legislación vigente: historia clínica-psicológica, informes judiciales, información a las familias, consentimientos informados, cumplimiento de protocolos y documentos administrativos asistenciales.
- ▶ Elaborar procedimientos y sistemas de evaluación de intervenciones, programas y servicios, contribuyendo con ello a la implementación, desarrollo y mejora de la calidad asistencial.
- ▶ Participación en contratos de gestión y evaluación de calidad asistencial. Colaborar en la elaboración y logro de objetivos que se establezcan junto a la

dirección médica del hospital para mejorar la calidad asistencial y optimizar los recursos de la unidad.

- ▶ Recoger, analizar y transmitir información colaborando en la cumplimentación de los protocolos y sistemas de información establecidos.
- ▶ Cooperar en la confección, implementación y actualización de consentimientos informados.
- ▶ Cooperar en la confección, implementación y actualización de protocolos clínico asistenciales, administrativos, de coordinación, legales o de gestión de riesgos sanitarios.
- ▶ Participar en todas las actividades de coordinación necesarias para el desarrollo de las actividades y los programas del equipo.
  - Coordinación con el resto del equipo multidisciplinar:
  - Asistencia a las reuniones programadas.
  - Participación institucional: comisiones clínicas, sesiones interservicio, grupos de trabajo, proyectos de mejora, círculos de calidad, etc.

### Funciones asistenciales

#### Admisión y acogida:

- ▶ Participación en el procedimiento de acogida. Identificarse ante el paciente y sus familiares e informarles de sus funciones durante el periodo de hospitalización.
- ▶ Realizar el registro de entrada del paciente.
- ▶ Abrir hoja de tratamiento farmacológico médico y psiquiátrico. Anotar en lugar visible de hoja de tratamiento alergias medicamentosas y alimentarias conocidas.
- ▶ Abrir hoja de recomendaciones terapéuticas: recomendaciones generales, normas provisionales de manejo y nivel de vigilancia en ese momento.
- ▶ Informar al paciente de las recomendaciones terapéuticas específicas y medidas especiales de alimentación, régimen de visitas y llamadas permitidas en ese momento
- ▶ Supervisar las funciones de acogida del personal auxiliar.

#### Hospitalización:

- ▶ Recogida de datos y elaboración de una historia de enfermería.

- ▶ Poner en práctica un sistema de valoración de necesidades de cuidados según patrones funcionales de salud. Identificación de los problemas de cuidados detectados y el establecimiento de planes de atención individualizados
- ▶ Evaluación y actualización de los cuidados de enfermería .
- ▶ Ejecución de programas específicos de enfermería.
- ▶ Administración de la medicación prescrita en las hojas de tratamiento farmacológico.
- ▶ Ejecución técnica de las pruebas complementarias y tomas de constantes por turnos.
- ▶ Cumplimentación de documentos y registros:
  - Protocolo de acogida – información a paciente y familia
  - Historia de enfermería
  - Valoración y planes de cuidados individualizados
  - Hojas de incidencias
  - Evaluación de resultados de los planes de cuidados,
- ▶ Desarrollo y aplicación de planes de cuidados y protocolos adaptados a la UME:
  - Acogida del paciente y familia
  - Adherencia al tratamiento
  - Despertar / Higiene del sueño / Alimentación / Nutrición
  - Higiene y aseo personal
  - Contención mecánica / Contención psíquica
  - Interacción social
  - Visitas familiares
  - Movilidad y ejercicio físico
  - Orientación en la realidad
  - Mantenimiento de las pertenencias
  - Prevención de lesiones
  - Ocio y tiempo libre
- ▶ Participación en la elaboración y ejecución de programas psicoeducativos y educación para la salud a través de:
  - Sesiones educativas.

- Talleres de habilidades para la auto administración de la medicación y entrenamiento en hábitos saludables
- ▶ Supervisión de programas con enfoque en la discapacidad en los que participen el personal auxiliar.
- ▶ Elaboración de hojas de actuaciones terapéuticas. Basándose en las recomendaciones y en el plan terapéuticos, diseñará una hoja por paciente donde de forma clara y protocolizada se transmita a los auxiliares de enfermería información:
  - Horarios las actividades y programas a los que debe asistir el paciente
  - Régimen de visitas y llamadas y permisos de salida de la unidad
  - Recomendaciones de manejo
  - Nivel de vigilancia y medidas de contención,
  - Medidas de aseo, alimentación, movilización, psicomotricidad
  - Cuidados básicos de enfermería
  - Registros a realizar
- ▶ Supervisar la adecuada petición y cumplimentación de dietas y otras necesidades del paciente.
- ▶ Revisión de los registros de los auxiliares para poder valorar la evolución del paciente y transmitir dicha información al resto del equipo durante las sesiones clínicas diarias.
- ▶ Comunicar a los facultativos cualquier incidencia que requiera una intervención por parte de los mismos.
- ▶ Supervisar y garantizar el cumplimiento de las normas, protocolos y procedimientos.
- ▶ Supervisar el trabajo de los auxiliares de enfermería.

#### Alta

- ▶ Colaboración con la supervisora en la elaboración del informe de alta de enfermería
- ▶ Informar a paciente y familia de cuidados específicos de enfermería y sobre la administración de medicación

#### Coordinación y organización

- ▶ Coordinación y colaboración con el resto equipo.
- ▶ Asumir la carga administrativa que genere su trabajo y colaborar en las tareas administrativas generales de la UME



## Docencia e investigación

- ▶ Tutorizar y supervisar la formación del Enfermero Interno Residente de Salud Mental
- ▶ Colaborar en las tareas propias docentes e investigadoras de la UME (ver 6.1)

6. Organización funcional

### 6.4. Funciones de auxiliar de enfermería

#### Funciones asistenciales

##### Admisión y acogida:

- ▶ Identificarse ante el paciente y sus familiares e informarles de sus funciones durante el periodo de hospitalización.
- ▶ Acompañarán al paciente a la Unidad, mostrando su habitación y cama.
- ▶ Control de pertenencias y objetos personales, entregando a la familia los objetos de valor o no permitidos durante la hospitalización.
- ▶ Proporcionar pijama y bata del hospital.
- ▶ Favorecer la integración inicial del paciente.
- ▶ Explicar las normas generales de funcionamiento y horarios de la Unidad.

##### Hospitalización

- ▶ Cumplimiento de prescripciones facultativas transmitidas por la enfermera a través de las hojas de actuaciones terapéuticas:
  - Recomendaciones de manejo
  - Nivel de vigilancia y medidas de contención
  - Medidas especiales de aseo, alimentación
  - Cuidados básicos de enfermería
  - Registros a realizar
  - Horarios las actividades y programas a los que debe asistir el paciente,
  - Régimen de visitas, y llamadas y permisos de salida de la unidad
- ▶ Colaboración en la ejecución de los programas específicos de enfermería y en la aplicación de protocolos de prevención de suicidio, de contención mecánica, etc.
- ▶ Supervisión y estimulación de pacientes en la realización de programas con enfoque en la discapacidad.

- ▶ Cumplimentación de Registros
  - Registro de incidencias diarias en los tres turnos: Observar y seguir la evolución de los pacientes, anotando en el registro correspondiente las modificaciones del estado físico o mental, cambios o alteraciones de conducta, alteraciones de los patrones de sueño o alimentación, necesidad de contención mecánica, cumplimiento de normas, relación que establece con el personal sanitario y con el resto de pacientes, etc.
  - Registro de llamada y visitas: se recogerán las llamadas telefónicas y visitas recibidas por los pacientes indicando quien las realiza y la actitud del paciente ante las mismas
  - Registro de permisos terapéuticos: fecha de salida, la fecha en que debe regresar y las personas que vienen a recogerlos.
  - Los registros quedarán firmados por el/los auxiliares que los realizan
- ▶ Supervisión de la evolución, acompañamiento y apoyo a los pacientes
- ▶ Elaboración de paneles informativos de actividades para comunicar directamente a los pacientes de las actividades que deben realizar cada día.
- ▶ Garantizar el cumplimiento por parte de los pacientes de normas, asistencia a programas y actividades propuestas en su plan de tratamiento
- ▶ Ayudar a los pacientes en todas aquellas actividades y funciones para las que se encuentren discapacitados.
- ▶ Acompañar cuando se estime procedente durante el periodo de hospitalización a aquellos pacientes que requieran salir de la unidad a otros recursos sanitarios, sociosanitarios, administrativos, judiciales, etc.
- ▶ Coordinación y colaboración con el resto equipo
  - Asistencia a las reuniones clínicas de equipo
  - Coordinación para el logro de los objetivos terapéuticos. Responsabilizarse de aquellas tareas y pautas asistenciales que el equipo acuerde asignarle, en consonancia con su proximidad a la vida cotidiana del usuario.
  - Colaborar con los diferentes monitores y terapeutas ocupacionales para estimular al paciente a que participe en actividades de rehabilitación.
  - Colaborar con el resto del equipo en investigación y docencia.

### Alta

- ▶ Entrega de pertenencias y objetos personales
- ▶ Acompañar al paciente fuera de la Unidad

- ▶ Entregar al enfermero/a toda la documentación y registros realizados al paciente durante la hospitalización

### **Coordinación y organización**

- ▶ Coordinación y colaboración con el resto equipo, manteniendo una comunicación fluida y asistiendo a las reuniones clínicas de equipo, garantizando así una mejor transmisión de información y un tratamiento efectivo multidisciplinar y coordinado.
- ▶ Asumir la carga administrativa que genere su trabajo y colaborar en las tareas administrativas generales de la UME

### **Docencia e investigación**

- ▶ Colaborar en las tareas propias docentes e investigadoras de la UME (ver 6.1)

6. Organización funcional

## **6.5 Funciones de trabajo social**

### **Funciones asistenciales**

#### **Admisión y acogida**

1. Identificarse ante el paciente y sus familiares
2. Información al paciente y los familiares:
  - ▶ Características generales de la unidad, objetivos, funciones y normativa.
  - ▶ Derechos y deberes del paciente y familia.
3. Apertura de Historia Social:
  - ▶ Historia sanitaria.
  - ▶ Red familiar de apoyo, direcciones y teléfonos de contacto.
  - ▶ Explorar expectativas al ingreso y planteamientos / alternativas al alta.
  - ▶ Resaltar la necesidad de colaboración de la red familiar para el logro de los objetivos terapéuticos e informarles de actividades específicas de apoyo a los familiares: grupos psicoeducativos y de ayuda mutua.

#### **Hospitalización**

- a. Estudio, evaluación e intervención sobre la situación socio-familiar del paciente.
  - ▶ Estructura y relaciones familiares (dinámica familiar).

- ▶ Red familiar de apoyo y su funcionalidad.
    - Situación sanitaria del paciente y familia
    - Situación jurídico-legal, económica y sociolaboral
    - Área relacional y de ocio.
    - Vivienda: tenencia, condiciones de habitabilidad y equipamiento
  - ▶ Potenciar los recursos personales de los pacientes y familias.
  - ▶ Informar sobre prestaciones, accesos y utilización de recursos sanitarios y sociales existentes y movilización de aquellos que procedan.
  - ▶ Facilitar la integración del paciente en su entorno familiar y social.
  - ▶ Valorar y coordinar los recursos sociales y sanitarios que se ajusten a las necesidades de los pacientes.
- b. Elaborar con el resto del equipo el Plan Individual de Tratamiento, en el que se plasmarán los resultados de la evaluación previa:
- ▶ Circunstancias familiares y sociales que pueden condicionar la evolución del paciente y su tratamiento.
  - ▶ Objetivos durante el período de hospitalización.
  - ▶ Preparación para el alta.
- c. Intervención con familias.
- ▶ Entrevistas familiares:
    - Implicar a la familia desde el primer momento en todo el proceso de atención.
    - Informar, orientar y asesorar sobre los recursos sociales y sanitarios disponibles y gestionar según proceda.
    - Promover conductas de apoyo y rehabilitadoras hacia el paciente.
  - ▶ Elaboración, desarrollo y ejecución en colaboración, con el resto del equipo, de programas educativos con grupos de familiares:
    - programas de psicoeducación
    - grupos de ayuda mutua
    - talleres de habilidades para el manejo y afrontamiento de la enfermedad
  - ▶ Favorecer en la medida de lo posible el contacto paciente-familia-equipo.
- d. Establecimiento de protocolos de actuación y derivación.
- e. Cumplimentación de informes

Alta:

- a. Informar a la familia de la proximidad del alta y del proceso a seguir hasta la externalización del paciente.
- b. Coordinación con los servicios de trabajo social extrahospitalarios y con los servicios socio-sanitarios de la comunidad para facilitar la reinserción comunitaria.
- c. Emitir Informe Social al alta.

**Funciones de coordinación y organización**

- ▶ Participación en reuniones de coordinación interna del equipo.
- ▶ Participación en sesiones clínicas
- ▶ Promover sesiones informativas al resto del equipo sobre recursos sociales y socio-sanitarios, públicos y privados y su adecuada utilización.
- ▶ Coordinación con los distintos niveles y dispositivos de la red sanitaria.
- ▶ Coordinación con Servicios Sociales, a través de las estructuras y canales establecidos para la coordinación sociosanitaria.

**Docencia, investigación y funciones administrativas.**

- ▶ Colaborar en las tareas propias docentes e investigadoras de la UME (ver 6.1)
- ▶ Asumir la carga administrativa que genere su trabajo y colaborar en las tareas administrativas generales de la UME

6. Organización funcional

**6.6. Funciones de terapia ocupacional**

**Funciones asistenciales**

Hospitalización

- ▶ Evaluación ocupacional:
  - capacidades básicas que influyan en el desempeño de actividades
  - hábitos previos y actuales en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, trabajo y ocio.
- ▶ Establecimiento de objetivos terapéuticos, resultado de la evaluación previa y elaboración del Plan individual de tratamiento, en coordinación con el resto del equipo.
- ▶ Elaboración, desarrollo y ejecución de programas con enfoque en la discapacidad:

- Habilidades cognitivas, AVD, Ocio y Tiempo libre, reinserción social y orientación al trabajo.
- Intervenir sobre los contextos informales y el entorno para crear un ambiente terapéutico
- ▶ Planificación de actividades terapéuticas para conseguir una adecuada estructuración del tiempo durante su estancia en UME. Establecer un planning ocupacional complementario, que será responsabilidad de los monitores ocupacionales, bajo la supervisión del terapeuta ocupacional y con la colaboración del personal auxiliar (talleres ocupacionales, actividad física, grupos de actualidad, etc).

### Alta

- ▶ Proceso de preparación, apoyo y seguimiento al alta para facilitar que la estructura ocupacional adquirida durante el ingreso se mantenga tras el Alta.
- ▶ Realizar Informe sobre los objetivos conseguidos por el paciente en los programas desarrollados o coordinados por el terapeuta ocupacional y aquellos que se reservan para otras estructuras. El contenido de este informe quedará reflejado en el informe de alta y se recogerá en la historia clínica del paciente.

### Funciones docentes y de investigación

- ▶ Colaborar en la formación de futuros profesionales de la salud y específicamente de los terapeutas ocupacionales. Colaborar en los planes de formación de la unidad.
- ▶ Colaborar y fomentar en los proyectos de investigación desarrollados en la unidad.

### Funciones organizativas, de coordinación y administrativas

- ▶ Coordinar y supervisar el trabajo del monitor ocupacional y otros profesionales de la unidad implicados en actividades rehabilitadoras.
- ▶ Coordinación y asistencia a las reuniones de equipo.
- ▶ Elaborar documentos que faciliten la recogida de información y observaciones de monitores u otros profesionales del equipo relativas a las conductas de los pacientes.
- ▶ Realizar aquellas labores administrativas específicas de su puesto de trabajo y colaborar en las tareas administrativas generales de la UME.

**Funciones asistenciales**

- ▶ Ejecutar los talleres y actividades asignados por el terapeuta ocupacional.
  - a. Fomentar la independencia y autonomía de los usuarios.
  - b. Velar por el cumplimiento de objetivos terapéuticos.
  - c. Cumplimentar aquella documentación y registros que el equipo terapéutico establezca como necesarios.
  - d. Gestión y mantenimiento de los talleres.
- ▶ Supervisar la evolución de los usuarios en talleres y programas.
  - a. Adaptar y secuenciar las tareas para paciente según sus capacidades, su estado psicopatológico y su nivel de deterioro.
  - b. Motivar a los pacientes para su participación en las actividades ocupacionales
  - c. Acompañar durante el periodo de hospitalización cuando se estime oportuno a aquellos pacientes que requieran salir de la unidad para la realización de programas de rehabilitación en la comunidad.

**Coordinación con equipo UME:**

- ▶ Asistir y participar en las reuniones del equipo terapéutico.
- ▶ Informar al terapeuta ocupacional de cualquier incidencia relacionada con el paciente para que transmita la información al equipo terapéutico.

**Funciones docentes y de investigación**

- ▶ Colaborar en la formación de futuros profesionales de la salud y específicamente de los terapeutas ocupacionales.
- ▶ Colaborar en los planes de formación de la unidad.
- ▶ Colaborar y fomentar en los proyecto de investigación desarrollados en la unidad.

- ▶ Desempeñar las tareas asistenciales que le sean propias
- ▶ Garantizar que el acceso de pacientes a UME se realice según el protocolo vigente.

- ▶ Ejercer la coordinación del personal del equipo.
- ▶ Garantizar la programación, organización y coordinación de las actividades.
- ▶ Supervisar el adecuado cumplimiento de funciones de los miembros del equipo.
- ▶ Convocar y moderar las reuniones del equipo
- ▶ Revisión de normas de funcionamiento de la Unidad en colaboración con el equipo.
- ▶ Cumplir y hacer cumplir al equipo las normas en vigor.
- ▶ Velar por la correcta atención técnica y humana de los pacientes.
- ▶ Garantizar la adecuada dotación de la unidad en cuanto a recursos materiales y humanos y proponer necesidades de equipamiento y reforma que se estimen necesarias.
- ▶ Velar por una adecuada gestión de riesgos y seguridad de pacientes y por la aplicación de los protocolos asistenciales diseñados para la UME.
- ▶ Asegurar la coordinación de la UME con otros dispositivos asistenciales, sanitarios, socio sanitarios o administrativos.
- ▶ Participar en las Comisiones de Salud Mental de Área.
- ▶ Representación de la Unidad en las reuniones entre dispositivos, en las reuniones con la dirección del centro hospitalario, Subdirección de Salud Mental o Gerencia del área.
- ▶ Garantizar la evaluación periódica de las actividades realizadas.
- ▶ Promover actividades formativas.

Además de las propias de enfermería, el supervisor o supervisora tiene funciones específicas.

### **Funciones asistenciales:**

#### Acogida

- ▶ Supervisión de la implementación del protocolo de acogida.
- ▶ Garantizar la recogida de la documentación del paciente por parte del Servicio de admisión y su adecuada distribución a las enfermeras y auxiliares.
- ▶ Informar a familiares de las características de la UME y su funcionamiento interno entregándoles además una hoja informativa donde se recogen normas de funcionamiento, teléfonos y horarios de contacto con los profesionales.



## Hospitalización

- ▶ Participación junto con el resto del equipo en la elaboración de objetivos de trabajo.
- ▶ Participar en la elaboración del plan individual de tratamiento.
- ▶ Colaborar con otros profesionales del equipo en la elaboración, desarrollo y ejecución de programas con enfoque en el diagnóstico o la discapacidad.
- ▶ Coordinar y supervisar el trabajo y el correcto cumplimiento de funciones específicas de enfermeros y auxiliares de enfermería, y la puesta en marcha de protocolos.
- ▶ Asegurar que el paciente recibe unos cuidados de enfermería adecuados.
- ▶ Asegurar la adecuada cumplimentación de documentos por parte de enfermeros y auxiliares y garantizar una efectiva transmisión de información.
- ▶ Coordinar y organizar las salidas del paciente durante el periodo de hospitalización.

## Alta

- ▶ Elaborar el informe de alta de enfermería.
- ▶ Garantizar que el enfermo reciba toda la documentación referente al alta.
- ▶ Informar al paciente y la familia de los cuidados domiciliarios de enfermería.

## Organización y coordinación

- ▶ Coordinación con el resto del equipo, favoreciendo una comunicación fluida con psiquiatra, psicólogo, trabajador social y terapeuta ocupacional y asistiendo a las reuniones clínicas de equipo.
- ▶ Gestión de planillas del personal de enfermería. Organización de turnicidad de enfermería y auxiliares en coordinación con la dirección de enfermería.
- ▶ Colaborar con el responsable de la unidad en la adecuada dotación de la unidad en cuanto a recursos materiales y humanos y proponer necesidades de equipamiento y reforma que se estimen necesarios.
- ▶ Valoración de las necesidades del personal de enfermería y elaboración de análisis de situación.
- ▶ Coordinación de la elaboración de protocolos y programas de cuidados de enfermería. Planificación de la atención de enfermería.
- ▶ Análisis de los procedimientos de comunicación interna del personal de enfermería.

- ▶ Evaluación de la calidad asistencial en el ámbito de enfermería. Supervisión de los registros de enfermería.
- ▶ Detección de las necesidades de equipamiento, supervisión de su correcto uso y mantenimiento, elaboración de informes y memorias sobre la optimización de recursos materiales.

### **Docencia e investigación**

- ▶ Colaborar en las tareas propias docentes e investigadoras de la UME (ver 6.1).
- ▶ Fomentar la formación continuada del personal de enfermería. Detección de necesidades formativas.
- ▶ Diseñar las rotaciones por la UME del EIR.



# 7. Evaluación y calidad asistencial



# 7. Evaluación y calidad asistencial

---

- ▶ Las UME pueden ser monitorizadas según **parámetros de calidad asistencial** a través de procedimientos de autoevaluación, acreditación y auditoria de servicios. En la calidad asistencial pueden distinguirse diversos aspectos: la calidad de la atención técnica, la calidad de la atención interpersonal o relacional, del entorno en el que se desarrolla el proceso terapéutico, la cantidad de la atención y su coste. Los indicadores de calidad pueden ser tanto cuantitativos (nivel de recursos, nivel de actividad, nivel de funcionamiento) como cualitativos (análisis de resultados, de satisfacción, de calidad de vida), en tres grandes áreas: estructura, proceso y resultados.
- ▶ El **Manual de Estándares del Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos sanitarios de la CAE** establece 10 categorías en las que aplicar los estándares definidos y que pueden ser utilizados para la evaluación de las UME.
  - Dirección
  - Planificación estratégica
  - Gestión de recursos humanos
  - Gestión de Tecnología y recursos materiales
  - Gestión de la Información, conocimiento y aspectos éticos
  - Gestión de procesos
  - Satisfacción de ciudadanos
  - Satisfacción de personal
  - Implicación de la sociedad
  - Resultados clave

### 7.1. Elementos clave en la evaluación de la calidad asistencial

- ▶ Elementos que debe incorporar el funcionamiento normalizado de la UME en relación con evaluación y calidad del servicio:
  - Implantación progresiva de **herramientas de evaluación, gestión y calidad** asistencial, como los módulos de autoevaluación de centros, servicios y establecimientos sanitarios del Modelo de Calidad de la Consejería de Sanidad y Dependencia. Además de las herramientas, es necesario implementar cambios en los estilos de trabajo, mejorando la aceptabilidad, incentivando a los profesionales y posibilitando su implantación (formación y tiempo).
  - Implementación **atención por procesos** asistenciales integrados y la evaluación de los mismos (establecimiento de objetivos y cartera de servicios homogéneos, medición del producto, elaboración de estándares, indicadores de calidad, criterios de efectividad y eficiencia, y acreditación de unidades clínicas y profesionales).
  - Implicación en la elaboración de **contratos de gestión** clínica por resultados, que se valoraran a través de indicadores cuantitativos de actividad y funcionamiento y de indicadores cualitativos. Participación en sistemas progresivos de autogestión (unidades de gestión clínica).
  - Participación en los **sistemas de información** generales y específicos de salud mental. La Unidad dispondrá de sus propios sistemas de registro basados en el informe de alta, CMBDH y datos del servicio de admisión, que le permitan elaborar indicadores de actividad.
  - **Estandarización:** Uso de criterios diagnósticos, estandarización de documentos, uso de guías de práctica clínica, elaboración de protocolos, implementación de programas, etc.
  - Uso de **indicadores** medibles.
  - **Encuestas de satisfacción** para usuarios y profesionales

### 7.2. Indicadores asistenciales

- ▶ El seguimiento de los objetivos pactados se realiza a través de **indicadores**, que permitirán un análisis de la situación, una medición de los cambios y la toma

de decisiones en función de resultados. Los indicadores (de cualquier tipo) se definen a través de un "criterio" (lo que quiero evaluar), un "indicador" (lo que hay que hacer), un "índice" (la forma de medirlo) y un "estándar" (porcentaje mínimo de cumplimiento). Se incorporarán a un **cuaderno de mandos integrado**.

- ▶ Algunos de estos indicadores se reflejarán en los contratos de gestión con la Gerencia del Área, otros serán incorporados por el cuaderno de mandos de la Subdirección de Salud Mental o serán de uso interno o auto evaluativo. Es muy importante realizar una selección adecuada (no más de 10 indicadores) y revisable de los indicadores que permitan un análisis funcional periódico de la UME.
- ▶ **Indicadores de actividad** comúnmente utilizados en las unidades de hospitalización psiquiátricas:
  - Estancia media: estancias totales / N° ingresos totales <sup>8</sup>
  - Estancia media ajustada.
  - Tasa de incidencia: N° primeras hospitalizaciones / N° habitantes área de intervención x 1000
  - Tasa de ingresos involuntarios: N° ingresos involuntarios urgentes + programados + orden judicial / N° ingresos totales x 100
  - Porcentaje de reingresos: N° reingresos en unidad de tiempo / N° ingresos totales x 100
  - Tasa de altas médicas: N° altas médicas / N° altas totales x 100
  - Porcentaje de defunciones: N° altas defunción / N° altas totales x 100
  - Porcentaje de suicidios: N° suicidios / N° altas totales x 100
  - Índice de ocupación: N° estancias totales / (N° camas unidad x N° días periodo de estudio) x 100
  - Índice de rotación: N° ingresos totales / N° camas unidad
  - Continuidad de cuidados: N° pacientes con informe de alta en mano / N° altas totales x 100
  - Porcentaje de altas informadas según informe estandarizado: N° pacientes informe alta en mano / N° altas totales x 100
  - Ingresos involuntarios sin / con autorización judicial
  - N° ingresos judiciales

<sup>8</sup> Los subrayados son indicadores básicos que suelen recogerse en cuadernos de mando y contratos de gestión



- Índice de retención:  $\text{N}^\circ \text{ altas médicas} + \text{N}^\circ \text{ altas defunción} + \text{no altas traslado} / \text{N}^\circ \text{ altas totales}$
- Estudio y explotación de GRDs
- ▶ Además de estos indicadores pueden establecerse otros relacionados con la **continuidad y coordinación de cuidados**, uso de protocolos, idoneidad de las derivaciones, etc. Algunos ejemplos son:
  - Porcentaje de ingresos aceptados del total de solicitudes remitidas a la comisión de valoración clínica.
  - Porcentaje de ingresos con informe estandarizado de derivación del total de ingresos.
  - Tasa de incidencias de accidentes
  - Tasa de incidencias de errores de medicación
  - Tasa de fugas
  - Indicadores asociados al procedimiento de contención: porcentaje de registros de contención realizado sobre el total de ingresos (ver otros en punto 9 del Anexo de Contención mecánica).
  - Índice de altas voluntarias
  - Número de protocolos o guías de actuación en uso. Indicadores específicos de implementación.
  - Número de atenciones programadas
  - Numero de reuniones para coordinación, planificación y evaluación
  - Numero de reuniones con otros dispositivos
  - Numero de actividades de formación
  - Numero de profesionales que participan en actividades de formación
  - Demora media de los ingresos: tiempo transcurrido desde la llegada de la derivación de la solicitud hasta su resolución
  - Calidad del informe de alta
  - Tasa de quejas y reclamaciones
  - Media de días de contestación reclamaciones
  - Índice global de satisfacción de pacientes
  - Índice global de satisfacción de familias
  - Sistema de seguridad para el acceso a la información

- ▶ Indicadores relacionados con la **efectividad de las intervenciones**
  - Grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos y rehabilitadores
  - Cambios en las pruebas objetivas empleadas en los instrumentos de evaluación del caso
  - Reingresos a corto y medio plazo
  - Grado de satisfacción del usuario y del entorno familiar al alta
  - Grado de reinserción socio-familiar, comunitario, laboral
  - Frecuentación y uso de recursos sanitarios
  - Indicadores de coste eficacia
  - Indicadores relacionados con bajas laborales
  
- ▶ Indicadores asociados a **situaciones potencialmente críticas**
  - Tiempo discurrido hasta evaluación completa del paciente ingresado
  - Uso de medicación prn ("si precisa") durante más de 5 días
  - Uso de más de dos medicaciones del mismo grupo
  - Uso de sedantes a dosis altas más de 7 días seguidos
  - Firma de consentimientos
  - Tasa de contenciones mecánicas



# 8. Anexos



# 8. Anexos

---

- ▶ Protocolo de Contención Mecánica
- ▶ Protocolo de Prevención de la Conducta Suicida
- ▶ Informe de Derivación
- ▶ Informe de Alta



Última Revisión  
11 / 07 / 2007

Subdirección de Salud  
Mental y Recursos  
Sociosanitarios

# PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

## Índice

1. Definición y riesgos de la inmovilización
2. Estrategias para disminuir el riesgo de las inmovilizaciones
3. Activación del Protocolo de Contención Mecánica
4. Indicaciones del Protocolo de Contención Mecánica
5. Recursos para el Protocolo de Contención Mecánica
6. Ejecución del Protocolo de Contención Mecánica
7. Retirada de la sujeción mecánica
8. Aspectos legales
9. Evaluación del Protocolo de Contención Mecánica
10. Bibliografía
11. Registro de Contención Mecánica

## 1. Definición y riesgos de la inmovilización

- 1.1. La contención mecánica o inmovilización puede definirse como el uso de una fuerza que tiene el propósito de controlar las acciones de una persona, limitando su libertad de movimiento.
- 1.2. Como consecuencia de la sujeción mecánica pueden producirse eventos adversos severos o permanentes, como la compresión de nervios, contracturas e incluso estrangulación y muerte. También se ha descrito la aparición de úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal y aumento en la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales. Su uso puede aumentar la ocurrencia de eventos adversos, aunque no sean una consecuencia directa de las sujeciones.
- 1.3. Las inmovilizaciones deberían utilizarse tan infrecuentemente como sea posible y con las técnicas menos restrictivas posibles.
- 1.4. Se han identificado los siguientes factores en los eventos ocurridos que pueden contribuir a aumentar el riesgo de muerte:



- Inmovilización de pacientes fumadores.
- Inmovilización en posición supina, ya que predispone al riesgo de bronco aspiración.
- Inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia.
- Inmovilización a pacientes que se encuentran en una habitación en la que no hay observación continua del personal sanitario.
- Inmovilización de pacientes con deformidades.

## **2. Estrategias para disminuir el riesgo de las inmovilizaciones**

### 2.1. Fomentar un uso de las sujeciones limitado y justificado

- ▶ Establecer procedimientos y normativas claras, formar e involucrar a todos los profesionales, recibir apoyo de la organización sanitaria.
- ▶ Elaborar un protocolo que establezca población diana, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión, tipos de contención, sistemas de control y medidas de seguridad.

### 2.2. Fomentar un entorno y aplicación seguros cuando el paciente ha de ser inmovilizado

- ▶ Identificar factores individuales de riesgo
- ▶ Verificar la existencia de una indicación médica y su duración
- ▶ Utilizar sistemas de registro específicos
- ▶ Reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción
- ▶ Asegurar que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente
- ▶ Si se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama
- ▶ Si está en decúbito prono asegurar que las vías áreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.
- ▶ Utilizar material de contención homologado
- ▶ Cambiar periódicamente la posición de la inmovilización
- ▶ Evaluar los sitios en contacto con la piel
- ▶ Asegurar que el paciente no tiene a su alcance cerillas o mecheros
- ▶ Revisar y actualizar los protocolos
- ▶ Monitorizar el número de casos que han requerido contención e introducir propuestas de mejora

### 3. Activación del Protocolo de Contención Mecánica

- 3.1. El protocolo de contención mecánica es una medida excepcional y urgente que se activará cuando exista un riesgo inminente y no controlable por otros medios de que el paciente se provoque o pueda provocar daños a terceros, o imposibilitar intervenciones imprescindibles del proceso terapéutico.
- 3.2. El objetivo es la inmovilización supervisada del paciente en la cama de aislamiento con elementos de sujeción homologados durante el mínimo tiempo preciso.
- 3.3. Algunas consideraciones previas a la puesta en marcha de la sujeción:
  - Es una medida terapéutica de riesgo, destinada a garantizar la seguridad del paciente y/o su entorno y nunca debe ser un castigo o amenaza.
  - La aplicación de la sujeción física de un paciente debe llevarse a cabo salvaguardando en todo momento sus derechos y dignidad personal
  - La contención es un acto médico sobre la conducta sintomática de un paciente. La responsabilidad de la activación de este protocolo corresponde al psiquiatra, excepto en los casos de emergencia que será activado por el enfermero/a, informando al psiquiatra lo antes posible.
  - Se tendrán en cuenta todas aquellas medidas destinadas a la prevención de la necesidad de sujeción mecánica (medidas generales que eviten episodios violentos, identificación de riesgos y actuación precoz).
  - Deben agotarse todas las medidas alternativas al alcance del equipo terapéutico antes de indicar la sujeción mecánica
    - Abordaje verbal
    - Medidas ambientales y/o conductuales
    - Manejo psicofarmacológico
  - Antes de proceder a la contención:
    - Comprobar el estado de la cama donde va a efectuarse.
    - Alejar del alcance el paciente cualquier objeto peligroso.
    - Determinar el tipo de sujeción del paciente.
    - Comprobar la colocación y buen estado de las correas.

### 4. Indicaciones del Protocolo de Contención Mecánica

- 4.1. Situaciones psicopatológicas en las que es más frecuente la contención mecánica:
  1. Cuadros psicóticos con alteración del juicio de realidad y conducta gravemente desorganizada

2. Cuadros confusionales tipo delirium de etiología somática
3. Conductas auto lesivas o heteroagresivas

4.2. Indicaciones de la contención mecánica son:

- ▶ Prevención de lesiones al propio paciente (autolesiones, caídas, etc) o a otras personas
- ▶ Evitar interrupciones graves del programa terapéutico del propio paciente u otros enfermos (arranque de vías, sondas, otros sistemas de soporte vital...)
- ▶ Evitar daños físicos significativos
- ▶ Reducir estímulos sensoriales (aislamiento)
- ▶ Si lo solicita voluntariamente el paciente y existe justificación clínica y/o terapéutica según el criterio del personal sanitario que lo atiende.
- ▶ Como parte de un programa de modificación de conducta previamente explicitado y consensuado.

## 5. Recursos para el Protocolo de Contención Mecánica

5.1. Materiales y recursos arquitectónicos

- ▶ Correas de sujeción mecánica con imanes para anclaje u otros sistemas de contención con seguridad y eficacia contrastadas.
- ▶ La contención se llevará a cabo en una habitación de aislamiento o de alta supervisión

5.2. Humanos

- ▶ Se necesitan un mínimo de 4 personas para poder realizarla con seguridad para el paciente y para el personal. Se considera que 5 personas es el número más adecuada (una por cada extremidad y otra para la sujeción de la cabeza).
- ▶ El personal debe estar formado en el procedimiento de contención.
- ▶ La implicación de colaborar en la actuación de sujeción mecánica es de todo el personal de la UME (psiquiatría, enfermería, auxiliares de enfermería, psicología, terapeutas ocupacionales, monitores, celadores, en función de las circunstancias).

## 6. Ejecución del Protocolo de Contención Mecánica

- 6.1. La detección de la necesidad de activar el protocolo de sujeción en muchos casos procede del personal de enfermería. Éste se pondrá en contacto con el personal médico 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 médico, queda expresamente autorizado para iniciar el procedimiento de contención mecánica, debiendo comunicar el hecho al personal médico lo antes posible para conseguir su conformidad por escrito.

- 6.2. El proceso de contención y su supervisión quedará siempre registrado en el formulario que se anexa (**Registro de Contención Mecánica**).
- 6.3. El psiquiatra firmará la orden de sujeción y las prescripciones que correspondan (psicofármacos, supervisión, nutrición, etc...).
- 6.4. El psiquiatra o la enfermera dirigirán la operación (debe existir siempre un director del procedimiento): antes de iniciar la sujeción deben aclarar al personal el tipo de contención que se va a efectuar (parcial o completa) y cual es la función de cada uno de los que van a efectuarla.
- 6.5. Quien dirija la operación, informará al paciente inmediatamente antes del proceso de la medida que se va a tomar y se le dará tiempo para obedecer las demandas verbales (tumbarse en la cama voluntariamente).
- 6.6. El personal adoptará una actitud tranquila y firme, no provocativa, contenedora, poniendo límites claros y explicando la situación al enfermo.
- 6.7. Si no hay colaboración, sin dar lugar a discusión verbal, se procederá a reducirlo y trasladarlo a la cama.
- 6.8. Cada una de las personas encargadas de la sujeción se dedicará a inmovilizar un miembro (se recomienda que si es posible un miembro del equipo inmovilice la cabeza).
- 6.9. El personal que realice la sujeción debe retirar de sus bolsillos todos aquellos utensilios que puedan ser utilizados por el paciente para provocar agresiones contra él mismo o terceros.
- 6.10. Se tumbará al paciente en decúbito supino (salvo disminución del nivel de conciencia o intoxicados) manteniendo sujetas cada una de las extremidades (un miembro del equipo por cada extremidad)
- 6.11. La inmovilización se iniciará por la colocación de la sujeción abdominal, miembros inferiores y por último los superiores.
- 6.12. En caso de inmovilización parcial, ésta se efectuará en diagonal: brazo izquierdo y pierna derecha o viceversa. Nunca se inmovilizará a un paciente por una sola extremidad.
- 6.13. Una vez realizada la contención, se comprobará que las correas están adecuadamente apretadas y se le preguntará al paciente si tiene alguna necesidad básica que cubrir.

- 6.14. Se evaluará periódicamente la necesidad de aplicar o modificar las pautas psicofarmacológicas.
- 6.15. Registrar minuciosamente el espacio de la sujeción retirando cualquier objeto al alcance del paciente.
- 6.16. El personal de enfermería es el responsable de la supervisión de la sujeción mecánica.
- 6.17. Las **pautas de supervisión mínimas** serán:
  - El médico supervisará al paciente durante la primera hora tras la contención y nuevamente trascurridas las primeras seis horas, registrando por escrito la necesidad o no de mantenerla.
  - En inmovilizaciones completas enfermería visitará al paciente cada media hora y si es posible soltará de forma rotatoria un miembro con la misma frecuencia.
  - Si el paciente presenta un cuadro de delirium, está intoxicado o presenta disminución del nivel de conciencia, la frecuencia de visitas será cada 15 minutos.
  - En inmovilizaciones parciales el seguimiento se hará con una frecuencia horaria.
  - Estas pautas mínimas están sujetas a variación según indicación médica.
- 6.18. El/la enfermera revisará periódicamente la sujeción para asegurarse del buen estado del paciente, vigilará cualquier cambio en su estado físico o mental y controlará especialmente la circulación de los miembros: temperatura y coloración de la parte distal de los miembros, signos de inflamación, heridas o quemaduras de rozamiento. Debe asegurarse de que en todo momento tenga cubiertas sus necesidades básicas.
- 6.19. El/la enfermera dejará registradas y firmadas todas las revisiones efectuadas durante el periodo de ejecución de la contención, las incidencias observadas y/o intervenciones realizadas.
- 6.20. El registro del protocolo permite dejar constancia escrita de todas aquellas incidencias, intervenciones y prescripciones que se consideren relevantes.
- 6.21. Las incidencias de importancia, deben ser comunicadas al psiquiatra responsable de la indicación el tratamiento.
- 6.22. El médico/psiquiatra, debe estar informado de cualquier incidente relacionado con la contención.
- 6.23. Si la contención se prolonga más de 24 horas, debe plantearse la heparinización del paciente para evitar accidentes tromboembólicos.

- 6.24. Durante la contención se tomarán constantes según indicaciones médicas y como mínimo una vez por turno. Se atenderán las necesidades de aseo y nutrición.
- 6.25. Durante la contención en habitación de aislamiento el paciente no recibirá visitas familiares excepto por prescripción facultativa específica.
- 6.26. Comunicación judicial
- En los casos de ingreso voluntario en los que se practique contención mecánica involuntaria, se transformará el ingreso en involuntario, de lo que se dará parte al juez en un plazo no superior a 24 horas.
  - En el caso de una contención voluntaria en un paciente ingresado de forma voluntaria y con capacidad de comprender y decidir, no será necesaria la comunicación judicial, pero si es imprescindible el consentimiento informado.
  - En el caso de internamientos involuntarios judiciales, se informará al juez de la necesidad de contención mecánica si esta se prolonga durante más de 12 horas.

## ILUSTRACIONES SOBRE PROCEDIMIENTOS APREHENSIÓN Y CONTENCIÓN MECÁNICA\*

**Figura 1.-** Para acompañar a la habitación a un paciente, cuyo estado lo permite y desea ir a pie, pueden ser suficientes dos personas que sujeten al enfermo por las axilas con una mano, empujando hacia arriba, y por las muñecas con la otra, tirando hacia abajo. Con la suficiente firmeza para dar seguridad al procedimiento, pero sin extremarla para no lesionar al paciente.



**Figura 2.-** Para reducir al paciente en el suelo deberá ser estirado de espaldas sobre el mismo, controlando su cabeza para evitar que se golpee o golpee a algún miembro del equipo. Habrá una persona sujetando cada miembro del enfermo. Para los miembros superiores, se sujetarán los hombros y los antebrazos. Para los miembros inferiores la sujeción se realizará presionando inmediatamente por encima de las rodillas y de los tobillos

**Figura 3.-** Para trasladar a un paciente agitado a la habitación el personal debe sujetarlo por las piernas, a la altura de las rodillas y por los brazos alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros. Un quinto miembro del equipo debe estar preparado para sostener la cabeza, si el paciente la agita mucho, para evitar que se la golpee o golpee a alguien.



\* Adaptadas de Ramos Brieva. "Contención Mecánica. Manual de uso y protocolos de procedimiento". Ed. Masson. 1999

## 7. Retirada de la sujeción mecánica

- 7.1. La sujeción 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, etc.)
- 7.2. La decisión de retirar la sujeción corresponde al psiquiatra que actuará según su propia valoración y la información de la evolución que le transmite enfermería.
- 7.3. El psiquiatra debe registrar por escrito, fechar y firmar la retirada de la sujeción.
- 7.4. Enfermería cumplimentará en el Registro de Contención Mecánica la hora de inicio y finalización de la sujeción, supervisiones periódicas, así como cualquier incidente acontecido durante la misma.
- 7.5. El/la enfermero informará al paciente de que va a procederse a la retirada de la contención, se le recomendará incorporarse lentamente para evitar hipotensiones ortostáticas.
- 7.6. La supresión de la contención se hará de forma gradual. En el momento de la liberación completa estarán presentes al menos 4 personas.

## 8. Aspectos legales

### 8.1. Preceptos legales aplicables:

- ▶ Constitución (Art. 17.1): sobre privación de libertad.
- ▶ Ley 41/2002 reguladora de la Autonomía del Paciente (Arts.5, 8 y 9)
- ▶ Ley de Enjuiciamiento Civil (Art.763) sobre internamiento involuntario por razón de trastorno psíquico.

### 8.2. Información sobre la adopción de la medida:

La utilización de la medida excepcional y urgente de contención mecánica en los supuestos y de acuerdo con el presente protocolo, como cualquier otra actuación sanitario-asistencial, deberá ser informada al paciente de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y a las circunstancias existentes en el momento; también se debe informar a las personas que, vinculadas a él por razones familiares o de hecho, se encuentren acompañando al paciente. La información debe darse con carácter previo *siempre que sea posible*, durante la sujeción y posteriormente.

### 8.3. Historia Clínica y documentos del protocolo:

En cualquier caso, debe quedar constancia en la Historia Clínica de las circunstancias que han justificado tanto la adopción de esta medida como su mantenimiento en el tiempo, mediante la inclusión en la Historia Clínica de los documentos señalados en este protocolo. Deben recogerse todas las incidencias que hayan rodeado la medida.



#### 8.4. Consentimiento:

El consentimiento de la medida de contención mecánica de persona con capacidad y en condiciones de decidir, sería válido de conformidad con el art.8.2 de la Ley 41/2002 antes citada. En los supuestos excepcionales en los que el paciente –con capacidad y en condiciones de decidir- dé su consentimiento para la adopción de la medida de contención mecánica, es conveniente que este consentimiento se recoja en un documento escrito firmado por el paciente. En otro caso, -paciente que no sea capaz de tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación-, se consultará *cuando las circunstancias lo permitan* a los familiares o a las personas vinculadas de hecho con el paciente. Habitualmente se informará a la familia después de indicar y realizar la contención, ya que esta suele ser un procedimiento urgente.

#### 8.5. Comunicación judicial:

Ver criterios en 6.26.

- ▶ En caso de internamiento involuntario, la comunicación por parte del médico responsable del caso se efectuará cuando se prevea que la sujeción se va a prolongar o se prolongue en el tiempo, fijando como plazo orientador la permanencia de la medida durante más de 12 horas.
- ▶ En los casos de ingreso voluntario en los que se practique contención mecánica involuntaria, se transformará el ingreso en involuntario, de lo que se dará parte al juez en un plazo no superior a 24 horas.

### 9. Evaluación del Protocolo de Contención Mecánica

9.1. La existencia de un Registro específico (**11. Registro de Contención mecánica**) permite evaluar de forma periódica cuantitativa y cualitativamente el procedimiento.

9.2. Algunos indicadores y elementos evaluables serán

- ▶ Número de contenciones realizadas y tasa referida a total de ingresos
- ▶ Contenciones realizadas según indicación
- ▶ Cumplimentación adecuada del registro
- ▶ Notificación al juez de contenciones mantenidas durante más de 12 horas
- ▶ Supervisión y seguimiento adecuados
- ▶ Efectos adversos relacionados con la contención

## 10. Bibliografía

- ▶ Ramos Brieva J A. **Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento.** Ed.Masson.1999.
- ▶ Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. **Behavioral Health Care Restraint and Seclusion Standards.** 2002.
- ▶ [ww.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea\\_8.htm](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_8.htm).
- ▶ [www.jcipatientsafety.org/14789/](http://www.jcipatientsafety.org/14789/)
- ▶ Hospital Universitario 12 de Octubre. **Protocolo de Contención Mecánica de Movimientos.** Septiembre 2003.
- ▶ Centro de Investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Alerta nº5: **Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.** 2005.

## 11. Registro de Contención Mecánica

REGISTRO DE CONTENCIÓN MECÁNICA Unidad de Media Estancia	
DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre y apellidos:	
Nº historia:	Fecha ingreso:
Sexo:	Cama:
Edad:	
INFORMACIÓN A PACIENTE / FAMILIA	
Se ha explicado la necesidad de la contención a:	
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No ha sido posible en ninguno de los casos	
INDICACIÓN DE LA SUJECCIÓN	
Fecha de la indicación:	Hora de la indicación:
<b>Indicación</b> de la contención ( <i>márquese la/s casilla/s correspondiente/s</i> ) <input type="checkbox"/> Prevención de lesiones al propio paciente o a otras personas <input type="checkbox"/> Evitar interrupciones graves del programa terapéutico del paciente u otros enfermos <input type="checkbox"/> Evitar daños físicos significativos <input type="checkbox"/> Reducir estímulos sensoriales (aislamiento) <input type="checkbox"/> Solicitado voluntariamente por el paciente y con justificación clínica y/o terapéutica <input type="checkbox"/> Como parte de un programa de modificación de conducta previamente explicitado	
<b>Situación</b> actual del paciente <input type="checkbox"/> Agitación psicomotriz severa <input type="checkbox"/> Riesgo potencial de agresividad <input type="checkbox"/> Confusión /desorientación / delirium <input type="checkbox"/> Impulsividad suicida <input type="checkbox"/> Otra	
<b>Nombre y firma del Médico responsable:</b>	<b>Nombre y firma del Enfermero/a responsable:</b>
TIPO DE SUJECCIÓN	
<input type="checkbox"/> Miembros superiores <input type="checkbox"/> Miembros inferiores <input type="checkbox"/> Cintura	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Cruzada

MEDIOS UTILIZADOS PREVIAMENTE A LA CONTENCIÓN		
<input type="checkbox"/> Intervenciones verbales	<input type="checkbox"/> Medicación parenteral	
<input type="checkbox"/> Intervención con familiar	<input type="checkbox"/> Aislamiento sin contención	
<input type="checkbox"/> Medicación oral	<input type="checkbox"/> Sin alternativas desde el principio	
TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO DURANTE CONTENCIÓN <sup>1</sup>		
Medicación	Vía	Pauta
ASPECTOS LEGALES		
<input type="checkbox"/> Se ha realizado comunicación judicial		
<input type="checkbox"/> Otros		
SUPERVISIÓN DE LA CONTENCIÓN (ver 6.17. y siguientes)		
Fecha y hora de SUPERVISIÓN	Turno	Firma Enfermero / a responsable del turno <sup>2</sup>
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	

1 La transcripción del tratamiento en el registro de Contención mecánica no exime de su prescripción por escrito en las hojas de tratamiento de la historia clínica.

2. El enfermero responsable del turno realizará las supervisiones según pauta mínima establecida en puntos 6.17 y siguientes. La pauta de supervisión quedará reflejada en la historia de enfermería

<b>CONFIRMACIÓN DE LA INDICACIÓN</b> (como mínimo, confirmar cada 8 horas)		
Fecha y hora de CONFIRMACIÓN	Turno	Firma Médico responsable
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
	M/T/N	
<b>SUSPENSIÓN DE LA SUJECIÓN</b>		
Motivo de la suspensión:		
Nombre y firma del Médico responsable:		Nombre y firma del Enfermero/a responsable:
<b>REGISTRO DE INCIDENTES y OBSERVACIONES</b>		
Fecha / hora	Responsable	Incidente / Intervención / Medidas a adoptar

Última Revisión  
11 / 07 / 2007

Subdirección de Salud  
Mental y Recursos  
Sociosanitarios

# PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL **SUICIDIO** EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

## Índice

1. Estrategias generales para minimizar el riesgo de suicidio en pacientes hospitalizados
2. Medidas generales de prevención de conducta suicida en UME
3. Medidas específicas de prevención de conducta suicida en UME
4. Desactivación del Protocolo
5. Registro

### 1. Estrategias para minimizar el riesgo de suicidio en pacientes hospitalizados

- 1.1. De acuerdo con el Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de Pacientes (Alerta Nº 6 *Prevención del suicidio de pacientes hospitalizados*), las estrategias de mejora en este campo están basadas en:
  - Evaluación del paciente
  - Aspectos estructurales
  - Aspectos organizativos
- 1.2. El riesgo de suicidio debería considerarse en todos los receptores de prestaciones sanitarias. En aquellas poblaciones con un riesgo incrementado de conductas suicidas, esta evaluación debe ser sistemática y exhaustiva (antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano).
- 1.3. La identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos).
- 1.4. Los principales métodos de suicidio en pacientes hospitalizados son el ahorcamiento seguido de la precipitación, siendo el cuarto de baño y la propia habitación los escenarios más habituales. El entorno asistencial debe estar diseñado

de tal forma que evite físicamente la posibilidad de que los pacientes se hagan daño a sí mismo, además de facilitar la supervisión de los enfermos (véase Elementos de Estructurales)

- 1.5. En cuanto a los elementos organizativos se pueden destacar los siguientes
  - Elaborar sistemas protocolizados de evaluación de pacientes
  - Ubicar al paciente en la Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado
  - Proporcionar orientación y formación a los profesionales
  - Establecer sistemas estructurados de recogida y transmisión de información entre los profesionales sobre la situación y riesgo de los pacientes
  - Establecer sistemas de monitorización / observación de los pacientes en riesgo de suicidio
  - Informar y educar a familiares y amigos sobre factores de riesgo y medidas preventivas

## **2. Medidas generales de prevención de conducta suicida en UME**

- 2.1. Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en la unidad encendedores, objetos cortantes o punzantes, corbatas, cinturones zapatos con cordones, bastones, muletas (se proporcionarán andadores) o cualquier otro elemento que pueda suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.
- 2.2. Los despachos permanecerán cerrados en los turnos de tarde y noche, y no deben contener muestras o restos de medicaciones.
- 2.3. El botiquín permanecerá cerrado bajo llave. La llave la custodiará el/la enfermero y/o supervisor.
- 2.4. El carro de limpieza transportara los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible sin dejarlo nunca sin supervisión al alcance de los pacientes.
- 2.5. En los momentos de las comidas, tanto en la entrega como en la retirada de la misma, los auxiliares de enfermería procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.
- 2.6. Se atenderá a las recomendaciones estructurales sobre seguridad de pacientes que figuran en este Manual.
- 2.7. En todos los pacientes existirá una reevaluación pormenorizada y periódica del riesgo suicida, de modo especial en el caso de antecedentes autolesivos.

### 3. Medidas específicas de prevención de conducta suicida en UME

- 3.1. Información y actuación coordinada del equipo.** Cualquier miembro de equipo que detecte riesgo potencial de auto agresión debe asegurarse de que esta información llegue al resto del equipo (especialmente al psiquiatra encargado del paciente) para realizar intervenciones coordinadas.
- 3.2. Indicación.** La indicación de la activación del protocolo corresponde al psiquiatra, aunque las medidas puedan iniciarse -ante la gravedad del riesgo- por parte de enfermería, que informará lo antes posible al psiquiatra responsable.
- 3.3. Registro.** El psiquiatra dejará reflejado en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de suicidio del paciente y la activación del protocolo, así como las medidas específicas que sea necesario implementar cumplimentando el registro del mismo. El/la enfermera, reflejarán la activación del procedimiento en la historia de enfermería y coordinará la vigilancia por riesgo de suicidio.
- 3.4. Información a paciente.** El paciente será informado de las medidas a tomar y el motivo de las mismas.
- 3.5. Medidas específicas:**
  - Se ubicará al paciente en la habitación más cercana al control de enfermería o en la que pueda realizarse una observación directa. Teniendo en cuenta la configuración y disponibilidad de medios de la Unidad, la supervisión se podría llevar a cabo mediante circuito cerrado de TV. Excepto en el caso de que esté indicada sujeción mecánica en habitación de aislamiento, es recomendable ubicar al paciente en una habitación compartida, y cuando el compañero abandone la misma (por alta, permiso terapéutico, traslado), se procurará que esa vacante sea ocupada por otro paciente.
  - En cada turno habrá un enfermero/a asignado responsable de su vigilancia, seguridad y localización. Esta actividad se registrará en las hojas de enfermería. Se establecerán periodos de observación y control del enfermo, en el régimen que se estime necesario: observación directa durante 2 horas, observación metódica cada 15 ó 30 minutos, observación periódica, etc., con anotación en los formularios de registro o historia clínica.
  - Se recomienda la supervisión minuciosa de las pertenencias y la habitación del paciente ante la posibilidad de que haya ocultado elementos potencialmente peligrosos.



- Si se detecta la confluencia de numerosos factores de riesgo de suicidio y se considera inminente el paso al acto o se prevé la existencia de grave riesgo de desbordamiento de las medidas de vigilancia se procederá a la aplicación de los protocolos de contención farmacológica y/o mecánica.
- Se proporcionará al paciente un ambiente de seguridad que lo proteja de potenciales comportamientos autolesivos. Para ello:
  - Informar a la familia de los útiles y enseres que no le estén permitidos mientras presente riesgo autolesivo.
  - Comprobar los útiles, ropas y enseres de que dispone y que éstos no puedan ser empleados para autolesionarse.
  - Evitar acceso a escaleras o ventanas no bloqueadas.
- Evitar que el paciente haga uso de objetos potencialmente peligrosos (cuchillas de afeitar, tijeras, cubiertos, etc.) Permanecer en especial alerta cuando el paciente tenga que hacer uso necesario de este tipo de objetos.
- El paciente no podrá salir de la Unidad, excepto por prescripción facultativa, y siempre acompañado de personal sanitario o celador. En todo caso las salidas a otras dependencias o fuera de la institución se reducirán al mínimo imprescindible. Se debe excluir al paciente de todas aquellas actividades de riesgo y de aquellas intervenciones terapéuticas que se realicen fuera de la unidad, donde el nivel de vigilancia es menor. Si es necesaria su salida (pruebas complementarias urgentes) se extremará la supervisión.
- Los movimientos y actividades del paciente deben ser del conocimiento del personal de la Unidad.
- Mantener estrecha supervisión en los momentos en que disminuya el personal o situaciones en las que pueda desviarse su atención sobre otras actividades: cambios de turno, comidas, noches, etc.
- Supervisar de forma estrecha la toma adecuada de la medicación prescrita. Especial atención a la posibilidad de acceso a medicación no prescrita o su acumulación con fines autolesivos
- Observar los cambios sobrevenidos en la conducta y discurso del paciente durante el periodo de supervisión: retraimiento, mejoría súbita, cese de comunicación, comentarios sobre la muerte o el suicidio, gestos o intentos autodestructivos, incumplimentación terapéutica, salidas no prescritas, etc. Anotarlo en incidencias y advertir al médico responsable.

- En determinados casos puede ser de utilidad valorar la posibilidad de realizar contrato terapéutico con el paciente, entendido como un compromiso entre paciente - terapeuta mediante el cual el sujeto potencialmente suicida se compromete a no autolesionarse y a referir sus impulsos suicidas al personal sanitario.

#### **4. Desactivación del protocolo**

- 4.1. La decisión de retirar el alto nivel de vigilancia y las medidas de control estricto propias de este protocolo corresponde al psiquiatra que actuará según sus propias valoraciones y las informaciones sobre la evolución que le transmite el/la enfermero y el resto del equipo.
- 4.2. El nivel de vigilancia y control irá disminuyendo de forma gradual y se irán haciendo valoraciones y registros de la actitud y conductas del paciente. Este proceso puede durar varios días.
- 4.3. La enfermera hará constar en la historia de enfermería y las auxiliares en sus registros el nivel de vigilancia y control que requiere el paciente en cada momento, así como cualquier incidencia destacable.
- 4.4. Cuando el psiquiatra lo considere registrará por escrito, fechará y firmará la finalización del protocolo.

## 5. Registro

REGISTRO DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA Unidad de Hospitalización Psiquiátrica	
DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre y apellidos:	
Nº historia:	Fecha ingreso:
Sexo:	Cama:
Edad:	
INFORMACIÓN A PACIENTE / FAMILIA	
Se ha explicado la necesidad de la supervisión especial a:	
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familia (útiles y enseres que no le estén permitidos mientras presente riesgo autolesivo) <input type="checkbox"/> No ha sido posible en ninguno de los casos	
INDICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA	
Fecha de la indicación:	Hora de la indicación:
<b>Nombre y firma del Médico responsable:</b>	<b>Nombre y firma del Enfermero/a responsable:</b>
MEDIDAS DE PREVENCIÓN ADOPTADAS	
<input type="checkbox"/> Habitación de aislamiento / alta seguridad <input type="checkbox"/> Contención mecánica (activar protocolo) <input type="checkbox"/> Ubicación en habitación cercana al control de enfermería o en la que pueda realizarse una observación directa <input type="checkbox"/> Ubicación en habitación doble compartida <input type="checkbox"/> Revisión de habitación, mobiliario y pertenencias <input type="checkbox"/> Pauta específica de sedación farmacológica <input type="checkbox"/> Medicación siempre triturada <input type="checkbox"/> Periodos mínimos de observación directa cada _____ minutos <input type="checkbox"/> Suspensión de salidas de la Unidad excepto aquellas que realice bajo prescripción médica y siempre acompañado y supervisado por personal de la institución sanitaria. <input type="checkbox"/> Suspensión de participar en actividades de rehabilitación / ocio / laborterapia / otras <input type="checkbox"/> Suspensión de visitas <input type="checkbox"/> Otras medidas	
SUSPENSIÓN DE PROTOCOLO	
Motivo de la suspensión:	
<b>Nombre y firma del Médico responsable:</b>	<b>Nombre y firma del Enfermero/a responsable:</b>
OBSERVACIONES	

<b>MODELO DE ALTA HOSPITALARIA<sup>3</sup></b> <b>Unidades de Hospitalización de Psiquiatría</b>	
<b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO</b>	
Identificación de la Unidad / Servicio Identificación del Hospital o Complejo Hospitalario Teléfono de contacto Dirección	Código de identificación del centro
<b>DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE</b>	
Nombre y apellidos	
Domicilio Teléfono	
Nº historia	Procedencia ingreso
CIP	Fecha ingreso
Sexo	Cama
Fecha nacimiento	Fecha de Alta
<b>DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL</b>	
Motivo del ingreso	
Financiación de la asistencia prestada (si procede)	
Anamnesis <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antecedentes personales / familiares</li> <li>▪ Historia de la enfermedad actual</li> </ul>	
Exploración psicopatológica	
Pruebas complementarias y procedimientos diagnóstico terapéuticos realizados	
Evolución y circunstancias del alta	
Diagnóstico principal [codificado]	
Otros diagnósticos	
Recomendaciones terapéuticas al alta	
Lugar de destino al alta	Fecha cita con ESM (si procede)
<b>IDENTIFICACIÓN DEL MEDICO RESPONSABLE DEL ALTA</b>	
Nombre y firma del Médico responsable: Unidad o Servicio:	Otros responsables del proceso asistencial: Unidad o Servicio:
<b>DOCUMENTOS ANEXOS</b>	
Al informe de alta se anexan los siguientes documentos <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Informe de enfermería</li> <li><input type="checkbox"/> Informe psicológico / rehabilitador</li> <li><input type="checkbox"/> Informe social</li> <li><input type="checkbox"/> Otros (especificar)</li> </ul>	

3 De acuerdo a la ORDEN de 4 de marzo de 2005 por la que se regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al Alta Hospitalaria y Cirugía Mayor Ambulatoria y la Unidad Técnica de referencia CIE 9 MC de la Comunidad Autónoma de Extremadura.



## INFORME DE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

<b>Entidad derivadora</b>		
<b>Fecha de solicitud</b>	UNIDAD MEDIA ESTANCIA - CÁCERES	
	UNIDAD MEDIA ESTANCIA - BADAJOZ	

### 1. DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS		
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR	
DNI	Nº SS	TFNO
DOMICILIO		

### 2. PROCEDENCIA DEL PACIENTE

ENTIDAD DERIVADORA	ÁREA SALUD
PSIQUIATRA	
OTROS PROFESIONALES DE REFERENCIA	
TELÉFONOS	
MOTIVOS DE LA DERIVACIÓN	

### 3. DATOS FAMILIARES

FAMILIAR RESPONSABLE	
PARENTESCO	TELÉFONOS
DOMICILIO	
GENOGRAMA	
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES	

### 4. DATOS CLÍNICOS

#### ANTECEDENTES PERSONALES

- ▶ MÉDICOS
  - Enfermedades de interés
  - Alergias medicamentosas
- ▶ PSIQUIÁTRICOS
  - Diagnósticos psiquiátricos previos
  - Antecedentes de consumo de sustancias
  - Reacciones adversas a medicamentos

## RESUMEN PSICOBIOGRÁFICO

FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD

INGRESOS PREVIOS -fecha, duración, diagnóstico-

ENFERMEDAD ACTUAL

CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS

Extrahospitalarias / Intrahospitalarias

DIAGNÓSTICO

Eje I

Eje II

Eje III

Eje IV

Eje V

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO ACTUAL

RESUMEN DE TRATAMIENTO PREVIOS Y EFICACIA DE LOS MISMOS

DATOS PSICOLÓGICOS

PSICOMETRÍA

- Inteligencia
- Personalidad
- Otros

INTERVENCIONES Y TERAPÉUTICAS PSICOLÓGICAS

## 5. OBJETIVOS Y ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS

PARA EL TRATAMIENTO

- Resistencia al tratamiento farmacológico
- Intervención psicoterapéutica específica
- Otro (especificar)

**PARA LA REHABILITACIÓN**

- Conciencia de enfermedad
- Conocimiento y manejo de la enfermedad
- Adherencia al tratamiento
- Intervenciones familiares
- Concienciar, iniciar y orientar hacia el proceso rehabilitador
- Otros (especificar)

**6. DATOS SOCIOLABORALES**

Unidad de Convivencia

Incapacidad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tutor
Minusvalía	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Porcentaje
Trabajo Actual	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Situación Laboral
Nivel Académico			
Prestaciones Económicas			

**7. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS**





## 9. Bibliografía

---

1. Behavioral Health Care Restraint and Seclusion Standards. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations.2002.
2. Centro de Investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Alerta nº5: Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes. 2005.
3. Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de Pacientes. Alerta Nº 6 Prevención del suicidio de pacientes hospitalizados, 2005.
4. DECRETO 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura.
5. El observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid. Enero / marzo, 2005.
6. Estrategia en seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.
7. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Febrero 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2006.
8. Hacia una Atención Comunitaria de Salud Mental de Calidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuaderno Técnico 4. Madrid 2000.
9. Ley 3/2005 de 8 de julio de información sanitaria y autonomía del paciente. BOE 186; agosto 2005.
10. Manual de Estándares del Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos sanitarios en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Junta de Extremadura. Mérida 2004.
11. ORDEN de 4 de marzo de 2005 por la que se regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al Alta Hospitalaria y Cirugía Mayor Ambulatoria y la Unidad Técnica de referencia CIE 9 MC de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

12. Plan de Salud Mental para la Comunidad de Extremadura, Junta de Extremadura. Mérida. 1996
13. Plan Marco de Calidad. Sistema Sanitario Público Extremeño. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura 2006.
14. Protocolo de Contención Mecánica de Movimientos. Hospital Universitario 12 de Octubre.. Septiembre 2003.
15. Ramos Brieva Jesús A. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento.. Ed.Masson.1999.
16. Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo. Situación Actual y Recomendaciones. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuaderno Técnico 6. Madrid 2002.

# 10. Participantes

---

## **Coordinación Técnica y Redacción**

### **Asunción Cabrera Herrera**

Psicólogo Clínico. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. SES

### **Leopoldo Elvira Peña.**

Psiquiatra. Jefe de Sección. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. SES

## **Participantes en el grupo de trabajo**

### **María Victoria Clemente**

Trabajadora Social. URH Complejo Sanitario Plasencia

### **Angélica Domínguez**

Terapeuta Ocupacional. Hospital Psiquiátrico de Mérida

### **María Jesús García**

Psicóloga Clínica. URH Complejo Sanitario Plasencia

### **Alfredo García Vinuesa**

Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico de Mérida

### **María Victoria Gómez**

Psiquiatra. UME Complejo Sanitario Plasencia

### **Juan Pedro Manzano**

Psicólogo Clínico. UME Hospital Psiquiátrico de Mérida

### **José Antonio Muñoz**

Enfermero. UME Hospital Psiquiátrico de Mérida

# SALUD MENTAL

# SALUD MENTAL



JUNTA DE EXTREMADURA  
Consejería de Sanidad y Dependencia