



PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA:

HOJA DE INDICACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

Espacio reservado para la pegatina de identificación del paciente

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DEL PACIENTE

- Diagnóstico: Alergia: Estado: Agitado, Confuso, desorientado, Violento, agresivo, Impulsividad suicida. Paciente colaborativo: No, Si

INDICACIÓN DE LA SUJECIÓN

- Fecha de la indicación: Hora de la indicación: Indicación de la contención: Prevenir lesiones, Reducción de estímulos, Parte de un programa, Solicitado voluntariamente, Riesgo de interrupción, Otra (especificar)

Tipo de sujeción:

- Completa (Tronco y 4 extremidades), Otro tipo de sujeción: Parcial (especificar), Tronco+MSD+MII, Tronco+MSI+MID, Motivo de otra sujeción:

Modificación del tratamiento farmacológico:

¿Se ha añadido o modificado el tratamiento farmacológico prescrito? No Si (En caso afirmativo consultar la hoja de tratamiento)

INTERVENCIONES PREVIAS A LAS CONTENCIÓN MECÁNICA REALIZADAS

- Contención verbal, Medidas farmacológicas, Otras (especificar):

ASPECTOS LEGALES

- Se ha explicado la necesidad de CM a: Pacientes, Familiar/tutor, No ha sido posible. Motivo. Consentimiento firmado del paciente, Consentimiento firmado del familiar/tutor. Envío de la comunicación judicial: Fecha, Hora. Otros aspectos legales: (especificar)

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN LA EJECUCIÓN DE LA CONTENCIÓN

Nº profesionales total que intervienen en la contención: _____

Table with 4 columns: Médico responsable (Nombre y apellidos, Firma), Enfermera responsable (Nombre y apellidos, Firma)



PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA: HOJA DE VERIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON CONTENCIÓN MECÁNICA

Espacio reservado para la pegatina de identificación del paciente

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON CONTENCIÓN MECÁNICA

VERIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL PACIENTE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Paciente sin factores de riesgo | <input type="checkbox"/> Paciente con riesgo tromboembólico
<i>(valorar la indicación de profilaxis antitrombótica)</i> |
| <input type="checkbox"/> Paciente fumador | <input type="checkbox"/> Paciente con largo periodo de agitación o forcejeo
<i>(valorar la indicación de control analítico de CPK, función renal, etc)</i> |
| <input type="checkbox"/> Paciente diabético <i>(Valorar indicación de control glucémico)</i> | <input type="checkbox"/> Paciente con deformidades osteoarticulares |
| <input type="checkbox"/> Paciente embarazada <i>(No usar banda abdominal)</i> | <input type="checkbox"/> Paciente con problemas respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Paciente con obesidad mórbida <i>(No usar banda abdominal)</i> | |
| <input type="checkbox"/> Otros factores riesgo <i>(especificar):</i> _____ | |

VERIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Habitación individual | <input type="checkbox"/> Retirada de objetos y ropa del paciente que puedan dañarle o incomodarle (cinturones, ropa estrecha, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Habitación video vigilada | <input type="checkbox"/> Retirada los objetos que puedan producir daños o con riesgo de romperse de los profesionales que intervengan (gafas, reloj, cadenas, bolígrafos, tijeras...) |
| <input type="checkbox"/> Habitación próxima al control de enfermería | <input type="checkbox"/> Otros factores riesgo ambientales <i>(especificar):</i>
_____ |
| <input type="checkbox"/> Cama frenada / anclada en el suelo | |
| <input type="checkbox"/> Sistema de sujeción homologado y en buen estado | |
| <input type="checkbox"/> Retirada de objetos potencialmente peligrosos del alcance del paciente | |

VERIFICACIÓN POST SUJECIÓN INMEDIATA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Los sistemas de sujeción están cerrados adecuadamente | <input type="checkbox"/> La expansión pulmonar no está comprometida |
| <input type="checkbox"/> El cabecero de la cama está elevado (salvo contraindicación médica) | <input type="checkbox"/> Sujeción abdominal sin riesgo de lesión por deslizamiento |
| <input type="checkbox"/> El paciente puede levantar y mover la cabeza libremente | <input type="checkbox"/> Extremidades con buena coloración, temperatura y pulso |

Verificación realizada por Médico Responsable	Verificación realizada por Enfermera Responsable
Nombre y apellido:	Nombre y apellido:
Firma:	Firma:



**PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA:
HOJA DE REUNIÓN DE VERIFICACIÓN DE LA
ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES Y CUIDADO
DE LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS**

Espacio reservado para la pegatina de
identificación del paciente

Reunión multidisciplinar tipo debriefing posterior a la instauración de la contención mecánica

→Profesionales que participan en la reunión: _____

→Atención y cuidado a las Segundas Víctimas (*Profesionales que han sufrido algún daño o lesión durante el proceso de contención*):

Profesional: _____ Tipo de Cuidado inmediato que precisa: _____

Profesional: _____ Tipo de Cuidado inmediato que precisa: _____

Profesional: _____ Tipo de Cuidado inmediato que precisa: _____

→ Entre todos, comenten el proceso de contención, utilizando a modo orientativo el siguiente guión:

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

→Propuestas que pueden ayudarnos a mejorar nuestra actuación en situaciones futuras:

→Para la implantación de las propuestas de mejoras se informa y se entrega copia de esta hoja a:

Supervisor/a de enfermería Coordinador/a de la Unidad Otros (*especificar*): _____

**PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA:
SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA Y AUXILIARES DE
ENFERMERÍA DURANTE LA CONTENCIÓN
MECÁNICA**Espacio reservado para la pegatina de
identificación del paciente

Marca con una X las opciones correspondientes al estado o situación actual del paciente

FECHA					
TURNO					
CONSTANTES VITALES (Registra el dato de control)					
T. Arterial					
Pulso					
Temperatura					
F. Respiratoria					
NIVEL DE CONCIENCIA/DESCANSO/SUEÑO					
Alerta					
Somnoliento					
Dormido					
Desorientado					
Agitado					
HIDRATACIÓN Y ALIMENTACIÓN					
Ingesta líquida					
Ingesta de alimentos					
Necesita ayuda					
ELIMINACIÓN					
Diuresis					
Nº de deposiciones					
HIGIENE Y MOVILIDAD					
En baño					
En cama					
Piel íntegra					
Cambios posturales					
TIPO DE SUJECIÓN					
Completa					
Parcial					
REVISIÓN					
Rondas de observación					
Sujección del tronco					
Sujec Extremidades					
Admón medicación rescate					
FIRMA Enfermería					
FIRMA Aux Enferm					
OBSERVACIONES:					



MODIFICACIÓN DEL TIPO DE SUJECIÓN

NOTA: Anotar la evolución de la sujeción; de completa a parcial o viceversa.

FECHA	HORA --- : --- (de 0 a 24h)	NUEVO TIPO DE SUJECIÓN	MOTIVO DEL CAMBIO DE SUJECIÓN	MÉDICO RESPONSABLE DE LA PRÓRROGA (Nombre y firma)	ENFERMERA RESPONSABLE DE LA PRÓRROGA (Nombre y firma)

CESE DE LA SUJECIÓN

NOTA: Tanto el médico como el equipo de enfermería deben registrar, en el documento de la Historia Clínica destinado a ello, las incidencias a resaltar en relación al proceso de la suspensión y el estado del paciente en ese momento.

MOTIVO DE LA SUPRESIÓN	FECHA ---/---/---	HORA --- : --- (de 0 a 24h)	MÉDICO RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÓN (Apellidos y firma)	ENFERMERA RESPONSABLE DE LA SUSPENSIÓN (Apellidos y firma)

INCIDENTES Y OTROS EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA CONTENCIÓN

NOTA: Se debe señalar aquellos eventos adversos ocurridos durante todo el proceso de la contención

- Laceraciones y/o heridas
- Lesión plexos nerviosos
- Episodio de tromboembolismo
- Fractura o luxación
- Úlceras por presión
- Broncoaspiración
- Lesión isquémica
- Asfixia
- Muerte súbita
- Ningún incidente/evento adversos
- Otro: _____

→ Se ha anotado el incidente o evento adverso en la Historia Clínica? No Si

→ Se ha notificado en la Plataforma del SINASP? No Si



PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Fecha:

Dº/Dña _____, mayor de edad, con
DNI _____, ingresado en la Unidad _____ del
Hospital _____.

DECLARA:

- Consiento me apliquen, de forma temporal, la medida de sujeción física y/o la medida de aislamiento en una habitación preparada para ello, aceptando, si procede, el tratamiento farmacológico adecuado. Mis médicos me han informado que es el único medio de conseguir controlar mi estado, y que esta medida cesará inmediatamente después de recuperar mi control.

- Solicito voluntariamente, que me apliquen, de forma temporal, la medida de sujeción física y/o la medida de aislamiento en una habitación preparada para ello. Así como que esta medida se suprima en cuanto los facultativos lo consideren oportuno o yo lo solicite voluntariamente.

En _____, a ____ de _____ de 20____.

Fdo: _____

El paciente (Firma, nombre y apellidos)

Los abajo firmantes, hemos puesto en práctica el tipo de sujeción referida por el paciente arriba firmante, por considerar que existen razones clínicas que así lo justifican.

Fdo: _____

Facultativo

Fdo: _____

Enfermero/a



REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/Dña _____ con DNI _____

REVOCO por voluntad propia, el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco.

En _____, a ____ de _____ de 20_____.

Fdo: _____

El paciente (Firma, nombre y apellidos)



PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL FAMILIAR/TUTOR

Fecha:

Dº/Dña _____, mayor de edad, con
DNI _____.

DECLARA:

Haber sido informado/a por el médico responsable en este momento de la situación actual de mi familiar D/Dña _____, ingresado en la Unidad _____ del Hospital _____, y de la necesidad de controlar la misma mediante contención física y/o aislamiento en una habitación preparada para ello, de forma temporal.

También he sido informada que estas medidas serán finalizadas, de forma inmediata, en el momento que la situación clínica así lo permita.

A todo lo cual doy mi conformidad

Fdo: _____

El familiar/tutor (Firma, nombre y apellidos)

En _____, a ____ de _____ de 20____.

Los abajo firmantes, hemos puesto en práctica la medida de sujeción pertinente, por considerar que existen razones clínicas que así lo justifican.

Fdo: _____

Facultativo

Fdo: _____

Enfermero/a



REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/Dña _____ con DNI _____

REVOCO por voluntad propia, el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padece el paciente.

En _____, a ____ de _____ de 20____.

Fdo: _____

El familiar/tutor (Firma, nombre y apellidos)



COMUNICACIÓN AL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA

ILMO. SR. JUEZ DEL JUZGADO DE _____ :

D/Dña _____, psiquiatra de la Unidad de Hospitalización _____ del Hospital _____, con el debido respeto:

COMUNICA A V.I.

Que en el día de la fecha, se ha procedido a la restricción temporal de los movimientos del paciente D/Dña _____, de _____ años de edad, con DNI _____, domiciliado en calle _____, portal _____ piso _____ de la población de _____, en contra de su voluntad, y con carácter de urgencia, por estar clínicamente indicado, al encontrarse en uno de los supuestos contemplados en el Protocolo de Contención Mecánica de esta Unidad.

La finalización de dicha restricción involuntaria de movimientos se realizará cuando la situación clínica del paciente así lo permita.

Lo que informo a V.I. para su conocimiento y efectos oportunos.

En _____, a _____ de _____ de 20_____.

Fdo: Dr/a _____

ILMO. SR. JUEZ DE GUARDIA DE _____