



Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental

Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental



Serie Salud Mental

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería Sanidad y Consumo

Edita: **JUNTA DE EXTREMADURA**
Consejería de Sanidad y Consumo
Servicio Extremeño de Salud
Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud

Depósito Legal: BA-132-2005

Preimpresión: Sérprex
Impresión: Imprenta Moreno

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	7
JUSTIFICACIÓN.....	9
OBJETIVOS.....	10
PREMISAS.....	10
ESQUEMA GENERAL DE ACTUACIÓN.....	11
FUNCIONES.....	12
Equipos de Atención Primaria (EAP).....	12
Equipos de Salud Mental.....	13
Atención Psiquiátrica Hospitalaria.....	14
Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.....	15
Transporte Sanitario.....	16
1 1 2.....	18
SITUACIONES DE URGENCIA.....	19
Paciente colaborador agitación psicomotriz.....	20
Paciente sin agitación psicomotriz pero con riesgo de ella (paciente irritable).....	20
Paciente agitado sin auto ni heteroagresividad.....	21
Paciente agitado con auto o heteroagresividad.....	22
Paciente agresivo sin agitación.....	23
Paciente con riesgo suicida.....	24
Paciente en cualquiera de las situaciones anteriores con riesgo vital.....	25
Valoración del riesgo de agresividad.....	26
Valoración del riesgo suicida.....	27
FLUJOGRAMAS.....	28
Situación del incidente según la urgencia del paciente.....	29
Actuación de la familia en la cadena asistencial (alertante).....	31
Fase de evaluación y contención.....	32
Situación del incidente según tipo del transporte.....	33
ANEXOS.....	35
Anexo 1. CONTENCIÓN PSÍQUICA.....	35
Anexo 2. CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA EN URGENCIAS.....	37
Agitación.....	37
Riesgo de suicidio.....	40
Anexo 3. CONTENCIÓN MECÁNICA EN URGENCIAS.....	42
Anexo 4. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	46
RELACIÓN DE AUTORES.....	47

PRESENTACIÓN

La mejora de las prestaciones sanitarias suele ir ligada a la puesta en marcha de nuevos dispositivos o servicios que requieren, generalmente, inversiones en tecnología y personal y que se traducen en términos de mejora de las prestaciones y de la accesibilidad al sistema. De esta manera, se contribuye a la mejora de la asistencia, generalmente de amplios sectores de la población o a la atención de enfermedades muy prevalentes o emergentes, con el objetivo de producir un incremento de los niveles de salud. Los problemas de financiación constituyen, en este caso, la principal limitación, junto con la formación de los profesionales, para dar una respuesta adecuada a las demandas.

Por paradójico que resulte, es, sin embargo, más difícil dar respuesta a problemas muy específicos, que afectan a un número reducido de ciudadanos y cuya solución se basa no tanto en el incremento de recursos, como en la coordinación de las actuaciones entre distintos estamentos. Es éste el caso de la atención y el traslado de las situaciones de urgencia en salud mental.

Tradicionalmente dichas situaciones, especialmente las más críticas, se han movido en un confuso ámbito competencial entre el sistema sanitario, los servicios de seguridad estatales y el sistema judicial, generando en la familia confusión a la hora de buscar ayuda en los sistemas públicos. Dicho desconcierto se hacía más patente en los casos en los que la rapidez era un elemento esencial en la resolución de tales situaciones, provocando una angustia añadida a la propia situación, cuando no una estigmatización innecesaria en el propio paciente y en su entorno familiar.

Es por tanto en estos casos, en los que se cuestiona la capacidad de coordinación y la eficiencia en la resolución de situaciones confusas desde el punto de vista competencial, donde cobra todo su sentido el carácter de servicio a los ciudadanos de los sistemas públicos, obligados a dar una respuesta eficaz y coordinada.

Constituye por tanto un motivo de satisfacción para el Servicio Extremeño de Salud de la Consejería de Sanidad y Consumo, presentar este trabajo fruto de la participación y el compromiso de un nutrido grupo de profesionales, que han convertido en un reto el empeño de dar una respuesta a este tipo de situaciones tan dolorosas para la familia y para el paciente.

El Protocolo además tiene el mérito de plantear una respuesta no sólo coordinada, sino integrada en los sistemas ya existentes, lo que implica tanto un esfuerzo de eficiencia, como el mantenimiento de un principio básico de integración de los servicios dirigidos a las personas con enfermedad mental en los sistemas existentes para el resto de ciudadanos generales. Basa su actuación, además, en proporcionar

un servicio accesible y rápido, de contrastada eficacia, como es el del 112, y en el mantenimiento de los criterios obvios de seguridad para el paciente y los acompañantes tanto en el momento de la atención como en el traslado.

Sólo con un gran esfuerzo de todos los Organismos implicados ha sido posible, no sólo la elaboración del Protocolo, sino su desarrollo y puesta en marcha. Éste es, por tanto, un logro de todos, y un modelo de coordinación y colaboración que, a buen seguro, nos permitirá en un futuro cada vez una mayor comprensión e implicación en objetivos comunes y en la verdadera atención integral del ciudadano.

FRANCISCO MANUEL GARCÍA PEÑA
Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud

INTRODUCCIÓN

El presente documento tiene su origen en la necesidad, manifestada por los profesionales del sistema sanitario y las familias de las personas con enfermedad mental, de abordar la coordinación del proceso de atención que debe ponerse en marcha ante la aparición de una situación de urgencia en una persona con enfermedad mental, en especial cuando ésta se produce en el seno familiar.

Dicho proceso implica necesariamente la provisión de mecanismos eficaces y ágiles de coordinación entre distintos ámbitos de los servicios públicos, la disponibilidad de servicios específicos en algunos casos, el conocimiento de las pautas de actuación, así como la formación de los profesionales de los distintos niveles del sistema.

Conscientes de ello, la Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios del Servicio Extremeño de Salud puso en marcha una serie de actuaciones tendentes a garantizar la resolución eficaz de dicho proceso, dentro de las cuales se enmarca el presente documento.

La primera de ellas fue determinar de manera general, las funciones y tareas de cada uno de los sectores que intervienen en el proceso y los mecanismos de coordinación entre ellos, para posteriormente describir de manera operativa el flujograma de actuación en cada una de las posibles situaciones.

Para ello se constituyó un grupo de trabajo formado por profesionales sanitarios de distintos niveles asistenciales (Urgencias y Emergencias, Atención Primaria, Salud Mental), que llevó a cabo un primer diseño de actuación y estableció las pautas iniciales del proceso asistencial. Seguidamente, al grupo de trabajo se sumaron técnicos del Centro Coordinador de Urgencias 112 de Extremadura para la validación del proceso establecido y el desarrollo del oportuno protocolo de actuación ante la recepción de la demanda en el citado Centro Coordinador.

Ambos documentos fueron sometidos a una validación más amplia, mediante la inclusión en los trabajos de redacción del resto de las instancias intervinientes: Cuerpos y Fuerzas de Seguridad (Policía Nacional, Guardia Civil y Policía Local), Fiscalía, Judicatura y Organizaciones No Gubernamentales con tareas auxiliares en transporte sanitario. Consensuado el documento, se sometió al acuerdo de las Asociaciones de Familiares.

Paralelamente, el grupo de coordinación de Atención Primaria – Atención Especializada del Área de Salud de Plasencia, estableció un grupo de trabajo específico, que de manera coordinada con la Subdirección de Salud Mental y RRSS del Servicio

Extremeño de Salud, desarrolló una serie de pautas de actuación dirigidas a los profesionales, con el objeto de guiar la actuación en los casos de intervención en crisis y los tipos de demanda.

Finalizados los trabajos de redacción y con el fin de posibilitar la puesta en marcha del Protocolo, se firmó un acuerdo entre la Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura y la Delegación del Gobierno en Extremadura que estableciera de manera formal y en el marco del citado Protocolo, las pautas generales de actuación para los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado en los casos en los se requiriera su intervención, como apoyo al sistema sanitario.

Asimismo, para garantizar el traslado en condiciones de seguridad para el paciente y los acompañantes, se pone en marcha un servicio específico de transporte sanitario auxiliar, denominado Transporte sanitario Convencional Asistido, que es concertado por la Consejería de Sanidad y Consumo y cuyo personal recibe formación específica. Por otro lado, se potencia la inclusión en el transporte Sanitario convencional, de las medidas adecuadas para el traslado con las suficientes garantías de seguridad de personas con enfermedad mental en determinadas situaciones.

Queda, por último desarrollar una serie de medias de comunicación y formación dirigidas a los profesionales implicados en la atención, alguna de las cuales han ido poniéndose ya en marcha.

Este conjunto de actuaciones que hemos detallado, tiene su origen en el presente Documento, y constituyen la mejor garantía para su cumplimiento, pero cualquier medida tendente a propiciar una adecuado coordinación en este ámbito pasa inicialmente por el desarrollo conjunto y consensuado, entre los sectores implicados, de unas pautas de actuación, que son las que a continuación exponemos.

Con independencia de la evaluación del impacto de las medidas adoptadas que estamos desarrollando, el propio proceso de elaboración del Documento ha propiciado un aumento del conocimiento de las posibilidades, capacidades y dificultades entre los distintos sectores, así como un aumento de la sensibilidad de los mismos a los problemas de la enfermedad mental.

Todo ello ha contribuido a la puesta en práctica de actuaciones integradas en los mecanismos generales de respuesta a las situaciones de crisis, que propician una visión menos estigmatizadora del paciente y su familia en los momentos, quizá más trágicos, del discurrir de la enfermedad, facilitándoles un mecanismo de respuesta accesible, sencillo y ágil que contribuye a dar una respuesta más serena y normalizada en esos momentos.

JUSTIFICACIÓN

La cobertura de las crisis que presentan los pacientes con enfermedades mentales en el entorno comunitario, especialmente aquellas en las que existe involuntariedad para su atención o traslado, es una de las lagunas de la atención sanitaria, debido a que en su resolución eficaz intervienen aspectos no sólo sanitarios, sino legales y de orden público. Esta complejidad viene agravada por el hecho de que no exista un mecanismo claro y asumido por todos los intervinientes que protocolice y coordine de manera eficaz el ámbito competencial de cada uno, lo que ocasiona en numerosas ocasiones, retrasos injustificados en la atención, intervención basada en la buena voluntad, estigmatización del paciente y la familia, descoordinación de las actuaciones y sobre todo, sentimiento de desprotección del afectado y de la familia frente al sistema sanitario, al hacer recorrer a la familia, a veces innecesariamente, toda la cadena administrativa implicada.

La disposición de un mecanismo claro, ágil, accesible para el afectado y compartido por todos para la resolución de estas situaciones, así como de los recursos necesarios para ello, es una obligación de la Administración en general y del sistema sanitario en particular.

Esto justifica, por sí solo, la elaboración de este protocolo de actuación que especifica las responsabilidades, las actuaciones, los mecanismos de coordinación y los recursos para la atención de las citadas situaciones, en lo que se refiere a:

- La vía de acceso de la demanda.
- La evaluación de la situación.
- La puesta a disposición de los mecanismos de contención y traslado.
- La garantía de los derechos del paciente.
- El traslado del paciente.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Mejorar la calidad y celeridad en la atención de las urgencias en salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Establecer un sistema de atención y una estructura de coordinación clara, ágil y accesible para la atención y traslado de la urgencia en salud mental.
- Incrementar la capacidad resolutoria de las situaciones de urgencia en salud mental por parte de los Equipos de Atención Primaria.
- Garantizar tanto el abordaje de las situaciones más problemáticas, como el adecuado transporte del paciente en dichos casos.
- Poner a disposición de los profesionales y de las familias un sistema accesible y sencillo a los servicios públicos en caso de urgencia psiquiátrica.

PREMISA

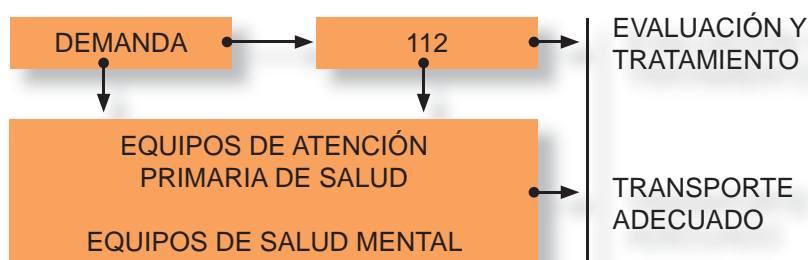
1. La enfermedad mental es una enfermedad más, por lo que los mecanismos de atención a la urgencia y a la crisis que los sistemas públicos pongan en marcha deben ser los mismos que para cualquier otra patología.
2. Es el sistema sanitario el encargado de la atención en crisis, lo que implica su resolución directa en el marco de una atención sanitaria que cuente con los medios necesarios para un adecuado diagnóstico y tratamiento de la misma.
3. Este documento define, de cara a los usuarios y profesionales, la vía de acceso de la demanda, la intervención y la resolución de la misma.
4. El traslado en contra de la voluntad de una persona con enfermedad lo decide el Médico responsable de la valoración de dicho enfermo.

5. El médico, como responsable sanitario, puede recabar directamente el auxilio de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, sin requerir ninguna actuación judicial.
6. Siempre y cuando el paciente sea ingresado de manera involuntaria, deberá cumplirse la legislación vigente mediante la comunicación al Juzgado correspondiente al Centro donde quede ingresado, en las siguientes 24 horas.
7. Cuando el paciente esté a disposición del sistema judicial, el traslado e ingreso de estos pacientes se realizará de acuerdo con las instrucciones dictadas por el propio ámbito.

ESQUEMA GENERAL DE ACTUACIÓN

Para la atención de las situaciones de urgencia, el esquema general de resolución será:

- Recepción de la demanda. Centro Coordinador de Urgencias 112, Equipo de Atención Primaria o Equipo de Salud Mental.
- Valoración inicial del paciente en crisis por parte de Atención Primaria de Salud o Equipo de Salud Mental.
- Evaluación y tratamiento.
- Transporte adecuado



FUNCIONES

A continuación, con el fin de diferenciar claramente las responsabilidades y actuaciones de los diferentes dispositivos que pueden intervenir en una situación de crisis en salud mental, detallamos las actividades específicas de cada uno de ellos.

Equipo de Atención Primaria (EAP)

1. Valoración inicial del paciente, desplazándose al domicilio del mismo si fuera necesario.
2. Contención farmacológica en caso necesario, siguiendo la guía de recomendaciones elaborada y las pautas generales de contención psicológica contempladas en el propio documento.
3. Siempre que lo estimen oportuno, podrán solicitar asesoramiento de los Equipos de Salud Mental en horario de servicio normalizado (actualmente, de 8 a 15 horas, de lunes a viernes). Este asesoramiento nunca sustituirá la necesidad de la valoración inicial de cada caso. Fuera de este horario de funcionamiento del Equipo de Salud Mental, dicha misión de asesoramiento específico la desempeñarán los Médicos del Servicio Especializado hospitalario correspondiente. Tal solicitud se canalizará a través del teléfono 112, a quien se le indicarán los servicios de referencia en función del tramo horario.
4. Indicar traslado cuando se requiera, especificando el medio más conveniente, a través del 112.
5. Si dicho facultativo presume que vaya a existir una cierta dificultad en la valoración, aplicación de medidas terapéuticas o traslado de dicha persona, podrá prescribir que la misma pueda ser acompañada por personal del centro de salud correspondiente, con el fin de garantizar la posible administración urgente de fármacos.
6. Si en dicha actuación sanitaria se presume o se comprueba que la oposición de dicho paciente a ser asistido o trasladado puede provocar una alteración de orden público o poner en peligro la integridad física de las personas y la conservación de bienes materiales, podrá solicitar el auxilio de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad sin necesitar ningún paso previo a través de Juzgados, de manera directa o a través del 112, si dichos servicios no han sido requeridos previamente por parte de dicho Centro.

-
7. Toda actuación en este ámbito de los profesionales de Atención Primaria requerirá dejar constancia escrita de todos los elementos antes comentados en la documentación clínica normalizada, dejando constancia expresa de:
- a) Contención farmacológica.
 - b) Intervención de los Cuerpos de Seguridad.
 - c) Medidas especiales de sujeción física.
 - d) Constancia de que dichas medidas son consideradas como elementos de índole terapéutica razonada en base a una circunstancia especial de patología de riesgo.
 - e) Traslado en ambulancia.

Equipos de Salud Mental

1. El Equipo de Atención Primaria podrá solicitar su asesoramiento sobre aspectos de la contención farmacológica o decisión terapéutica. Este asesoramiento nunca sustituirá la necesidad de la valoración inicial de cada caso, bien por el Médico de Atención Primaria o el Psiquiatra del ESM en su caso.
2. En los casos no urgentes o asistencias programadas, en los que se considere necesario un ingreso y el mismo no revista ningún carácter urgente, será **la estructura de referencia para solicitar la autorización de ingreso a la Autoridad Judicial**, para lo que emitirá el oportuno informe médico donde queden reflejados tanto los aspectos médicos, como su criterio de ingreso. Dicha función podrá ser desempeñada igualmente por los Facultativos del Equipo de Atención Primaria, en caso necesario.
3. Si cualquiera de estas actuaciones requiere un traslado del paciente en contra de la voluntad del mismo, el Equipo de Salud Mental podrá recabar el apoyo que requiera, tanto del método más idóneo para su traslado, como del posible auxilio de las fuerzas de seguridad de manera directa o a través del C.C.U. 112.
4. Toda actuación en este ámbito requerirá dejar constancia escrita de todos los extremos antedichos en una agenda o libro de incidencias. En las anotaciones quedará registrado de forma específica:
 - a) Fecha, hora y filiación (lo más completa posible).
 - b) Otros propios de la estadística sanitaria.
 - c) Se dejará constancia expresa de aquellos casos en los que haya debido utilizarse:

-
- Contención farmacológica.
 - Intervención de los Cuerpos de Seguridad.
 - Medidas especiales de sujeción física.
 - Constancia expresa de que dichas medidas deben ser consideradas como elementos de índole terapéutica, razonada sobre la base de una circunstancia especial de patología de riesgo.
 - Traslado en ambulancia.

Atención Psiquiátrica Hospitalaria

1. Al Psiquiatra de Guardia compete exclusivamente la decisión final del ingreso hospitalario de un paciente en crisis.

2. En el caso de Hospitalización.

En el caso en que se decida el ingreso de cualquier persona en contra de su voluntad se comunicará, como ya es habitual y norma común, la notificación de ingreso a la Autoridad Judicial lo antes posible, y siempre dentro de las siguientes 24 horas del mismo, sobre la base del Artículo 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil.

De igual forma debe ser comunicado cualquier mantenimiento de ingreso en contra de la voluntad, en aquellos casos en que un ingresado voluntario cambia su decisión durante el período de ingreso hospitalario. El periodo de aplicación será el mismo, es decir lo antes posible, y siempre dentro de las siguientes 24 horas de la comunicación del cambio de la voluntariedad.

3. En el caso de no Hospitalización.

Se entregará al paciente un informe de la valoración efectuada, con la indicación de acudir con éste al médico de cabecera.

Se remitirá la misma valoración al Equipo de Salud Mental de referencia con el fin de asegurar, desde el punto de vista de la asistencia en salud mental, un adecuado seguimiento del paciente.

Se comunicará dicha valoración a la estructura de responsabilidad social adecuada en casos específicos (menores, incapacitados judicialmente, ...).

4. Se considerará como la estructura idónea de referencia para atención y asesoramiento para los casos urgentes en el horario de 15 a 8 horas, de lunes a

viernes laborales y en los festivos. Es decir, donde el Médico de Atención Primaria podrá solicitar la asesoría sobre aspectos de la contención farmacológica o decisión terapéutica. Este *asesoramiento nunca sustituirá la necesidad de la valoración inicial de cada caso para el Médico de Atención Primaria y el Psiquiatra del ESM.*

5. En la historia clínica deberá quedar constancia de las circunstancias del ingreso y de la modalidad de traslado.

Cuerpos y Fuerzas de Seguridad

1. Su misión se centra exclusivamente en FACILITAR la actuación sanitaria en base a criterios médicos y terapéuticos:
 - a) Previendo situaciones de riesgo. Aspecto preventivo de la actuación
 - b) Procediendo a la reducción del paciente agitado
 - c) Facilitando su contención
 - d) Acompañando al transporte sanitario en vehículo oficial, si las circunstancias lo aconsejan.
2. Llevarán a cabo su intervención a instancias de los responsables sanitarios canalizada de manera directa o a través del teléfono 112.
3. En el mismo sentido, cuando exclusivamente por criterios de urgencia médica vaya a ser necesario efectuar una entrada forzada en un domicilio particular.
4. Su auxilio podrá ser requerido en aquellos casos en los que la manifiesta oposición del paciente con enfermedad mental a ser atendido y/o trasladado, provoque una alteración del orden público, ponga en peligro la integridad física de las personas o la conservación de bienes materiales o exista un alto riesgo de que esto suceda por los antecedentes que se hayan obtenido de dicha persona y por la valoración clínica de la situación.
5. En la solicitud de atención sanitaria por parte de los Cuerpos de Seguridad *ante cualquier urgencia de salud mental debe primar el aspecto de atención médica sobre otras consideraciones* (de forma similar a cualquier otro tipo de urgencia sanitaria). Su intervención irá dirigida a obtener la protección del paciente y terceras personas.
6. Se efectuará comunicación breve a los superiores sobre las circunstancias básicas de las actuaciones de contención física solicitadas por los servicios sani-

tarios y se dejará constancia escrita de todos los extremos antedichos en una agenda o libro de incidencias. En las anotaciones quedará registrado de forma específica:

- Fecha, hora y filiación (lo más completa posible).
- Otros (datos propios de la estadística policial).
- Se dejará constancia expresa de aquellos casos en los que se haya realizado:
 - Contención física.
 - Medidas especiales de sujeción física.
 - Constancia expresa que dichas medidas se realizan a petición de personal médico (por ello deben ser consideradas como elementos de índole terapéutico en base a una circunstancia especial de patología de riesgo).
 - Datos de identificación del facultativo.
 - Apoyo a traslado en ambulancia (acompañamiento).

7. A través de la Consejería de Sanidad y Consumo y en el marco de este protocolo, se realizarán las oportunas actuaciones formativas e informativas a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad con el fin de garantizar el máximo nivel de adecuación de las actuaciones a lo aquí especificado.

Transporte sanitario

1. Su provisión compete al sistema sanitario y su activación al 112. Debe ser adecuado y proporcional a la situación del paciente, por lo que su prestación se realizará una vez evaluada la situación en base a determinados parámetros:
 - Gravedad y situación del paciente, en especial, la necesidad de contención mecánica.
 - Condiciones propias del traslado: Distancia, tiempo.
6. El Centro Coordinador de Urgencias, sobre la base de la valoración realizada, procederá a la activación del medio de transporte más adecuado de entre los existentes:
 - **Transporte sanitario convencional:** ambulancia asistencial normalizada en nuestra Comunidad Autónoma con medidas de sujeción obligatorias,

a partir de la entrada en vigor de la oportuna normativa por parte de la Consejería de Sanidad y Consumo.

- **Transporte sanitario especial:** Unidad Móvil Medicalizada en nuestra Comunidad Autónoma.
 - **Transporte convencional asistido:** consiste en una ambulancia asistencial ya normalizada con medidas de sujeción físicas y con la siguiente dotación:
 - Dos Técnicos de Transporte Sanitario con Curso específico de Emergencias Sanitarias.
 - Material de soporte vital básico.
3. En estos casos, la posibilidad de acompañamiento de personal en el tipo de ambulancia descrita sería:
- Personal de enfermería propio.
 - Personal de transporte.
4. Se llevará una agenda de incidencias donde quedarán registradas:
- Fecha, hora y datos de filiación.
 - Datos específicos y propios del servicio de transporte sanitario.
 - Se dejará constancia expresa de aquellos casos en los que se haya realizado:
 - a) Medidas de sujeción física habituales.
 - b) Medidas especiales de sujeción física.
 - c) Solicitud de apoyo a traslado en ambulancia.
 - d) Otro tipo de colaboración.

(Constancia expresa que dichas medidas se realizan a petición de personal médico. Deben ser consideradas como elementos de índole terapéutica en base a una circunstancia especial de patología de riesgo.)

Es el encargado de la Coordinación de todas las situaciones de urgencia y emergencia que requieran movilización de dispositivos de asistencia, de transporte y Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.

Para ello, el Centro Coordinador contará con un guión de valoración frente a la solicitud de intervención.

1. Recibida la demanda, procederá a la movilización de los medios necesarios para la intervención:
 - La evaluación por parte del Equipo de Atención Primaria.
 - La evaluación por parte del Equipo de Salud Mental, en caso necesario.
 - El transporte sanitario adecuado a la situación.
 - El apoyo de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.
2. Con el fin de garantizar la máxima eficacia en la resolución de las situaciones críticas que puedan presentarse y la progresiva implantación de dicho servicio como referente de las intervenciones sanitarias multisectoriales, se llevará a cabo la oportuna formación básica del personal en la valoración y la intervención telefónica con pacientes psiquiátricos.

SITUACIONES DE URGENCIA

Seguidamente enumeramos las situaciones que pretende regular en su atención el presente protocolo y sus claves de intervención.

1. PROCEDENCIA DE LA DEMANDA

- Paciente
- Familia
- Equipos de Atención Primaria
- Fuerzas y Cuerpos de Seguridad
- Servicios Sociales
- Equipo de Salud Mental

2. RECEPCIÓN DE LA DEMANDA

- 112
- Equipos de Atención Primaria
- Servicios Sociales
- Fuerzas y Cuerpos de Seguridad
- Equipos de Salud Mental

3. TIPOS DE DEMANDA

- a) **Emergencia sanitaria** derivadas de una situación de enfermedad mental.

Resolución: 112 (Protocolo de Urgencias Sanitarias).

B) Urgencia psiquiátrica.

Según el tipo de paciente:

1. Paciente colaborador sin agitación psicomotriz.
2. Paciente sin agitación psicomotriz pero con riesgo de ella (paciente irritable).
3. Paciente agitado sin auto ni heteroagresividad.
4. Paciente agitado con auto o heteroagresividad.
5. Paciente agresivo sin agitación.
6. Paciente con riesgo suicida.
7. Paciente en cualquiera de las situaciones anteriores con riesgo vital.

1. Paciente colaborador agitación psicomotriz

- El paciente hace una demanda urgente por síntomas psiquiátricos y colabora en la entrevista y el tratamiento.
- En estos casos es prioritario descartar la presencia de riesgo suicida o de otro tipo de riesgo ante síntomas que el paciente no verbaliza (ideas delirantes o alucinaciones).

DERIVACIÓN SI: ● → Patología no tratable en A.P. o se prevé riesgo.

TRANSPORTE: ● → Medio familiar o convencional si es necesario.

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE REFERENCIA

2. Paciente sin agitación psicomotriz pero con riesgo de ella (paciente irritable)

- Son pacientes que llegan a la consulta negativistas, irritables, enfadados, generalmente demandantes o querulantes con el medio sanitario y/o sociofamiliar.
- El elemento fundamental del abordaje es prevenir la aparición de agitación y/o agresividad, se deben aplicar las recomendaciones mencionadas en el apartado de **Contención psíquica**.
- Dependiendo del caso pueden ser oportunas medidas de **contención farmacológica**.

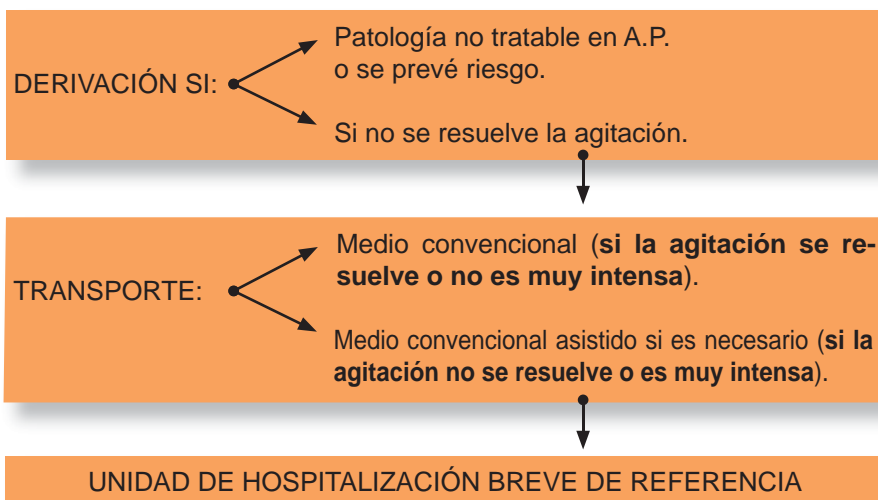
DERIVACIÓN SI: ● → Patología no tratable en A.P. o se prevé riesgo

TRANSPORTE: ● → Familiar o convencional.
● → Convencional asistido si es necesario (**a pesar de la intervención realizada se valora un alto riesgo de agitación y/o agresividad en el traslado**).

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE DE REFERENCIA

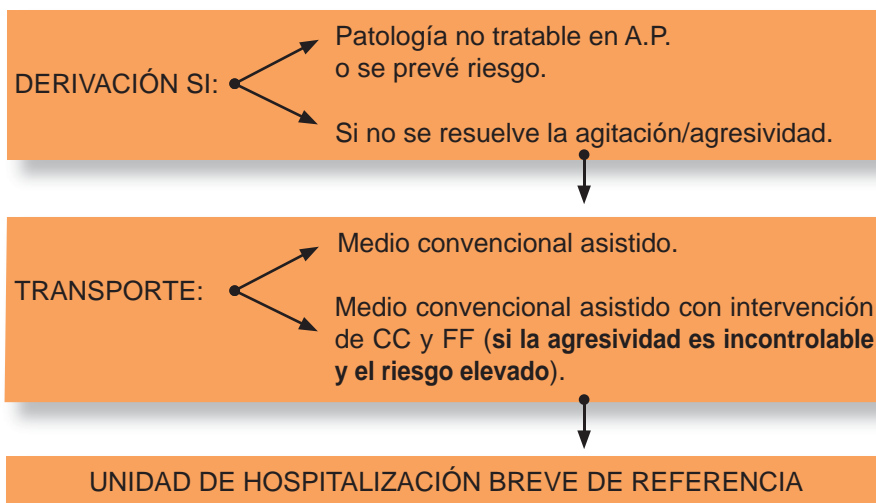
3. Paciente agitado sin auto ni heteroagresividad

- Paciente que presentan un aumento de la actividad motora, excesiva, inapropiada, con la presencia de movimientos, gestos o impulsos de carácter automático o intencional. Esto se traduce en conducta inmotivadas, no finalistas, repetitivas, acompañada a veces de afectividad exaltada, de desinhibición verbal (gritos, amenazas) y con tendencia a la irritabilidad si se intenta coartar o interferir en ellas.
- Es frecuente la presencia de alteraciones de la conciencia y desorientación asociadas.
- La dificultad de manejo viene definido por la disminución de la conciencia. El riesgo de conductas agresivas es alto, y suelen ser involuntarias e inmotivadas y por lo tanto poco previsibles.
- Es típico de cuadros psicoorgánicos, disociativos, intoxicaciones o por ansiedad intensa.
- Abordaje:
 - La contención psíquica no es eficaz salvo las intervenciones encaminadas a fomentar una estimulación sensorio-afectiva moderada y actuaciones encaminadas a la reorientación.
 - Casi siempre es necesaria la contención farmacológica y/o mecánica.
 - En estos cuadros se debe descartar patología orgánica como causa del cuadro psiquiátrico.



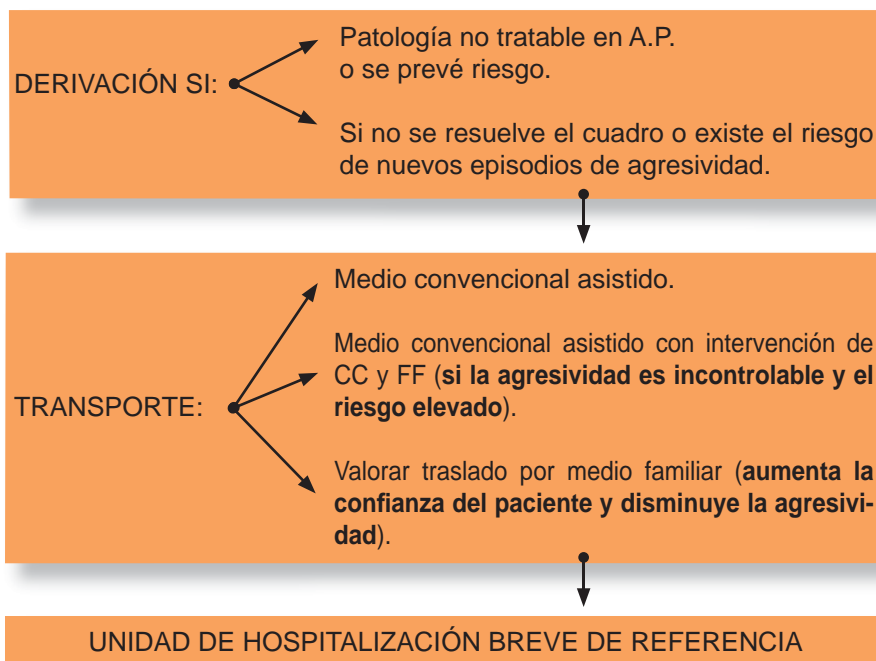
4. Paciente agitado con auto o heteroagresividad

- Paciente que además de las conductas reseñadas en el apartado anterior presentan conductas negativistas y agresividad hacia si mismo o hacia el entorno (personas u objetos).
- Se puede producir en los mismos casos de la patología anterior pero es más frecuente en intoxicaciones, síndromes de abstinencia, episodios maníacos, o cuadros psicóticos.
- La agresividad viene definida por la no aceptación de límites a la conducta, frustraciones, recriminaciones del medio sociofamiliar, ansiedad intensa, sentimientos de amenaza (por síntomas psicóticos), y disminución del nivel de conciencia y el autocontrol.
- La actuación debe ser rápida. La contención psicológica suele ser ineficaz (a veces, incluso, provoca un aumento de la irritabilidad). Se debe pasar a poner en práctica protocolos de contención farmacológica y mecánica.



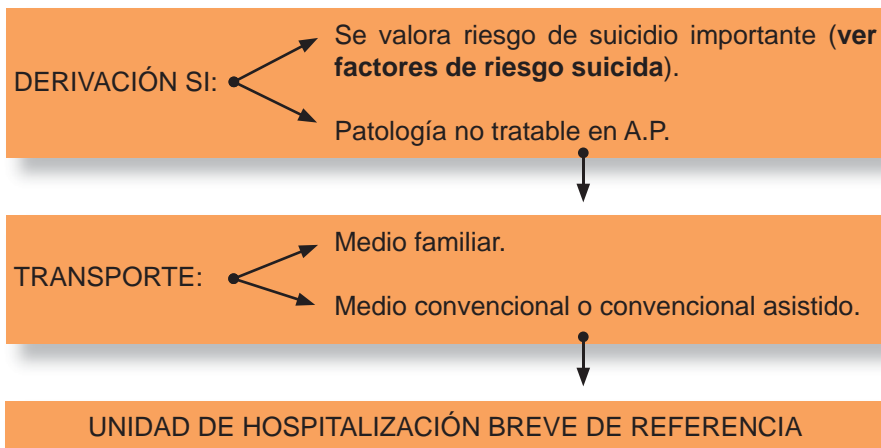
5. Paciente agresivo sin agitación

- Son pacientes que comenten actos agresivos motivados (con motivación real o no, pero que es significativa para el paciente).
- Suelen aparecer como consecuencia de dificultades del paciente para el control de los impulsos, por rasgos antisociales de la personalidad o por la presencia de ideas delirantes (paranoides o de celos fundamentalmente).
- En ocasiones pueden ser pacientes que han cometido actos agresivos y la propia comisión del acto ha supuesto una tranquilización. En otras ocasiones el paciente se atrinchera en el domicilio u otro lugar ante el miedo a las repercusiones del acto cometido o por las ideas delirantes.
- Es recomendable la intervención conjunta de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad y el equipo de AP.
- Antes de intervenir es aconsejable tener claro la seguridad del equipo terapéutico y del entorno. No actuar si no es así.
- La contención psíquica ganándose la confianza del paciente resuelve muchos casos. Si no es así hay que aplicar protocolos de contención farmacológica y/o mecánica.



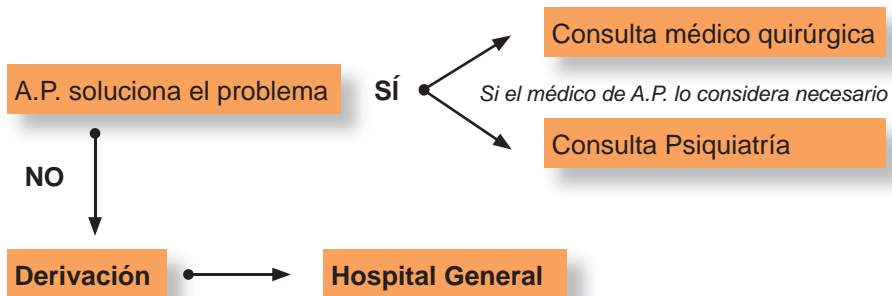
6. Paciente con riesgo suicida

- Casi todos los pacientes suicidas comunican la intención suicida antes de pasar al acto. Valorar pues cualquier amenaza.
- Las depresiones son los cuadros clínicos que con más frecuencia realizan tentativas suicidas, pero también son frecuentes en otras patologías como esquizofrenia, alcoholismo o otras toxicomanías, demencias y cuadros psicórganicos.
- En un primer momento el paciente puede negar la ideación suicida pero a medida que transcurre la entrevista, si se pregunta adecuadamente, el paciente acaba verbalizándola puesto que es un tema que le angustia.
- La contención psíquica es el elemento fundamental. Si no es así hay que aplicar protocolos de contención farmacológica apropiada para el caso.
- Raramente es necesaria la contención mecánica salvo que coexistan otras alteraciones como agitación o tendencia a las autolesiones.



7. Paciente en cualquiera de las situaciones anteriores con riesgo vital

- Como es obvio es prioritario la atención a la situación orgánica.
- No obstante, en la mayor parte de las ocasiones, si el paciente llega agitado es necesaria la contención/sedación para permitir una correcta actuación médica.
- La contención mecánica puede ser la mejor opción teniendo en cuenta los problemas cardiorrespiratorios que producen la medicación sedante y el tiempo de latencia entre administración y efecto farmacológico.
- En caso de ser necesario es mejor administrar neurolépticos incisivos como el haloperidol (5 mgr IM cada 30´ hasta conseguir sedación con control de constantes).
- Un caso especial son las intoxicaciones medicamentosas: aunque el paciente esté estabilizado, hay que tener en cuenta que es necesaria una valoración a largo plazo (mínimo 24 h.) por la posibilidad de complicaciones tardías (por ejemplo: arritmias, convulsiones, estenosis esofágicas...) bien en el ámbito de A.P. o en el ámbito del hospital general.



Valoración del método de derivación con arreglo a las situaciones 1 a 6

Un elemento imprescindible en toda actuación en la urgencia psiquiátrica es la valoración del riesgo potencial de agresividad.

Predictores del riesgo de agresividad

- Antecedentes de conducta violenta o agresividad.
(El predictor más potente).
- Antecedentes de conducta autoagresivas o intentos de suicidio.
- Diagnóstico psiquiátricos: psicosis (paranoia, esquizofrenia, psicosis tóxicas), trastornos de personalidad (sobre todo impulsividad y rasgos antisociales), depresiones agitadas con ideas de suicidio (suicidio ampliado).
- Consumo de sustancias tanto en intoxicación (cocaína, anfetaminas, alcohol, alucinógenos) como en síndromes de abstinencia (heroína).
- Síntomas concretos: presencia de alucinaciones, presencia de voces imperativas que ordenan actos agresivos.
- Factores psicosociales que generen frustración y/o desesperanza.

La valoración del riesgo suicida es también un elemento indispensable en la entrevista de urgencias. Es imprescindible investigar los factores que aumentan el riesgo suicida del paciente teniendo en cuenta que a parte de otros elementos epidemiológicos o diagnósticos, que se reseñan a continuación, existe un dato fundamental detectable en la exploración psicopatológica como es la desesperanza, que es el principal indicador de riesgo suicida.

Factores que aumentan el riesgo de suicidio

- Antecedentes de intentos de suicidio.
- Amenazas o gestos suicidas.
- Edad avanzada y sexo masculino.
- Aislamiento social.
- Consumo de alcohol o de drogas.
- Enfermedad física grave o crónica o con dolor.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Privaciones afectivas en la infancia.
- Muerte reciente de un ser querido.
- Pérdida del empleo o ruina.
- Ideas de culpa.
- Carácter impulsivo.

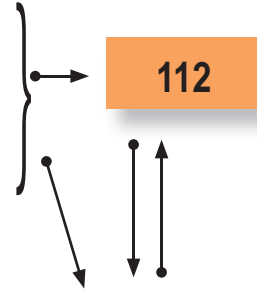
Signos y síntomas indicadores de riesgo de suicidio

- Tentativa previa.
- Historia familiar de suicidio.
- Fantasías de suicidio.
- Disponibilidad de medios de suicidio.
- Preocupación por el efecto del suicidio en el medio familiar.
- Verbalización de ideas de suicidio.
- Preparación de testamento, “arreglo de papeles”.
- Planificación de la forma del suicidio
- Crisis vital reciente sobre todo si no se ha resuelto.
- Pesimismo, culpa o desesperanza.
- Ausencia de creencias religiosas profundas.

FLUJOGRAMAS

Situación del incidente desde la detección:

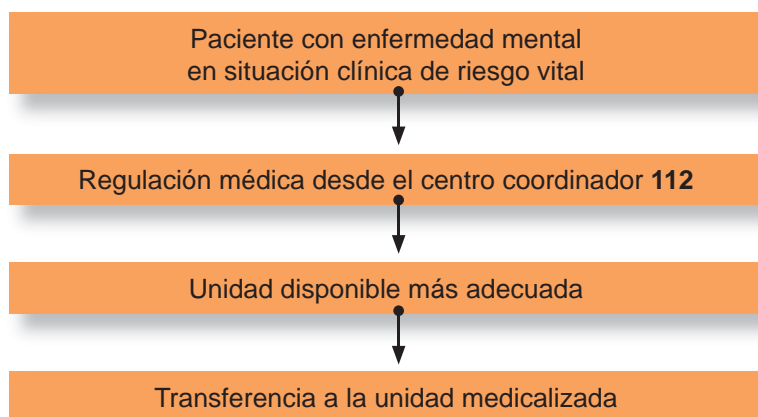
- Detección por Fuerzas y Cuerpos de Seguridad
- Detección por Servicios Sociales
- Detección directamente por AP o PAC
- Detección en Equipos de Salud Mental
- Detección por familia



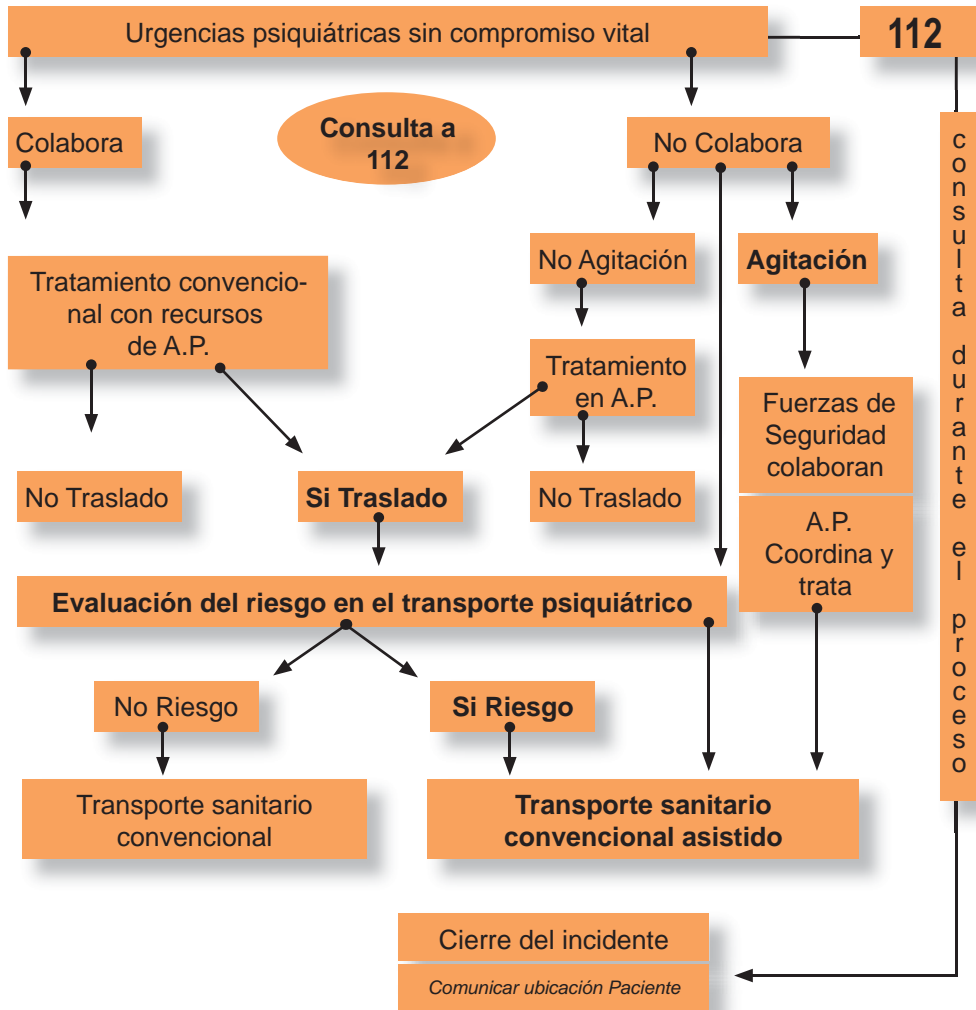
1.Situación del incidente según la urgencia del paciente:

Definiremos dos grandes bloques: Paciente con riesgo vital y paciente sin compromiso vital

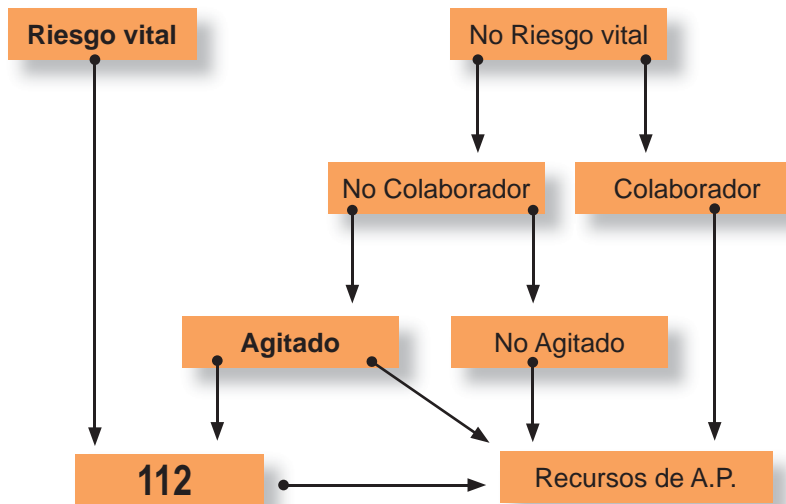
A. Enfermo mental con riesgo vital: se considera paciente crítico.



B. Urgencia psiquiátrica sin compromiso vital: Diagrama de flujos de actuación.



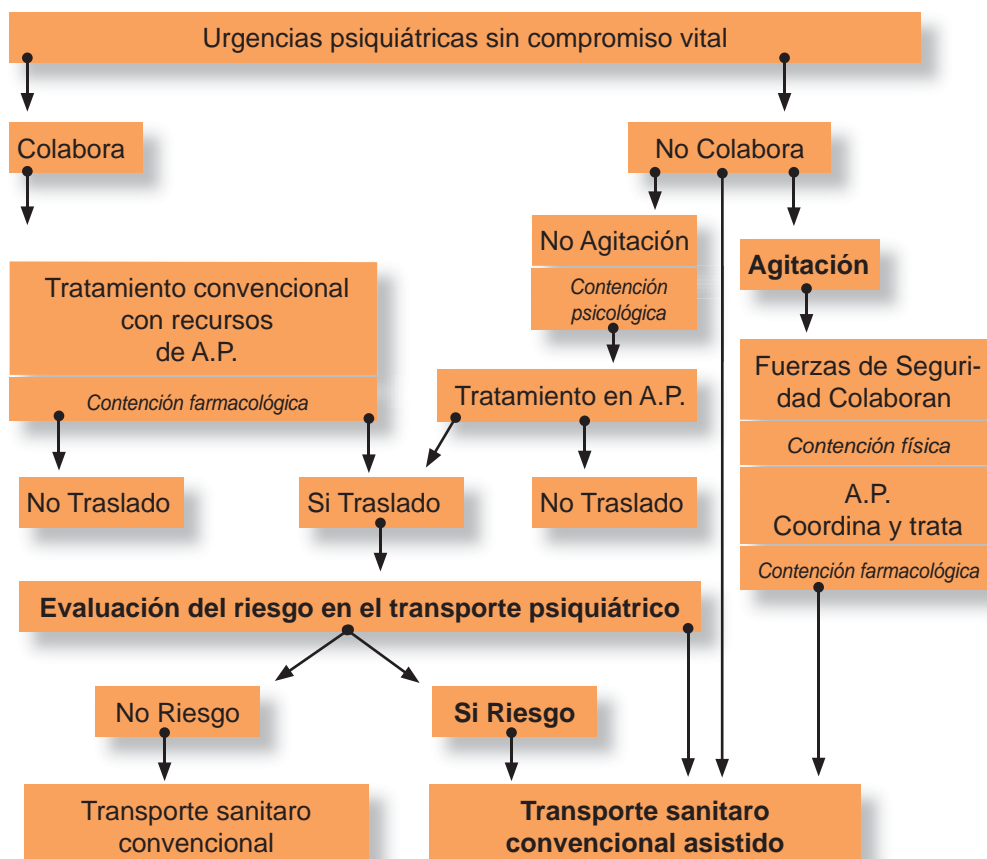
2. Actuación de la familia en la cadena asistencial (alertante)



3. Fase de evaluación y contención

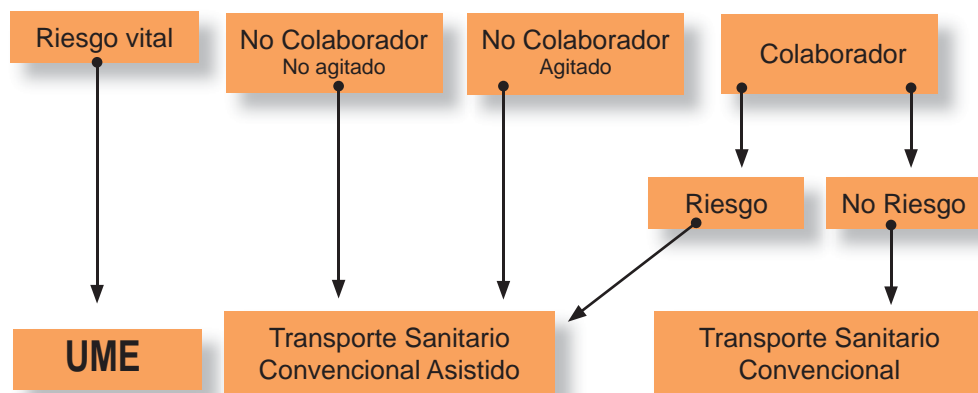
La evaluación será realizada por parte del primer médico asistente teniendo en cuenta la historia clínica previa del paciente y consultando en caso necesario al Equipo de Salud Mental.

La contención sólo se efectuará en el caso del paciente no colaborador agitado y en cualquier otra situación que se encuadre dentro de las recomendaciones de riesgo potencial ya descritas.



4. Situación del incidente según tipo del transporte:

- **Transporte sanitario convencional:** ambulancia asistencial normalizada, que en el caso en nuestra Comunidad Autónoma deberá contar con medidas de sujeción obligatorias a partir de la entrada en vigor de la normativa correspondiente por parte de la Consejería de Sanidad y Consumo.
- **Transporte sanitario especial:** Unidad Móvil Medicalizada (UME) en nuestra Comunidad Autónoma.
- **Transporte convencional asistido:** con las características ya indicadas en la página 17.



ANEXOS

ANEXO 1

CONTENCIÓN PSÍQUICA

Es la intervención terapéutica urgente cuyo objetivo es reestablecer la capacidad de autocontrol que el paciente ha perdido puntualmente.

Es apropiada para pacientes que no hayan iniciado conductas violentas con agresividad física y que tengan una mínima capacidad de raciocinio. Por lo tanto suele ser de poca utilidad en pacientes con alteraciones de la conciencia graves (delirium, intoxicaciones) o con deterioro cognitivo muy grave (retrasos mentales graves o profundos o demencias moderadas o graves).

La contención psíquica se debe realizar con arreglo a las siguientes premisas:

PREMISAS DE CONTENCIÓN PSÍQUICA

Fomentar la verbalización de los síntomas, problemas psicosociales, conflictos, etc.

Escucha atenta, empática, sin prisas, que facilite su capacidad de pensamiento y verbalización de problemas.

Informarse de antecedentes y situación clínica para conocer las posibilidades de manejo.

No mirar fijamente a los ojos ni permanecer a un nivel más alto.

Evitar la confrontación dialéctica sin que haya necesariamente que dar la razón al paciente en sus argumentos. Hay procurar buscar alianzas simples que lo tranquilicen.

Si existen delirios o alucinaciones no es el momento para realizar una crítica directa y confrontadora de los mismos.

Centrarse más en la resolución de problemas que en los síntomas.

Hacerle reconocer el carácter transitorio de la crisis y potenciar su autoestima.

Negociar las salidas más airosas posibles para el paciente ante los conflictos planteados.

Implantación de límites a su conducta que no sean interpretados como amenazas o advertencias que pueden aumentar la irritación y llevar a una crisis de agitación. (Ejemplos: Si da voces no podremos entendernos, si llega usted a alterarse no podré ayudarle, con amenazas no podré ayudarle a resolver sus problemas...).

PREMISAS DE CONTENCIÓN PSÍQUICA

Advertir al paciente que la violencia no es aceptable. Proponer soluciones mediante el diálogo.

Se debe disponer de un lugar tranquilo, con intimidad, se debe evitar que haya demasiadas personas en la habitación.

Es recomendable la presencia de un familiar o persona de confianza del paciente siempre que este no sea la causa del conflicto o lo potencie. Es bueno solicitar al paciente permiso para que esta persona esté presente en la entrevista.

Desviar su atención a otros intereses (lúdicos, personales, ofrecer comida, bebida, cigarrillos, etc) sobre todo si aumenta el grado de irritabilidad a medida que pasa la entrevista.

Valorar fluctuaciones del nivel de conciencia, atención y/o desorientación como causa de la agitación si es así, es prioritario intentar que el paciente se conecte con la realidad a través de estimulación sensorioafectiva continuada que incrementen la atención y la vigilancia pero sin llegar a la sobreestimulación. La reorientación se deberá llevar a cabo a tres niveles:

Reorientación personal (a través de personas u objetos familiares con los que el sujeto conecte).

Reorientación temporal: indicarle cambios horarios, día en que se encuentra, mostrar el calendario, etc.

Reorientación espacial: ubicarle en su entorno actual mostrarle los puntos de referencia, mantener iluminación moderada si es natural mejor.

Hay que **suspender los intentos de contención psíquica ante el riesgo inminente de violencia**. Si se está solo es necesario salir de la habitación o consulta (nunca huyendo: poner disculpa para ausentarse) y requerir el auxilio de otras personas o las FOP. Cuando se esté seguro y con el personal adecuado puede ser conveniente realizar una demostración de fuerza, informado de que si no cede en su actitud puede ser necesario recurrir a la contención mecánica o farmacológica.

CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA EN URGENCIAS

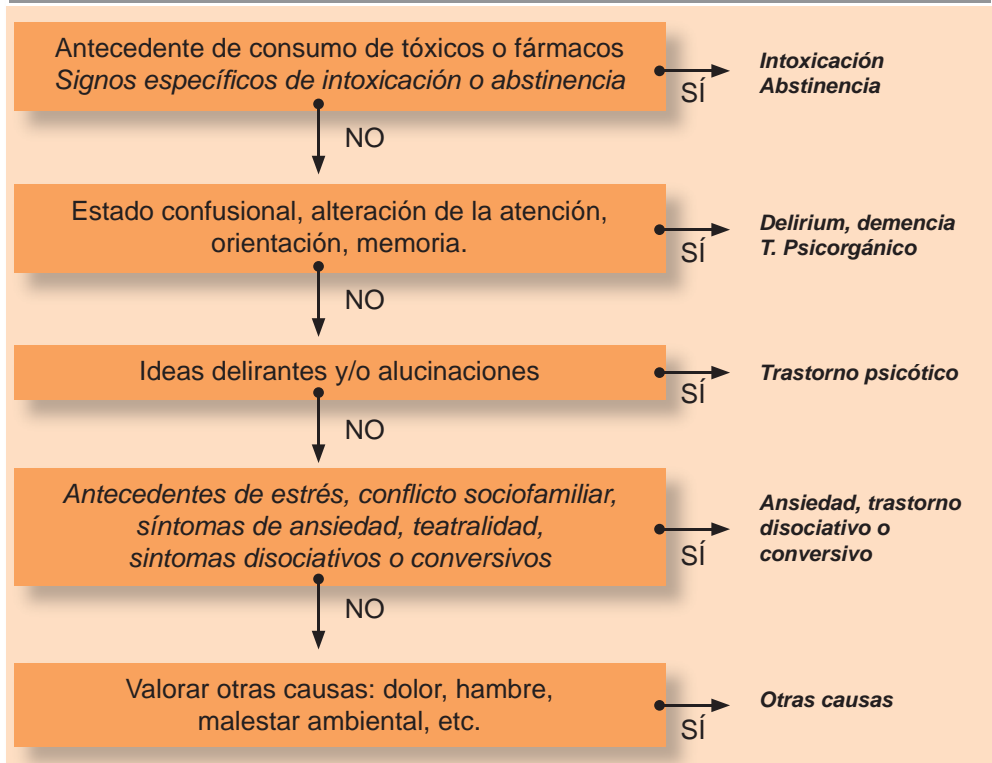
Es el uso de tratamientos farmacológicos dirigidos a conseguir la sedación del paciente para controlar su actividad física y protegerlo de las lesiones hacia sí mismo o terceros.

En la urgencia psiquiátrica la contención farmacológica se emplea en dos situaciones:

A. AGITACIÓN

En el abordaje de la agitación psicomotriz es importante filiar la causa, aunque en ocasiones no es posible hacer un diagnóstico etiológico de la misma debido a la dificultad de una exploración psicopatológica adecuada por la falta de colaboración del paciente o a la necesidad de solucionar rápidamente la urgencia ante el estado agitación y/o agresividad que presenta el enfermo.

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO DE LA AGITACIÓN



Las causas más frecuentes y su abordaje se reseñan en las tablas siguientes:

POR INTOXICACIÓN
Antecedente inmediato de consumo de tóxicos o fármacos (sedantes, estimulantes, anticolinérgicos, etc)
Signos de intoxicación específicos.
Tanto las sustancias sedantes como los estimulantes pueden producir cuadros de agitación. Los sedantes suelen producirla en la primeras etapas, o en intoxicaciones leves por disminución de la conciencia y desinhibición asociada.
Control y mantenimiento de constantes vitales, sobrehidratación...
Si se conoce el tóxico o fármaco y existe antídoto aplicarlo, más medidas específicas: <ul style="list-style-type: none">• Por Benzodiazepinas (BZ): Flufenazilo, 0,2 mg en bolus pasar en 15 segundos, 0,1 mg cada minuto hasta 1-2 gr. (2-4 ampollas).• Por opiáceos Naloxona: 0,4 mg IV que se puede repetir 4-5 veces en los siguientes 30-45 min.• Por Anticolinérgicos: Fisostigmina 0,5-2 mg. No dar neurolépticos (NLP).• Por alcohol: vit B1, B6, glucosa y control de acidosis láctica.
Sedación con Haloperidol 5 mg IM. y/o Levomepromazina (12,5-25 mg. IM) Repitiendo a los 30´ si es preciso.
Sedación con BZ si convulsiones asociadas o contraindicados los NLP (valorando interacciones y función cardio-respiratoria: Clonazepam 1 mg IM o Diacepam 10 mg. IM, repitiendo a los 30´ si es preciso.

POR SÍNDROME DE ABSTINENCIA
Antecedente de consumo crónico de tóxicos o fármacos (sedantes, estimulantes, anticolinérgicos, etc).
Signos de abstinencia específicos.
Dar agonistas de la sustancia o el tratamiento específico de la abstinencia.
Benzodiazepinas (sobre todo en abstinencia al alcohol o sedantes) Clonazepam 1 mg IM o Diacepam 10 mg. IM, repitiendo a los 30´ si es preciso o Loracepam 5-10 mg (oral) o Cloracepato 15-50 mg. (oral).
Antipsicóticos sedantes: Levomepromazina (25-100 mg. Oral) IM, Tiapride IM., u Olanzapina (20 mgr. oral).

POR CUADROS DELIRIUM O TRASTORNOS PSICORGÁNICOS

Lo fundamental para el diagnóstico es la disminución y fluctuación del nivel de conciencia asociada a la agitación, con desorientación, disminución de la atención y alteraciones senso-perceptivas (alucinaciones visuales o auditivas o alucinosis), ideas delirantes y falsos reconocimientos.

Medidas de soporte, control de constantes...

Tratamiento etiológico del cuadro si se conoce.

Sedación con Haloperidol: 2-5 mg. IM u oral repitiendo dosis si es preciso a los 30´.

Si se sospecha delirium por fármacos anticolinérgicos (consumo de antidepresivos tricíclicos, NLP o anticolinérgicos) sedación con BZ: Clonacepam 0,5- 1 mg IM, Diacepam 5-10 mg IM.

POR CUADROS PSICÓTICOS

Presencia de síntomas psicóticos (ideas delirantes alucinaciones, síntomas catatónicos) en ausencia de alteraciones de la conciencia (síndrome confusional).

Haloperidol 5mg IM y/o Levomepromacina 25 mg IM repitiendo a los 30´ si es preciso. (dosis máxima día de Levomepromacina: 100 mg).

Olanzapina 20 mgr oral o Risperidona 6 mg oral repitiendo dosis si es preciso.

POR ESTADOS DE ANSIEDAD INTENSOS O CUADROS DISOCIATIVOS

Síntomas de ansiedad física: palpitaciones, sudoración, disnea suspirosa, temblor, disfagia o disfonía, parestesias, molestias gástricas.

Síntomas de ansiedad psíquica: miedo a volverse loco, miedo a morir, aprensión, anticipaciones negativas.

Síntomas de despersonalización, desrealización o conversión.

Antecedentes de estrés o conflicto socio-familiar no resuelto o eventos negativos.

Sedación con benzodiacepinas (BZ) salvo contraindicación:

Alprazolam: 0,25- 2 mg oral o sublingual (repetir a los 30´ si no se consigue sedación).

Loracepam: 1-5 mg oral o sublingual (repetir a los 30´ si no se consigue sedación).

Clonacepam 1 mg IM (el clonacepam es la BZ con absorción menos errática cuando se usa la vía IM) (repetir a los 30´ si no se consigue sedación).

Diacepam 10 mg IM. (repetir a los 30´ si no se consigue sedación).

Cloracepato 20 mg IM (repetir a los 30´ si no se consigue sedación).

DE CAUSA NO FILIADA

En numerosas ocasiones en el origen de la agitación se encuentran causas ligadas a algún tipo de malestar. Ésto es especialmente frecuente en personas con déficit cognitivos graves (retrasos mentales, demencias) o con dificultades para la comunicación. Si no se encuentra una causa es conveniente descartar estas: dolor, hambre o sed, ruido excesivo o sobrestimulación sensorial, cambios ambientales.

Analgesia, alimentación, hidratación.

Eliminar sobreestimulación sensorial.

Sedación con Benzodicepinas oral o IM (Clonacepam 0,5-2 mg oral o 1 mg IM).

B. RIESGO DE SUICIDIO

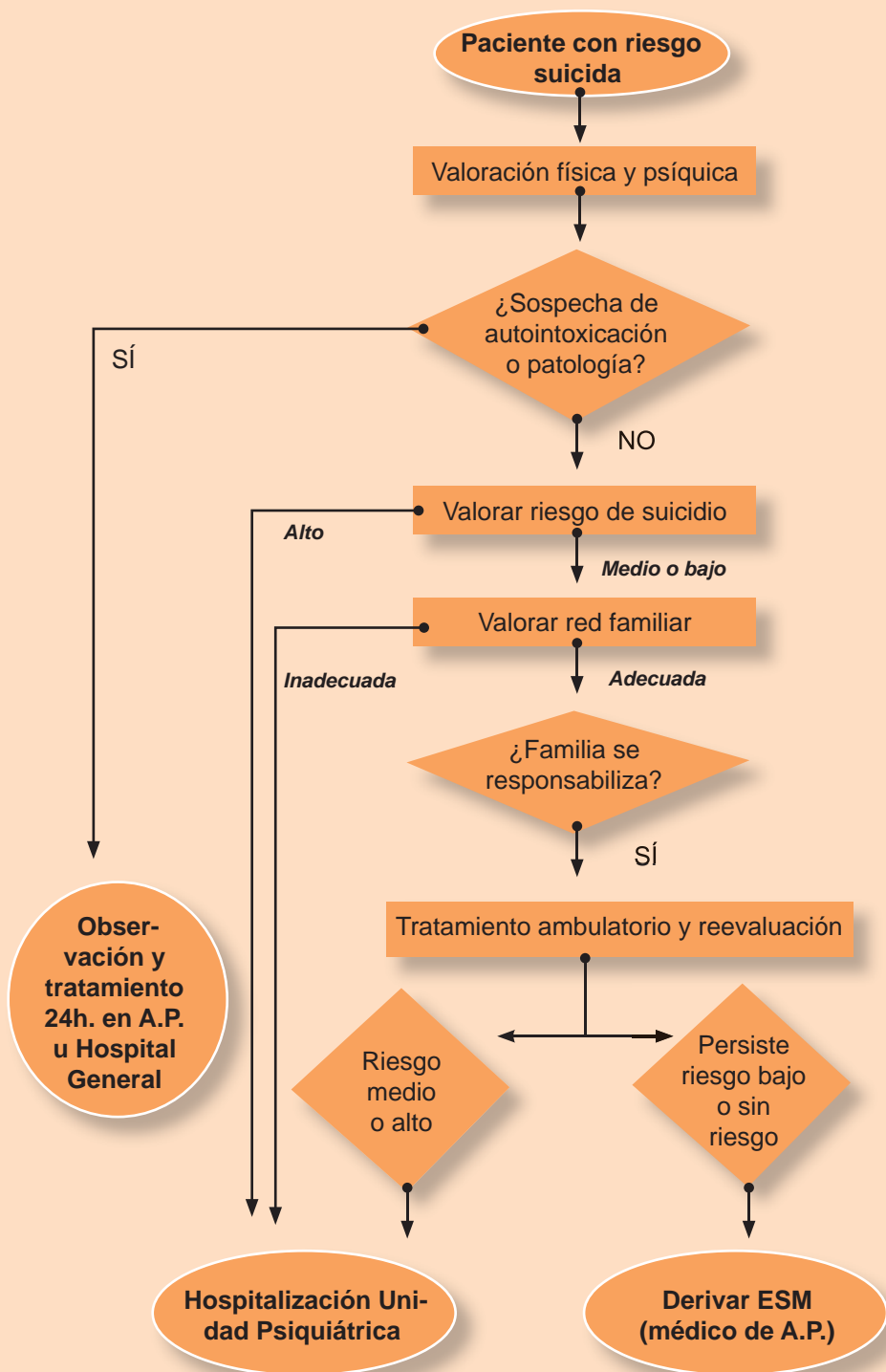
CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA DEL RIESGO SUICIDA

Los antidepresivos no son útiles en la atención urgente ni a corto plazo (su acción terapéutica tiene una latencia de al menos 3 semanas).

El tratamiento de elección son la antipsicóticos sedantes: Levomepromazina 25 mg IM u oral cada 8 horas.

Se puede sedar con BZ si existen contraindicaciones para los NLP.

ALGORITMO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE CON RIESGO SUICIDA



CONTENCIÓN MECÁNICA EN URGENCIAS

Es el uso de procedimientos físicos o mecánicos, dirigidos a limitar los movimientos del paciente para controlar sus actividades físicas y protegerlo de las lesiones hacia sí mismo o terceros. Es el último recurso ante conductas violentas o de alto riesgo para el paciente y/o terceros.

Es un recurso de uso habitual en el marco sanitario: según diversas fuentes se emplea hasta en un 6% de los pacientes psiquiátricos ingresados, en un 30 a 50% en las residencias de ancianos, en un 25% en las hospitalizaciones psiquiátricas infantiles o en un 17% en unidades medicoquirúrgicas de los hospitales generales

INDICACIONES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA
ABSOLUTAS
Para prevenir lesiones al propio paciente.
Para prevenir lesiones a terceros.
Para evitar interferencias sobre los programa terapéutico (cuando no esté capacitado legalmente para rechazarlos).
Dstrucción incontrolada del mobiliario y otros elementos del entorno.
Para reducir estímulos sensoriales.
Desinhibición sexual y persecución reiterada con intenciones sexuales sobre personas del entorno no controlable por otros medios.
Si lo solicita voluntariamente el paciente y existe justificación clínica y/o terapéutica a criterio del personal que lo atiende.
RELATIVAS
Gritos incontrolables por otros medios.
Exhibición reiterada del cuerpo desnudo ante los demás. Masturbación en público.
Las conductas del enfermo desencadenan la violencia de otros pacientes.

CONTRAINDICACIONES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

Si la situación puede resolverse verbalmente.

Si la violencia tiene intencionalidad delictiva (FOP).

Como castigo o antipatía hacia el paciente.

Por comodidad o conveniencia del personal o de otros pacientes.

PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLIZACIÓN DE LA CONTENCIÓN

PLANIFICACIÓN

Para sujetar adecuadamente a un enfermo se necesitan como mínimo 4 personas. Comenzar la contención con menos personal supone un riesgo añadido que no se debe asumir salvo muy raras ocasiones.

Cada uno de los participantes deberá saber su cometido previamente

Todo el personal sanitario y auxiliar disponible en el Servicio está obligado a prestar su colaboración, excepto que labores más urgentes los requieran en otro lugar.

El personal de seguridad y/o las fuerzas de orden público sólo podrán ayudar si el personal sanitario y auxiliar se ve superado por las circunstancias o el número.

Las normas específicas de sujeción deberán ser protocolizadas por el equipo terapéutico y refrendadas por el responsable de la dirección o coordinación del centro.

GARANTIZAR LA SEGURIDAD

Del paciente: Evitar mostrarse agresivos hacia el paciente y llevar el procedimiento con frialdad sin implicaciones personales. No responder a insultos ni otras provocaciones. No golpear ni forzar las articulaciones o colocar las rodillas sobre sus miembros o tórax.

Del personal sanitario: las personas que entren en contacto físico con el enfermo llevarán guantes aunque no se conozca el historial de enfermedades infecciosas del paciente. Evitar llevar pendientes o clips que puedan provocar desgarros en el personal o el paciente. Cuidar el uso de gafas. El personal de ambos sexos deberán protegerse ante posibles lesiones en cualquier parte del cuerpo, especialmente los genitales, pecho y cara.

PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLIZACIÓN DE LA CONTENCIÓN

EJECUCIÓN

Es importante actuar de manera rápida y sin vacilaciones: cuando se ha decidido no se debe intentar cambiar hacia la contención psíquica.

Durante la ejecución, intentar explicar al paciente la necesidad de la sujeción, la transitoriedad de la situación y que ésta va a ser beneficiosa para el propio enfermo.

Se utilizarán sujeciones estandarizadas. Se debe asegurar la presencia de al menos dos juegos de sujeciones en el centro, servicio o medio de transporte.

Cada una de la personas implicadas debe sujetar uno de los miembros si es posible una quinta sujetará la cabeza hasta que se complete la contención.

Colocar a los pacientes en decúbito supino con la cama ligeramente incorporada.

Asegurar las fijaciones y proceder a la contención.

Sujetar un mínimo de 2 miembros alternos y un máximo de 4 miembros. Durante el periodo agudo de agitación es recomendable la sujeción de 4 extremidades. Cuando ceda parcialmente ésta se puede realizar sujeciones de dos miembros que son más cómodas para el paciente, bien cruzadas (miembro superior de un lado y el inferior contralateral), bien las dos extremidades superiores.

Se puede utilizar un quinto punto de sujeción por medio del empleo de cinturones abdominales.

Acolchar los puntos de contacto con la piel.

Retirar todo objeto peligroso (punzante, cortante o incendiario).

Permanecer en una habitación aislada durante las primeras horas. Si es en una ambulancia se debe asegurar la presencia de personal sanitario junto al paciente.

Asegurar una adecuada ventilación y temperatura de la habitación o de la ambulancia.

PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLIZACIÓN DE LA CONTENCIÓN

VIGILANCIA Y OBSERVACIÓN

Se debe revisar, al menos cada 30-60 minutos, el estado del paciente y las sujeciones.

Hay que liberar en alternativamente uno de los miembros, permitiendo que estén libres alternativamente al menos unos 15 minutos.

Se valorarán las constantes, el estado de nutrición e hidratación del paciente, la temperatura de la habitación y el estado de su aseo personal periódicamente.

La alimentación se realizará en base a evitar los peligros de aspiración que supone la posición y la utilización asociadas de fármacos sedantes. Si es posible la realizará el propio paciente liberando una extremidad superior.

Facilitar las eliminaciones del paciente señalando si las realiza sin o con la colaboración de éste.

Se debe asegurar una 1ª observación por el personal médico en las 3 horas posteriores a la sujeción y una al menos en cada turno (cada 8 horas) reevaluando la necesidad de la continuidad o no de la medida de contención.

Es conveniente que la medida de contención figure en las ordenes de tratamiento como cualquier otra indicación terapéutica, señalando la hora de inicio y la hora de finalización de la misma.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Agitación psicomotriz:** Estado de actividad motora persistente, excesiva e inapropiada que se manifiesta por la presencia de movimientos, gestos e impulsos de carácter automático o intencional, si bien en general carecen de un objetivo estable común; este estado puede ir acompañado de una respuesta afectiva exaltada (ansiedad, cólera, pánico o euforia), desinhibición verbal (voces, gritos, amenazas) y una falta de conexión ideativa. Todo ello supone, potencialmente, un peligro tanto para el propio paciente como para terceras personas y el entorno, ya que la conducta puede ser impulsiva, negligente, desordenada o arriesgada.
- **Conductas violentas:** Agresión física dirigida hacia sí mismo (actos suicidas o de automutilación) o hacia terceras personas u objetos.
- **Colaboración:** Actitud del paciente caracterizada por la accesibilidad a mantener una entrevista y mostrarse receptivo y dispuesto a ejecutar los planes terapéuticos propuestos (incluido el traslado a un centro hospitalario si fuera preciso).
- **Factores de Riesgo en la presencia de Episodios de Agitación durante el traslado:**
 - **Antecedentes personales:**
 - Diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar (fases maníacas), trastorno delirante y trastorno de personalidad con descontrol de impulsos (por ejemplo, trastorno límite y antisocial de personalidad).
 - Historia de episodios de agitación y/o violencia y/o conductas suicidas (pasados o recientes).
 - **Datos clínicos actuales:**
 - Consumo abusivo y reciente de sustancias psicoactivas (tóxicos, fármacos).
 - Presencia de un síndrome orgánico-cerebral agudo (por ejemplo, delirium).
 - Presencia de hostilidad, alucinaciones (auditivas y visuales), conductas alucinatorias, ausencia de conexión ideativa, delirios de control y paranoides.

Relación de autores por orden alfabético

Del Protocolo de Actuación

Pablo Calderón López. Psiquiatra, Unidad de Psiquiatría. Hospital Infanta Cristina de Badajoz. SES.

Alfonso García-Ordás Álvarez. Psiquiatra, Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. SES.

Blanca Pérez García. Médico, Subdirección de Atención Primaria. SES.

Agustín Pijierro Amador. Médico, Subdirección de Atención Especializada. SES.

Miguel Simón Expósito. Psicólogo, Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. SES.

Javier Vegas Rodríguez. Médico, Subdirección de Urgencias y Emergencias. SES.

De los Anexos y la operativización de los tipos de demanda

Ana M^a Benavente Miguel, Trabajadora Social, CEDEX - Jaraíz de la Vera. SES.

Leoncio Bernal Rico, Médico, C. Salud de Cabezuela. SES.

Ángel Luis Blanco González, Psiquiatra, Complejo Sanitario Provincial de Plasencia. Diputación de Cáceres.

Isabel Caballero Martín, Enfermera, C. de Salud de Ahigal. SES.

Teresa Cano Pérez, Trabajadora Social, C. Salud de Nuñomoral. SES.

Rosa M^a Galindo San Valentín, Psiquiatra, Equipo de Salud Mental de Plasencia. SES.

M^a del Puerto García Méndez, Trabajadora Social, CEDEX - Plasencia. SES.

Agapito Herrero Sánchez, Psiquiatra, Complejo Sanitario Provincial de Plasencia. Diputación de Cáceres.

M^a Consuelo Mateos Romero, Enfermera, Equipo de Salud Mental de Plasencia. SES.

Carmen Rodríguez Arias, Médico, C. Salud Nuñomoral. SES.

Cristina Sánchez López, Psicólogo, Equipo de Salud Mental de Plasencia. SES.

Nieves Santos de Vega, Médico, C. Salud Plasencia II. SES.

Begoña Vegas Sáez, Pediatra, C. Salud Aldeanueva del Camino. SES.

