

**Protocolo de Atención Integral en
Emergencias y Traslados Urgentes
por Enfermedad Mental**

Comunidad Foral de Navarra

Grupo Técnico de Trabajo

Resolución 2319/2007

Pamplona, 10 de Junio de 2008

INDICE

1. CONSTITUCION DEL GRUPO TECNICO DE TRABAJO.	5-6
2. PREMISAS BASICAS	7
3. DESCRIPCION DE LOS RECURSOS DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA IMPLICADOS EN URGENCIAS POR ENFERMEDAD MENTAL: 1) Equipos de Atención Primaria (EAP) y Urgencias Extrahospitalarias; 2) Centros de Salud Mental (CSM) y otros dispositivos de Salud Mental; 3) Urgencias Hospitalarias; 4) Cuerpos y Fuerzas de Seguridad; 5) Transportes para traslado Urgente de Pacientes; 6) SOS Navarra-112.	8-15
4. ANALISIS DE LA SITUACION Y PROPUESTAS DE MEJORA: 1) Incidencia de Urgencias por Enfermedad Mental; 2) Medios de Transporte; 3) Urgencias Hospitalarias; 4) Urgencias Extrahospitalarias; 5) Urgencias Sociales; SOS NAVARRA-112; 7) Destino de los Traslados; 8) Atención de Menores Tutelados por el Gobierno de Navarra; 9) Coordinación y Jerarquía de las Intervenciones; 10) Supervisión del paciente en los Servicios de Urgencias; 11) Aplicación del Protocolo.	17-32
5. PROTOCOLO DE ATENCION A LAS URGENCIAS POR ENFERMEDAD MENTAL: 1) ¿Quién percibe la urgencia?; 2) ¿A quién acudir en demanda de ayuda?	33-36
6. PROTOCOLO DE ATENCIÓN SEGÚN EL TIPO DE URGENCIAS POR ENFERMEDAD MENTAL: 1) Urgencias Psiquiátricas: paciente colaborador; Colaboración parcial con riesgo de agitación; Agitación con riesgo de Agresividad; Riesgo de Autoagresión: 2) Paciente con Riesgo Vital; 3) Paciente con Problemática social; 4) Persona Agresiva sin agitación.	37-42
7.) PROTOCOLO DE ATENCION DE URGENCIA POR ENFERMEDAD MENTAL SEGÚN EL DISPOSITIVO IMPLICADO: ALGORITMOS: 1) Algoritmo de recursos para Urgencias por enfermedad mental; 2) Atención Primaria; 3) SOS Navarra-112; 4) Centros de Salud Mental; 5) Cuerpos y Fuerzas de Seguridad; 6) Medios de Transporte; 7) Urgencias Hospitalarias; 8) Centros de Menores del Gobierno de Navarra.	43-52
8. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE AGITADO: 1) Objetivos; 2) Concepto; 3) Algoritmo; 4) Predecir el riesgo; 5) Prevenir la Agitación; 6) PROTOCOLO DE SEDACION FARMACOLOGICA; 8) PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECANICA	53-73

9. PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE EL RIESGO DE SUICIDIO: Definición, Incidencia; Evaluación e Intervención.	75-86
10. BIBLIOGRAFIA	87

1. CONSTITUCION DEL GRUPO TECNICO DE TRABAJO

Por la Resolución 2319/2007, de 19 de Diciembre, del Director General de Salud, se crea un Grupo Técnico de Trabajo para la realización de un Protocolo de Atención Integral en Emergencias y Traslados Urgentes en Salud Mental, en la Comunidad Foral de Navarra.

En el marco de mejora en la atención a la Salud Mental de las personas con Trastorno Mental Grave se hace necesaria la revisión de la intervención urgente, in situ, o mediante traslado a los dispositivos de la red de Salud Mental, puesto que la celeridad en la atención en crisis trasciende en la evolución mental posterior e, igualmente en su nivel de deterioro personal, familiar y social.

Las funciones del grupo son el análisis de la situación actual e incidencia de este tipo de atención en la Comunidad Foral de Navarra. Definición de prioridades. Establecimiento de un programa de intervención y traslado. Estudio de la optimización de los recursos actuales y diseño de utilización. Determinación de los recursos necesarios para implementar el programa. Elaboración de un protocolo de actuación con los criterios a aplicar en los centros con competencia en esta materia.

Actúa como coordinador del Grupo Técnico de Trabajo D. José Domingo Cabrera por delegación del Director General de Salud y como Secretario Alfredo Martínez Larrea elegido por el grupo.

Los trabajos se inician el 20 de Diciembre de 2007 y se entrega el documento el 10 de Junio de 2008.

Realizadas las funciones encomendadas el Grupo Técnico de Trabajo se reunirá, al menos, una vez al año para efectuar una evaluación de la situación y de la eficacia de las medidas tomadas

COMPOSICION DEL GRUPO

AREA	APELLIDO	NOMBRE	CARGO
SALUD			
DEPARTAMENTO DE SALUD	MARTIN DE MARCOS	ENRIQUE	DIRECTOR GENERAL
SUBDIRECCION DE SALUD MENTAL	CABRERA ORTEGA	JOSE DOMINGO	SUBDIRECTOR
ATENCION PRIMARIA	MARTIN MONTANER	ISABEL	DIRECTORA
URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS	ZUBIAUR CARREÑO	ANTONIO M ^a	SERVICIO DE URGENCIAS EXTRA-HOSPITALARIAS
HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA	CUESTA ZORITA	MANUEL	PSIQUIATRA HVC
PSIQUIATRIA AMBULATORIA	PEREZ NIEVAS	FERNANDO	PSIQUIATRA CSM BURLADA (IB)
TRABAJO SOCIAL	ERICE MATEO	CARMEN	TRABAJADORA SOCIAL CSM IB
AREA DE TUDELA	AGÜERO GOÑI	JOSE ANTONIO	PSIQUIATRA CSM TUDELA
AREA DE ESTELLA ENFERMERIA	AYAPE ARBE	MARIA JESUS	ENFERMERA ATENCION PRIMARIA
JUSTICIA			
JUZGADO 1ª INSTANCIA Nº 8	ALGUACIL ARTETA	PILAR	JUEZA
FISCALIA	SANCHEZ VILLARES	JOSÉ ANTONIO	FISCAL
INSTITUTO NAVARRO DE MEDICINA LEGAL	MORATA GARCIA	MARIA TERESA	FORENSE DEL JUZGADO DE 1ª INSTANCIA 8
INSTITUTO NAVARRO DE MEDICINA LEGAL	TEIJEIRA ALVAREZ	RAFAEL	DIRECTOR
CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD			
GUARDIA CIVIL	MORENO GIMENO	ANGEL	TTE CORONEL
POLICIA FORAL	FERNANDEZ GOÑO	ANGEL	JEFE DE DIVISION POLICIA JUDICIAL
POLICIA MUNICIPAL	AZANZA BURUSCO	ANGEL M ^a	SUBINSPECTOR
DIRECCION DE PROTECCION CIVIL			
SOS NAVARRA-112	OTAMENDI SALDISE	ALBERTO	DIRECTOR DE PROTECCION CIVIL
BIENESTAR SOCIAL			
PROTECCION AL MENOR	FERNANDEZ ALVAREZ	FERNANDO	PROTECCION AL MENOR
INSTITUCIONES			
FUNDACION NAVARRA TUTELAR DE PERSONAS ADULTAS	ACEDO SUVERBIOLA	MINERVA	DIRECTORA
DEFENSOR DEL PUEBLO	BELTRAN AGUIRRE	JUAN LUIS	ASESOR JEFE DE AREA
ASOCIACIONES			
ANASAPS	MEDINA SIERRA	EGOITZ	RESPONSABLE DE ATENCION DIRECTA
SOCIEDAD VASCO-NAVARRA DE PSIQUIATRIA	MORENO FLORES	PABLO	PSIQUIATRA
FORO SALUD MENTAL	MARTINEZ LARREA	JESUS ALFREDO	PRESIDENTE

2. PREMISAS BASICAS:

1. La mejor intervención es la prevención. Realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad y sus descompensaciones, asegurando el tratamiento continuado y la intervención temprana ante los signos de descompensación evitará un número significativo de situaciones urgentes de alto riesgo.
2. Las enfermedades mentales deben ser consideradas como el resto de enfermedades, por lo que los mecanismos de atención a la urgencia y el traslado de pacientes con enfermedad mental deben integrarse con los de las urgencias por otras patologías.
3. El sistema sanitario es el encargado de responder a la urgencia.
4. En ocasiones es necesaria una intervención integral e integradora de recursos Asistenciales Sanitarios, de Transporte Sanitario y Cuerpos y Fuerzas de Seguridad
5. Las vías de acceso al sistema, los recursos disponibles, y los procedimientos de intervención deben de estar protocolizados y deben ser conocidos por todos los implicados en las situaciones de urgencias por enfermedad mental: personal sanitario, fuerzas de seguridad, servicios sociales, familiares y pacientes.
6. Todo el personal implicado ha de contar con los recursos y la formación necesarios para una adecuada valoración e intervención ante la urgencia por enfermedad mental.
7. La decisión de traslado urgente de una persona con enfermedad mental la toma el Médico responsable de la valoración del paciente. Dicha decisión debe tomarse en ocasiones con la opinión en contra del propio paciente.
8. El médico, como responsable sanitario, puede recabar directamente el auxilio de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad cuando sea necesario, sin requerir actuación judicial.
9. Si el paciente precisa ingresar contra su voluntad en un centro sanitario, se debe comunicarlo al Juzgado de Primera Instancia nº 8 en las 24 horas siguientes a la decisión médica que motivó dicho ingreso.

3. DESCRIPCION DE LOS RECURSOS DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA IMPLICADOS EN URGENCIAS POR ENFERMEDAD MENTAL

1) EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA (EAP) Y URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

1. Los Equipos de Atención Primaria desde los Centros de Salud y los Servicios de Urgencias Extrahospitalaria son los dispositivos generales para la atención de todas las urgencias sanitarias en la Comunidad Foral de Navarra y como tales intervienen en la atención de Urgencias derivadas de enfermedades mentales.
2. Se accede a los mismos directamente a través de Centro de Salud correspondiente o por medio de SOS NAVARRA-112.
3. Son los únicos recursos sanitarios móviles en casos de urgencia, se pueden desplazar al domicilio o lugar en que se encuentra el paciente para la valoración y atención in situ.
4. Según las características de la urgencia se puede desplazar:
 - a. Personal del Equipo de Atención Primaria: en horario laborable
 - b. Personal del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias.
 - c. Unidad SAMU-Medicalizada.
5. Funciones:
 - a. Realizan la evaluación sanitaria inicial in situ.
 - b. Intervención verbal básica.
 - c. Técnicas de Sedación farmacológica.
 - d. Consultas con Servicios de Salud Mental:
 - i. Pueden consultar con el Centro de Salud Mental correspondiente o con el Psiquiatra de Guardia del Hospital de referencia (Hospital Virgen del Camino u Hospital de Navarra), según el momento y el caso.
 - e. Indicación de traslado urgente para valoración psiquiátrica cuando es necesario
 - i. Indican recursos convenientes para el traslado:
 1. Medio sanitario de traslado más adecuado.
 2. Necesidad de acompañamiento sanitario si precisa, por estado psicopatológico, sedación farmacológica o patología orgánica concomitante.
 3. Coordinados a través del 112.
 - ii. Indican el centro de referencia para el traslado.
 - f. Solicitan auxilio de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.
 - i. Si predicen o constatan la oposición del paciente a ser asistido o trasladado y que esta situación puede originar alteraciones

del orden público que pongan en peligro la integridad física de personas o bienes.

ii. Sin necesidad de intervención Judicial.

6. Coordinan las intervenciones con SOS NAVARRA-112.
7. Emiten un informe escrito de la intervención que contendrá al menos los siguientes datos:
 - Motivo de la intervención.
 - Pauta de sedación empleada.
 - Participación de Cuerpos de Seguridad.
 - Medidas de contención física empleadas.
 - Medio de traslado.
8. Se objetiva la necesidad de:
 - a. Formación básica del personal.
 - b. Definir los tipos de Urgencia por enfermedad mental para asignar los recursos apropiados
 - c. Protocolos de intervención, sedación y contención.
 - d. Registro de las intervenciones protocolizado en Historia clínica Informatizada.

2) CENTROS DE SALUD MENTAL (CSM) Y OTROS DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL

1. Los Centros de Salud Mental son los dispositivos encargados de la atención continuada a los pacientes con enfermedad mental.
2. En ocasiones y de forma temporal los pacientes son atendidos en otros dispositivos específicos de la Red de Salud Mental como Hospital de Día, Clínica de Rehabilitación, Hospital de Día Infanto-Juvenil, Unidades de Agudos, Unidad de Media Estancia o Comunidades Terapéuticas. Durante el tratamiento en estos dispositivos ellos son los responsables de coordinar la atención de estos pacientes.
3. Estos dispositivos están disponibles durante la jornada laboral normal, en general, de 8:00 a 15:00 los días laborables.
4. Funciones:
 - a. No realizan una Atención Urgente de acceso directo.
 - b. Asesoran a los Equipos de Atención Primaria y a los Servicios de Urgencias Extrahospitalarias y Hospitalarias comarcales (Estella y Tudela) sobre la decisión terapéutica y pautas de intervención en

situaciones de Urgencia por Enfermedad Mental de pacientes de su sector.

- c. Pueden realizar “Consultas Extraordinarias”, pactadas con el equipo de Atención Primaria en casos Urgentes.
- d. Si durante el proceso de tratamiento continuado de un paciente surge una situación en la que esté indicado evaluación o intervención in situ o traslado urgente a una centro hospitalario para valoración o ingreso, pueden recabar el apoyo que precisen para:
 - i. Realizar una asistencia sanitaria in situ, si el paciente no se encuentra en el dispositivo.
 - ii. Conciertan y coordinan el ingreso con las Unidades de Psiquiatría Hospitalaria cuando es preciso.
 - iii. Indican el método de traslado sanitario que consideren adecuado.
 - iv. Solicitan el auxilio de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad si existe riesgo para la integridad física del paciente, de terceras personas o de bienes.
 - v. Pueden actuar de forma directa o coordinada por medio de SOS NAVARRA-112.
 - vi. Deben emitir un informe médico completo y razonado del motivo de la intervención y procedimientos indicados.

3) URGENCIAS HOSPITALARIAS

1. Cualquier Urgencia debida a Enfermedad Mental puede ser atendida inicialmente por los Servicios de Urgencias de los Hospitales de la Comunidad (Hospital de Navarra, Virgen del Camino, Reina Sofía y García Orcoyen), de forma similar al resto e las Urgencias Sanitarias.
2. En caso de precisar una evaluación Psiquiátrica Urgente, el Hospital Virgen del Camino y el Hospital de Navarra disponen de atención psiquiátrica continuada las 24 horas del día todos los días del año.
3. Acceso al Psiquiatra de Guardia:
 - a. Pacientes derivados desde otros dispositivos sanitarios para valoración psiquiátrica urgente.

- b. Pacientes que acuden a los Servicios de Urgencia y en los que tras la valoración inicial se detecta la presencia de patología psiquiátrica que precisa valoración urgente.
- c. Demanda directa de atención psiquiátrica urgente por parte de pacientes, familiares o autoridades competentes.

4. Funciones del psiquiatra de Urgencias Hospitalarias:

- a. Evaluación y tratamiento de Urgencias psiquiátricas que no pueden ser resueltas en otros niveles asistenciales.
- b. Al Psiquiatra de Guardia compete exclusivamente la decisión final del ingreso hospitalario de un paciente.
- c. Asesora a los EAP y Servicios de Urgencias cuando no están disponibles los dispositivos de Salud Mental responsables del tratamiento continuado del paciente.

5. En caso de hospitalización:

- a. Notifica el ingreso al Dispositivo de Salud Mental responsable del tratamiento continuado.
- b. Si decide la necesidad de ingreso en contra de la voluntad del paciente lo notifica en las siguientes 24 horas al Juzgado de Primera Instancia nº 8.
- c. Notifica el ingreso al Responsable legal del paciente en los casos de menores y pacientes incapacitados legalmente.

6. En caso de no hospitalización:

- a. Entregará al paciente un informe con la valoración efectuada.
- b. El informe se realizará en HCI y se enviará al Médico de Familia.
- c. En caso de necesitar una intervención especial desde el CSM se comunicará al CSM.
- d. En casos especiales, menores o incapacitados legalmente, se comunicará dicha valoración a los responsables legales del paciente.

4) CUERPOS Y FUERZAS DE SEGUIRAD

- 1. Actúan en situaciones de Urgencias relacionadas con enfermedades mentales a demanda de los Servicios Sanitarios, del Juez, de terceras personas (fundamentalmente familiares), y en aquellas urgencias detectadas en el desempeño de sus funciones policiales.
- 2. Su función es auxiliar y facilitar la intervención del personal sanitario.
 - a. Prevenir situaciones de riesgo: fuga, auto o heteroagresividad.
 - b. Control de pacientes agitados o con alteraciones de conducta.
 - c. Facilitar la contención del paciente si fuera preciso.

- d. Acompañar al transporte sanitario en situaciones de riesgo.
3. Pueden ser requeridos
 - a. 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 personas o la conservación de bienes materiales.
 - b. Para realizar una entrada forzada en un domicilio particular debido a Urgencia Médica.
 - c. Para localizar, identificar y trasladar a un paciente en situación de riesgo a los dispositivos sanitarios con capacidad para atención psiquiátrica urgente.
 4. Su prioridad es asegurar la protección del paciente y de terceras personas.
 5. Deben primar el aspecto de atención sanitaria sobre otras consideraciones.
 6. Siempre y cuando sea posible los Servicios Sanitarios recurrirán a la Unidades específicamente entrenado:
 - a. La Policía Municipal de Pamplona cuenta con la Brigada de Protección y Atención Social (BPAS) disponible entre las 6:30 y las 22:30 en días laborable.
 - b. La Policía Foral cuenta con la Brigada Asistencial disponible todos los días entre las 7:30 y las 21:30 horas.
 - c. Actúan en su área de intervención, de forma programada y a demanda de los servicios sanitarios, mediante informe médico razonado y explícito de la demanda o en respuesta a demanda de SOS NAVARRA-112.
 - d. Actúan de paisano, con coches sin identificación y cuentan con preparación específica para intervenir en casos Urgentes por enfermedad mental.
 7. En los casos de Urgencia Vital no programable interviene la dotación policial disponible más cercana. Por este motivo es necesario garantizar una formación básica lo más extensa posible a los miembros de cuerpos y fuerzas de seguridad.
 8. En el desarrollo de sus actividades habituales los policías detectan situaciones sugestivas de urgencia por enfermedad mental y realizan el traslado de los mismos a los servicios de urgencia correspondientes en situaciones de riesgo para la integridad física del paciente, de terceras personas o de bienes o solicitan atención sanitaria in situ.
 9. En las intervenciones policiales debidas a conducta delictivas en las que se ven implicados posibles pacientes con enfermedad mental se prioriza la atención al delito. Posteriormente si precisa atención sanitaria se siguen los protocolos policiales y judiciales.

10. Los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad también realizan traslados de pacientes detenidos a los Servicios Sanitarios para valoración psiquiátrica.
11. Dejan constancia escrita de la intervención según sus protocolos.

5) TRASNSPORTE PARA TRASLADO URGENTE DE PACIENTES POR ENFERMEDAD MENTAL

1. Previo al traslado se ha de realizar una valoración e intervención in situ, y no proceder al traslado hasta encontrarse el paciente en condiciones para el mismo.
2. La mayor parte de los pacientes que necesitan atención Urgente por enfermedad mental se desplazan a los servicios sanitarios utilizando **recursos propios**.
3. En caso de requerirse **Trasporte Sanitario** su provisión corresponde al sistema sanitario y su activación al 112.
4. El medio de transporte debe ser adecuado y proporcional a la situación del paciente:
 - a. Gravedad y situación del paciente.
 - b. Necesidad de sedación farmacológica.
 - c. Necesidad de contención física.
 - d. Distancia y tiempo de traslado.
5. Entre el equipo sanitario que interviene en la urgencia y SOS NAVARRA se elige la alternativas de transporte sanitario más adecuadas de las existentes en Navarra:
 - a. Ambulancia convencional: cuenta con un conductor y 1 ó 2 Auxiliares de Transporte Sanitario según las necesidades.
 - b. Ambulancia medicalizada: SAMU-UCI o SAMU medicalizable.
6. Entre el equipo sanitario que interviene en la urgencia y SOS NAVARRA se designa el personal sanitario necesario para el traslado en cada caso:
 - a. Personal médico.
 - b. Personal de enfermería.
 - c. Técnicos de Transporte Sanitario.
7. El acompañamiento familiar durante el traslado de un paciente por enfermedad mental suele ser beneficioso, salvo en aquellos casos en los que el paciente lo rechaza expresamente o en los que la presencia del familiar durante el traslado supone una fuente de estrés para el paciente o el familiar.

- a. La decisión la toma el personal sanitario, tras valorarlo con el paciente y los familiares
 - b. Debe ajustarse a las normativas existentes al respecto: ej. Número máximo de personas que pueden ir en la ambulancia.
8. En algunos traslados puede ser necesaria la intervención de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad:
- a. Acompañando el vehículo sanitario con su propio vehículo.
 - b. Acompañando al paciente en el vehículo sanitario en situaciones de riesgo.
 - c. Traslado al paciente en su propio vehículo en situaciones de riesgo controlado por los agentes de los cuerpos y fuerzas de seguridad.
- NOTA: por normativa interna la Guardia Civil no realiza acompañamientos en el interior de los vehículos sanitarios.
9. Se registra el traslado, las medidas empleadas y las incidencias durante el mismo.

6) SOS NAVARRA-112

1. Es el dispositivo encargado de la coordinación de todas las situaciones de urgencia y emergencia que requieran movilizar dispositivos sanitarios asistenciales y/o de transporte así como Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.
2. Movilizará los recursos adecuados según el caso:
 - a. Evaluación por parte del Equipo de Atención Primaria/Urgencias extrahospitalarias.
 - b. Evaluación por Equipo de Salud Mental en función de la necesidad, disponibilidad, adecuación y proximidad.
 - c. Transporte adecuado a la situación.
 - d. Destino adecuado para cada paciente.
 - e. Apoyo de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.
3. Es necesario elaborar un protocolo específico de evaluación e intervención en Urgencias por Enfermedad Mental.
4. Se destaca la necesidad de formación básica del personal en valoración e intervención telefónica con pacientes con enfermedad mental.

4. ANALISIS DE LA SITUACION Y PROPUESTAS DE MEJORA

1) INCIDENCIA DE URGENCIAS POR ENFERMEDAD MENTAL

Un elemento imprescindible para valorar la situación del problema es disponer de datos fiables sobre su incidencia. La diversidad de fuentes de datos, soportes de la información y formas de registro dificulta disponer de estos datos.

En los dispositivos que disponen de registros estructurados se han recogido datos disponibles significativos y en los dispositivos sin dichos registros se ha realizado un muestreo de casos

a) URGENCIAS DEL HOSPITAL VIRGEN DEL CAMINO:

1 de Enero a 30 de Abril de 2008:

- INGRESOS: 165
- URGENCIAS: 360
- INTERCONSULTAS DESDE URGENCIAS: 153

b) INTERVENCIONES DE LA BPAS de Policía Municipal:

No todas las intervenciones policiales en las que se ven involucradas personas con enfermedades mentales precisan una intervención sanitaria específica, traslado a centro sanitario o ingreso en unidad de psiquiatría

INTERVENCIONES	2005	2006	2007
Por Enfermedad mental	95	91	94
Traslados por orden médica o judicial	36	28	36
Ingresos	46	37	56
Informes jefatura	131	85	87

c) INTERVENCIONES DE POLICIA FORAL

INTERVENCIONES	2006	2007	2008 (enero-marzo)
ASISTENCIAL	25	18	7
PREVENCION			
Pamplona	5	18	4
Tafalla		1	6
Estella		11	1
Sangüesa		4	1
Tudela	7	17	8
	37	69	27

d) INGRESOS CON AUTORIZACION JUDICIAL

Una proporción significativa de las intervenciones judiciales se realizan en paciente menores de edad o incapacitados legalmente en los que es imperativa la intervención judicial.

La mayor parte de las intervenciones se realizan a demanda de los servicios de hospitalización tras ingresos urgentes o programados en los que el paciente precisa continuar ingresado en contra de su voluntad.

2003	2004	2005	2006	2007
153	200	186	253	261

El problema fundamental detectado no es el volumen de caso sino la complejidad de los mismos y la necesidad de múltiples recursos coordinados durante un tiempo prolongado para su resolución, con dificultades en la coordinación

2) MEDIOS DE TRANSPORTE PARA URGENCIAS POR ENFERMEDAD MENTAL:

La mayor parte de las demandas de atención sanitaria Urgente por enfermedad mental acuden por sus propios medios a los dispositivos sanitarios.

El Servicio Navarro de Salud dispone de dos tipos de Transporte Sanitario, convencional y medicalizado.

Se analizan distintas posibilidad de transporte de paciente con Enfermedad mental

1. TRANSPORTE CONVENCIONAL: vehículo de transporte sanitario que cuenta con conducto y uno o dos ATA (Auxiliar Técnico Sanitario) según la necesidad y disponibilidad. Estos vehículos no se moviliza de forma urgente sino programada.
2. TRASNSPOTE MEDICALIZADO: SAMU, en dos modalidades,
 - a. SAMU-UCI: vehículos medicalizados que cuentan con personal sanitario (médico y enfermera) en su dotación.
 - b. SAMU medicalizables: vehículos preparados para ser medicalizados con la incorporación de personal médico de otro dispositivo asistencial (atención primaria, hospital, etc.).

3. TRANSPORTE SANITARIO ASISTIDO: En ocasiones los Medios de Transporte Sanitario pueden beneficiarse o necesitar de una asistencia especial para el traslado de una persona con enfermedad mental:

- a. Incorporar más de un ATA a la dotación.
- b. Incorporar la presencia de un familiar.
- c. Incorporar la presencia de personal de los cuerpos y fuerza de seguridad del estado en la ambulancia.
- d. Recibir apoyo de los cuerpos y fuerza de seguridad desde su propio vehículo.
- e. Incorporar personal sanitario facultativo o de enfermería para el traslado de un paciente.

Esta asistencia debe ajustarse a la normativa vigente y especialmente al número máximo de personas que pueden trasladar las ambulancias (actualmente 5).

4. AMBULANCIAS PSIQUIATRICAS:

Estos vehículos no están disponibles actualmente en nuestra comunidad.

Se plantea la posibilidad de incorporarlos puesto que las ambulancias SAMU no son vehículos apropiados para el traslado de pacientes agitados o agresivos por las características físicas de los mismos. Los pacientes han de ser previamente estabilizados psicopatológicamente, en ocasiones sedados farmacológicamente y/o contenidos con medios mecánicos. Estos procedimientos aumentan el tiempo de la intervención de las unidades SAMU y las sustraen de otras intervenciones.

Si bien estos dispositivos facilitarían el traslado de pacientes agresivos o violentos, los miembros del grupo consideran que contribuirían a la estigmatización de la enfermedad mental y los casos en los que pudieran ser realmente indicados son escasos y no justificarían la inclusión de los mismos en la red actual de recursos.

Sin embargo si se considera necesario que a la hora de planificar las necesidades de unidades SAMU se contemplen las intervenciones por urgencias relacionadas con enfermedad mental y el tiempo prolongado que precisan para estas intervenciones.

5. VEHICULOS DE LA BPAS DE POLICIA MUNICIPAL DE PAMPLONA Y DE LA BRIGADA ASISTENCIAL DE POLICIA FORAL.

Estas unidades vienen desempeñando desde hace años labores de apoyo a los Servicios Sanitarios para la localización, identificación y traslado de pacientes en situaciones de riesgo vital para el paciente, terceras personas o bienes por Urgencia debida a enfermedad mental hasta los dispositivos sanitarios de Urgencia y las Unidades de Hospitalización.

Intervienen a solicitud de los servicios sanitarios mediante informe médico razonado e indicación expresa de intervención.

Sus miembros disponen de formación específica, actúan de paisano y con vehículos no identificados.

Su trabajo genera niveles elevados de satisfacción entre los usuarios, familiares y profesionales.

Pueden cubrir toda su área de influencia pero actúan de forma programada, únicamente en aquellas urgencias que así los permiten

6. VEHICULOS SOCIOSANITARIOS

No disponibles en nuestra comunidad.

En ocasiones la falta de apoyo sociofamiliar hace que se recurra a los medios de Transporte Sanitario para el traslado de pacientes a los dispositivos sin que exista una justificación clínica, lo que contribuye a saturar unos medios necesarios, costosos y escasos.

AREAS DE MEJORA:

- a) Recomendamos desarrollar una normativa específica de acompañamiento por familiares, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, etc., en traslados sanitarios por enfermedad mental y otras situaciones que lo requieran (menores, ancianos, etc.).
- b) Recomendamos generalizar un protocolo de sedación farmacológica para pacientes con riesgo de agitación.
- c) Recomendamos dotar a los medios de transporte de sistemas de sujeción mecánica adecuados.
- d) Recomendamos valorar la posibilidad de recurrir a otro tipo de recursos de transporte menos costosos y menos especializados para urgencia sociosanitarias por ejemplo TAXIS o vehículos no sanitarios y estudiar su forma de financiación. Esta propuesta no afecta exclusivamente a los enfermos mentales por lo que excede el ámbito de este grupo.
- e) No recomendamos actualmente implantar en la Comunidad Ambulancias Psiquiátricas

3) URGENCIAS HOSPITALARIAS POR ENFERMEDAD MENTAL:

3.a) ATENCION PSIQUIATRICA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

1. ACCESO:

- a. Derivación desde otros dispositivos sanitarios.
- b. Interconsulta desde otros servicios de Urgencias.
- c. Acceso directo a demanda del paciente, familia y autoridades.
- d. Acceso directo a consultas telefónicas.

2. DISPONIBILIDAD:

- La atención psiquiátrica Urgente está garantizada las 24 horas, durante todos los días del año en los Servicios de Urgencias del Hospital Virgen del Camino y del Hospital de Navarra.

3. AREAS DE MEJORA:

a. Establecer un sistema de Triage para las demandas directas de atención Urgente por el psiquiatra de Guardia, de modo similar al de otras especialidades.

1. Existe un acuerdo general en que el acceso de las personas con enfermedad mental grave a la atención urgente debe facilitarse lo máximo posible.
2. En general el enfermo mental grave no hace un uso inadecuado de los servicios de urgencia.
3. El triaje de una Urgencia por enfermedad mental no es fácil en las condiciones de los Servicios de Urgencias pero debe realizarse de forma similar al resto de las Urgencias.
4. Existe un riesgo de saturación de demandas urgentes por enfermedades mentales menos graves o por problemas de tipo sociosanitario que saturen el servicio y que deberán ser objeto de regulación según evolucione esta demanda.
5. De forma ocasional se presentan casos de personas hiperfrecuentadoras para las que deben diseñarse planes de intervención individualizados en función de las características y necesidades de cada caso, dada la especial gravedad de estos casos y su baja frecuencia.

b. Consultas telefónicas directas con el Psiquiatra de Guardia.

1. Son relativamente frecuentes.
2. Pueden ser eficaces y necesarias en el caso de interconsulta desde otros dispositivos sanitarios.
3. Pueden ayudar a detectar situaciones de riesgo a demanda directa de pacientes o familiares.
4. Pero también pueden interrumpir la actividad asistencial de Urgencias con problemas menos graves.
5. Y pueden dar lugar a errores de valoración al no estar el paciente presente.
6. El sistema de acceso directo de las llamadas al teléfono móvil del psiquiatra de guardia no es el mejor sistema.
7. Se recomienda valorar un sistema de triaje por parte de enfermería que realice una valoración inicial de la urgencia y decida su derivación directa al psiquiatra de guardia, al 112, a su CSM o al Equipo de Atención Primaria. Podría implicar al personal de enfermería de Urgencias o de la Unidad de Hospitalización.

8. La recomendación inicial en estas consultas debe ser que contacten en persona con los dispositivos sanitarios más adecuados.
 9. Si es una Urgencia grave que precisa atención inmediata in situ se debe recomendar que contacte directamente con el 112 o informar directamente al 112 del caso.
 10. Sólo deben considerarse resueltas telefónicamente aquellas consultas de forma evidente no constituyan una urgencia o sean banales.
- c. Está previsto reforzar la presencia de psiquiatras de Guardia en los Hospitales Virgen del Camino y Hospital de Navarra convirtiendo las Guardias Localizadas en Guardias de Presencia Física.
 - d. La creación de una Unidad de Agudos de Psiquiatría en el Hospital Reina Sofía ofrecería la posibilidad de atención psiquiátrica en el Servicio de Urgencias de este Hospital.
 - e. La atención en urgencias de pacientes con riesgo de agitación o fuga debe considerarse prioritaria, acortando los plazos de espera de estos pacientes para evitar riegos y el bloqueo de los recursos de seguridad privada del hospital o de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad
 - f. La supervisión en urgencias de pacientes con enfermedad mental corresponde al personal sanitario. Los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad y la seguridad privada de los hospitales actúan de apoyo al personal sanitario pero no en sustitución del mismo.

3.b) ATENCION POR ENFERMEDAD MENTAL EN URGENCIAS HOSPITALARIAS NO PSIQUIATRICA

1. ACCESO:

- a. Los pacientes pueden acceder a los Servicios Hospitalarios de Urgencias con sintomatología inespecífica que precise una evaluación Médica general previa para determinar su relación o no con enfermedad mental o con otro tipo de enfermedades.
- b. Pueden acudir a Urgencias Hospitalarias por consecuencias médicas relacionadas con la enfermedad mental, fundamentalmente por consecuencias de autolesiones o intentos de suicidio o efectos secundarios de la medicación.
- c. Los pacientes con enfermedades mentales tienen mayor riesgo de padecer otras patologías médicas que la población general que debe ser atendida en igualdad de condiciones y sin caer en el estigma.
- d. Los paciente con enfermedad mental pueden acudir a servicios de Urgencia Hospitalaria en los que actualmente no se dispone de Asistencia especializada de psiquiatría: Hospital Reina Sofía y Hospital García Orcoyen.

2. DISPONIBILIDAD:

- a. En cualquiera de las situaciones anteriores, cualquier paciente con enfermedad mental debe ser atendido en los Servicios de Urgencia Hospitalaria en condiciones iguales a las de cualquier otra urgencia sanitaria.

3. AREAS DE MEJORA:

- a. Desestigmatizar la atención de los pacientes con enfermedad mental: Deben ser atendidos por los recursos sanitarios en igualdad de condiciones que el resto de las Urgencias sanitarias.
- b. Disminuir la necesidad de Traslados Urgentes desde los Hospitales de Tudela y Estella a Pamplona para evaluaciones psiquiátricas especializadas.
 - Estos Traslados implican un riesgo durante el mismo por la situación psicopatológica o/y orgánica del paciente durante el mismo.
 - Precisan de unos recursos de Transporte y de apoyo sanitario y/o de cuerpos y fuerzas de seguridad, cuyo empleo ha de racionalizarse.
 - Implican una carga para el paciente y los familiares que ha de desplazarse hasta el Hospital correspondiente.

Para ello se propone:

1. Coordinar con los CSM de referencia las medidas de intervención.
2. Pactar con los CSM de referencia consultas extraordinarias que permitan valoraciones psiquiátricas sin necesidad de Traslado
3. Consultar, coordinar y concertar con el Psiquiatra de Guardia el traslado urgente para valoración especializada.
4. Evaluar la evolución de las necesidades de Interconsulta psiquiátrica en los Hospitales comarcales por pacientes ingresados, para evitar tener que derivarlos a hospitales con servicio de psiquiatría.
5. Contemplar las necesidades específicas de personal para atender Urgencias por enfermedad mental en los CSM de Estella y Tudela que atienden las áreas del Hospital Reina Sofía y García Orcoyen

c. Garantizar la seguridad durante los traslados:

1. Diseño de Protocolo de Traslado desde estos dispositivos al dispositivo de Salud Mental más adecuado.
 1. Criterios de derivación.
 2. Protocolos de sedación.
 3. Protocolos de Transporte.
2. Consultar en caso de duda con el Psiquiatra de referencia en su CSM o el de Guardia Hospitalaria las medidas a tomar.

3. Permitir el acceso desde las Urgencias Hospitalarias a las Agendas de citación de los Centros de Salud Mental, de modo similar a otras especialidades, para que el paciente salga de Urgencias Hospitalarias con una cita en su CSM. Esta medida puede agilizar los trámites y garantizar la atención de estos pacientes.
4. Coordinar criterios entre Atención Primaria, Urgencias Hospitalarias, Centro de Salud Mental, Psiquiatría Hospitalaria y SOS-Navarra.

4) URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS POR ENFERMEDAD MENTAL

4.a) ATENCION EN RECURSOS DE SALUD MENTAL:

1. ACCESO:

- a. Demanda directa de pacientes y familiares
- b. Demanda de otros servicios sanitarios, sociales, fuerzas de seguridad.
- c. Detección de situaciones de Urgencias por el propio centro

2. DISPONIBILIDAD:

- Tras el paso de Salud Mental de Atención Primaria a Atención Especializada se modificó la atención de las urgencias psiquiátricas extrahospitalarias.
- Los Centros de Salud Mental dejaron de atender demandas Urgentes. Se centralizaron las Urgencias por enfermedad mental en los Servicios de Urgencias Hospitalarios del Hospital Virgen del Camino y Hospital de Navarra.
- Se estableció un sistema de consultas en el CSM:
 - a. Consulta Extraordinaria: consultas que pueden pactar los médicos de Atención Primaria con el CSM para la atención Urgente de un paciente valorado por ellos en casos excepcionales.
 - b. Atención Preferente: en un plazo de 15 días.
 - c. Atención Normal: en un plazo variable según la lista de espera de cada centro en cada momento.
- En la actualidad los Centros de Salud Mental realizan una gestión interna de las consultas y se aprecian actuaciones heterogéneas según los centros.
 - a. En algunos casos los pacientes que acuden demandando atención Urgente al CSM son derivados directamente a Urgencias Hospitalarias
 - b. En otros casos se conciertan consultas extraordinarias o preferentes con los Equipos de Atención Primaria, orientado a los equipos de atención primaria sobre las pautas y el tratamiento inicial
 - c. En otros son atendidos de forma extraordinaria en el CSM.

3. AREAS DE MEJORA:

a. PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE, EN TRATAMIENTO CONTINUADO EN UN CSM.

- Cuando sufren una descompensación aguda se benefician de una detección e intervención precoz desde el Centro de Salud Mental. Su centro de tratamiento continuado es el que más referencias tiene sobre el estado habitual del paciente y sobre las características de su enfermedad a la hora de valorar los cambios y decidir las mejores intervenciones.
- La valoración por otro profesional ajeno a su tratamiento habitual siempre será menos precisa. Supone un riesgo de incrementar los ingresos en casos en pacientes que podrían ser tratados de forma ambulatoria
- Salvo en el caso en que el tratamiento indicado sea el ingreso en la Unidad de Hospitalización un plan de tratamiento posterior requerirá de la intervención temprana e intensiva de su CSM lo que duplica y hace más complejo el proceso de asistencia

4.b) ATENCION EXTRAHOSPITALARIA DE URGENCIAS POR ENFERMEDAD MENTAL EN RECURSOS NO PERTENECIENTES A LA RED DE SALUD MENTAL:

1. ACCESO:

1. El paciente o la familia acuden al Centro de Salud en demanda de ayuda urgente.
2. El Equipo de Atención Primaria recibe una demanda directa de atención Urgente en el Domicilio del paciente.
3. SOS NAVARRA 112, recibe una demanda de atención urgente in situ:
 - a. Moviliza los Equipos de Atención Continuada de los Centros de Salud de Atención Primaria.
 - b. Moviliza las SAMU-UCI con personal sanitario.

2. AREAS DE MEJORA:

1. Diseño de protocolos y algoritmos de evaluación intervención y sedación.
2. Formación continuada en atención urgente a pacientes con enfermedad mental
3. Vías de interconsulta urgente ágiles con los servicios especializados de Salud Mental.
4. Disponer de recursos suficientes en Urgencias Extrahospitalarias de Atención Primaria, especialmente en áreas rurales que permitan la atención en condiciones, generalmente son intervenciones complejas y prolongadas.

5. Racionalizar el uso de los transportes sanitarios. No utilizarlos como TAXIS. Valorar otro tipo de recursos de transporte.
6. incidir en la formación específica de los Auxiliares de Transporte Sanitario en la atención urgente a pacientes con enfermedad mental.

RECOMENDACIONES:

- a. Garantizar la posibilidad de atención urgente e intensiva en caso de descompensación de pacientes con enfermedad mental grave en los CSM de Referencia o en dispositivos específicos adecuados.
- b. En el caso de paciente que acuden a un CSM con demanda de atención Urgente no realizar nunca derivaciones sin un triaje básico por personal sanitario capacitado. Este triaje suele realizarse en otros servicios con demandas urgentes por el personal de enfermería.
- c. La capacidad de atender Urgencias ha de ser mayor en las áreas alejadas de los Servicios de Urgencias Hospitalarios con atención psiquiátrica continuada, especialmente en los vinculados con Hospitales sin Atención de Urgencias Psiquiátrica (Tudela y Estella).
- d. En el momento actual no se considera necesario disponer de medios especializados y específicos de transporte sanitario ni de atención in situ para Urgencias por enfermedad mental.
- e. Se recomienda considerar las urgencias por enfermedad mental en el momento de planificar los recursos sanitarios de urgencias generales, dado que precisan de un número significativo de estos recursos y de tiempo. Esto resulta especialmente relevante en las zonas rurales.
- f. No se considera necesario desarrollar un sistema específico de consultas extrahospitalarias especializadas de salud mental que no aportarían mejoras en la calidad de la atención urgente al enfermo mental grave.
- g. Las urgencias de pacientes en tratamiento continuado en los Centros de Salud Mental deben organizarse mediante procedimientos de Gestión interna de los centros, haciendo uso de las consultas extraordinarias pactadas con los Equipos de Atención Primaria y asegurando la atención continuada e intensiva en caso de descompensación de enfermedades mentales graves que no precisen ingreso en otros dispositivos
- h. La creación de la figura de Jefe de Guardia Extrahospitalaria puede permitir realizar un seguimiento de las Urgencias extahospitalarias por Enfermedad mental.
- i. En función de la evolución de la demanda y del resultado de la aplicación del presente protocolo puede ser necesario replantearse estas recomendaciones y valorar la creación de la figura de un Coordinador de Urgencias por enfermedad mental.
- j.

5) URGENCIAS SOCIALES ASOCIADAS A ENFERMEDAD MENTAL:

SITUACION ACTUAL

- Las Urgencias sociales cada vez son más frecuentes.
- Se dispone de protocolos de actuación en situaciones de Maltrato, Menores y Sin techo
- Las Urgencias Sociales vinculadas a Enfermedad Mental y Tercera Edad son las que más se están incrementando y las que mayor riesgo sanitario y de exclusión social están generando

DISPONIBILIDAD:

- Los profesionales de Servicios Sociales de base, Atención Primaria, Salud Mental y Hospitales atienden estas necesidades en horarios laborales.

AREAS DE MEJORAS:

- Fuera del horario laboral estas necesidades son atendidas por los profesionales sanitarios y fuerzas de seguridad, sin disponibilidad de profesionales de Servicio sociales.
- Esto genera con frecuencia una utilización inadecuada de recursos sanitarios: consultas repetidas en los Servicios Sanitarios de Urgencias e Ingresos sociales.

RECOMENDACIÓN:

- a. Se considera necesario desarrollar un sistema de atención a las Urgencias Sociales que cubra las 24 horas del día en todo el territorio de la Comunidad Foral, no específico para enfermedad mental sino para toda situación Social o Socio-sanitaria Urgente.
 - Se incluye en la documentación del grupo los modelos de la Diputación foral de Guipuzcoa y del Ayuntamiento de Granada.

6) SOS NAVARRA-112

1. Es necesario elaborar un protocolo específico de evaluación e intervención en Urgencias por Enfermedad Mental.
2. Se destaca la necesidad de formación básica del personal en valoración e intervención telefónica con pacientes con enfermedad mental.
3. Definir los tipos de Urgencia por enfermedad mental para asignar los recursos apropiados.
4. Protocolos de intervención, sedación y contención.

7) DESTINO DEL TRASLADO:

DESTINOS:

- URGENCIAS HOSPITALARIAS MEDICAS.
 - Riesgo vital.
 - Desaconsejado un traslado largo.

- CENTRO DE SALUD MENTAL:
 - En horario laboral.
 - Tras pactar consulta extraordinaria.
 - Paciente NO AGITADO y COLABORADOR.
 - Especialmente en casos de pacientes en tratamiento continuado en dichos centros
 - Especialmente en áreas de Tudela y Estella, para evitar traslados hasta Pamplona.

- URGENCIAS PSIQUIATRICAS: HVC y HN

DISPONIBILIDAD:

- Los servicios de Urgencias y Emergencias se movilizan únicamente para atender dichas Urgencias y Emergencias y para trasladar a los pacientes a dispositivos adecuados de atención URGENTE.
- Los traslados intercentros o a domicilio de pacientes con enfermedad mental deben planificarse siguiendo los cauces establecidos y no mediante los Servicios de Urgencias.

AREAS DE MEJORA:

- Siempre que se posible y si necesita atención inmediata a su llegada al centro receptor hay que avisar previamente del traslado que se va a realizar al dispositivo receptor.
- No derivar directamente para asistencia por psiquiatría sin descartar razonablemente patología orgánica, riesgo vital o trastorno psicoorgánico.
- La atención al paciente en el momento de su llegada al servicio a Urgencias, sobre todo en casos de paciente agitados, en riesgo de agitación y/o acompañados por fueras de seguridad debe ser inmediata.
- Es necesario revisar el papel del personal de seguridad privada de los hospitales en la atención de estas urgencias.

8) ATENCION DE URGENCIAS POR ENFERMEDAD MENTAL EN MENORES TUTELADOS POR EL GOBIERNO DE NAVARRA

En los dos primeros meses de 2008 únicamente hemos tenido que activar el traslado urgente de menores que están dentro del sistema de protección a dos menores, aunque uno de ellos ha requerido varios traslados a Urgencias del Hospital Virgen del Camino. En uno de ellos se dio la circunstancia que la menor en cuestión tenía cita en el HDIJ y orientamos a la profesional que atendía a nuestra menor, que se llevara a cabo el traslado mediante la activación del 112, a la vista de la situación que presentaba y de la reacción que se preveía en la paciente al comunicarle el traslado a urgencias y posible ingreso hospitalario en al UHPIJ.

En nuestro caso y dado que los Equipos Técnicos de los espacios de Acogimiento Residencial y Centros de Atención de Urgencia, cuentan con profesionales del mundo de la salud mental, como psicólogos y psiquiatra (una y con una modalidad de contratación que se puede definir como de prestación de servicio) cuando llevamos a cabo un traslado al sistema de urgencias hospitalarias, es porque ya se ha hecho una primera valoración especializada de que la que la situación así lo requiere.

Cuando coincide que el menor en cuestión está siendo tratado, o es conocido por el CSM o bien por el HDIFJ, siempre se intenta contactar con el profesional de referencia para informarle de lo que acontece y tomar decisiones compartiendo los criterios del profesional de Salud Mental con el del centro de Acogimiento Residencial.

Una vez que se ha tomado la decisión de la necesidad de traslado a Urgencias Hospitalarias, dicho traslado se lleva a cabo la mayoría de las veces en vehículos propios del recurso de Acogida y con relativa frecuencia solicitamos directamente apoyo a la Brigada Asistencial de Policía Foral.

Se dan también situaciones en las que la urgencia acontece en este contexto de Acogimiento Residencial en el que por diferentes circunstancias no se puede contar con el asesoramiento del profesional en psicología o psiquiatría de la entidad, y la apreciación de los Educadores que conviven con el menor es que se requiere la atención por parte del psiquiatra del servicio de urgencias hospitalarias. En esos momentos, se realiza llamada al 112, a quién se le expone la situación y es desde aquí desde donde se movilizan habitualmente ambulancia medicalizada, junto con soporte policial. Este tipo de situaciones suelen venir acompañadas de una agitación que desborda las posibilidades de contención del Centro.

Estamos colaborando en los protocolos de puesta en marcha del futuro CSMIJ, en el que entre otras cosas nos comprometemos a acompañar al menor-paciente, con la información relevante que se disponga y que sea de ayuda al psiquiatra de urgencias, caso de que se requiera su intervención desde ese ámbito de urgencia.

9) COORDINACION Y JERARQUIA DE LAS INTERVENCIONES:

- Descartada la creación de una red paralela de atención a urgencias y emergencias por enfermedad mental el mayor reto que se presenta es la coordinación y jerarquización de las intervenciones:

AREAS DE COORDINACIÓN:

1. Coordinación entre recursos de Atención Primaria y Salud Mental
2. Coordinación entre Dispositivos de la red de Salud Mental y Urgencias psiquiátricas de Hospital General
3. Coordinación entre recursos sanitarios y Policiales.

RECOMENDACIONES GENERALES:

1. Quien detecta la urgencia es responsable de la atención de la misma, con los medios disponibles, hasta la resolución de la urgencia o su derivación a un dispositivo más especializado.
2. La demanda de ayuda in situ se realiza a Atención Primaria o al 112.
3. El riesgo vital orgánico se ha de valorar en primer lugar.
4. Si la crisis no se resuelve o no puede tratarse en Atención Primaria se traslada al paciente para evaluación y tratamiento en un nivel más especializado.
5. En el caso de paciente en tratamiento continuado en un dispositivo de la red de salud mental que no accede a acudir a las revisiones ni a tomar el tratamiento pautado, sin datos suficientes sobre su situación psicopatológica, desde Salud mental pueden solicitar una evaluación in situ a los equipos de atención primaria. Tras la evaluación el equipo de Atención primaria decide la intervención más adecuada.
6. En el mismo caso anterior, pero con evidencia de descompensación psicopatológica que precisa evaluación especializada urgente o ingreso en Unidad de Hospitalización psiquiátrica, los equipos de salud mental pueden solicitar mediante informe médico razonado la intervención de los equipos de atención primaria para su traslado a los dispositivos de Salud Mental correspondiente.
7. En el caso anterior, si el paciente no está localizado o existe riesgo de fuga o alteraciones de conducta grave, con auto o heteroagresividad, los dispositivos de Salud mental pueden recabar directamente la intervención de las Brigadas especiales de Policía Foral o Municipal para su localización y traslado al dispositivo de Salud Mental adecuado.
8. Una vez localizado e identificado el paciente, si se niega al traslado, presenta cuadro clínico que precisa sedación farmacológica o evaluación sanitaria in situ, los policías pueden demandar la ayuda de los Servicios de Urgencia Extrahospitalarios a través del 112.
9. La dirección de las intervenciones puede realizarla el facultativo que mejor conozca el caso, desde Atención Primaria o desde Salud Mental.
10. La coordinación de recurso se hace a través del 112.
11. El ingreso en una unidad de Psiquiatría debe ser indicado por los Servicios Psiquiátricos de las Unidades o pactado previamente con ellos.
12. No todo traslado implica un ingreso.

13. Toda intervención debe programarse teniendo en cuenta la máxima eficiencia de los recursos utilizados.
14. A partir de las 15:00 horas o en días festivos el dispositivo de salud mental de referencia se localiza en las Urgencias del Hospital Virgen del Camino y Hospital de Navarra: Psiquiatra de Guardia.
15. Si la urgencia implica un riesgo vital inminente se utilizarán los recursos sanitarios y policiales que con mayor rapidez puedan atender la urgencia, coordinados por SOS-Navarra
16. Si la urgencia lo permite es preferible que intervengan los recursos más especializados, Recursos de Salud mental y Brigadas especiales de Policía Foral y Municipal

RECOMENDACIONES DE MEJORA:

1. Protocolos y algoritmo para la intervención de Urgencia por enfermedad mental.

10) SUPERVISIÓN DE PACIENTE CON ENFERMEDAD MENTAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS:

- La supervisión del paciente corresponde al personal sanitario. La Seguridad Privada del Hospital y los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad actúan en apoyo del personal sanitario.
- En ocasiones los miembros de los cuerpos y fuerzas de seguridad permanecen en los servicios de urgencias largos periodos de tiempo custodiando a los pacientes y bloqueando su actividad habitual
- A los Guardias de Seguridad Privados no le corresponden las funciones de custodia de pacientes, sino el apoyo al personal sanitario que los supervisa. En ocasiones también ven interrumpida su actividad por largos periodos de espera o se encuentran encargados de la supervisión directa de los pacientes sin presencia de personal sanitario.

• RECOMENDACIONES

- a) Los pacientes que precisan presencia de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad o de Seguridad privada del hospital deben tener prioridad en la atención.
- b) Se recomienda avisar de la llegada a urgencias de pacientes en estas condiciones para preparar la atención inmediata.
- c) A su llegada a Urgencias debe establecerse en el Triage el nivel de supervisión que precisan, el personal encargado de la misma y la necesidad de apoyo por Seguridad o por Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.

- d) Si precisan atención médica inmediata será prestada por el personal facultativo disponible y se considerará prioritaria la atención por el especialista de psiquiatría
- e) Los traslados para ingreso concertado en la Unidad de Psiquiatría se recomienda realizarlos directamente a la unidad de psiquiatría de forma concertada con la misma y con aviso previo de llegada a la unidad de psiquiatría.

11) APLICACIÓN DEL PROTOCOLO:

- a) Es necesario diseñar un sistema de divulgación del protocolo y de formación en conocimiento y habilidades necesario para su aplicación que alcance a todos los involucrados en el desarrollo del mismo: pacientes, familias, profesionales sanitarios, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, etc.
- b) Es necesario disponer de un sistema de información que aporte datos concretos sobre la evolución de la demanda en relación con urgencias por enfermedad mental y sobre la aplicación y funcionamiento del protocolo.
- c) Se recomienda que el mismo protocolo se aplique a los traslados urgentes de pacientes con enfermedad mental a los hospitales y clínica privadas de la Comunidad Foral que atienden Urgencias psiquiátricas.

5. PROTOCOLO DE ATENCION A LAS URGENCIAS POR ENFERMEDAD MENTAL

1) ¿QUIEN PERCIBE LA URGENCIA?

Los primeros signos y síntomas de una enfermedad mental pueden ser detectados por distintas personas o servicios:

1. Paciente
2. Familia
3. Ciudadanos
4. Servicios Sociales
5. Fuerzas y Cuerpos de Seguridad
6. Equipos de Atención Primaria
7. Otros servicios sanitarios
8. Equipos de Salud Mental

Los primeros cambios en el comportamiento, la forma de pensar y el estado emocional del paciente pueden confundirse con reacciones humanas normales ante situaciones vitales.

Los signos y síntomas de una enfermedad mental descompensada pueden tardar en identificarse y este retraso ser causa de un empeoramiento progresivo de la enfermedad y generar situaciones de riesgo vital.

Esta situación se agrava especialmente cuando el paciente, aunque consciente de que algo le está sucediendo, no tiene conciencia de la propia enfermedad y rechaza cualquier tipo de ayuda. Generalmente sus intentos por afrontar el problema sin ayuda derivan en un empeoramiento progresivo de la enfermedad

Suele ser el entorno cercano del paciente el primero en detectar las señales de alarma, pero en ocasiones tienen dudas sobre el significado de esas señales y no saben como afrontarlas o a quién pedir ayuda.

Cualquier señal de alarma debe generar una actitud de especial atención y supervisión activa, próxima e intensiva, por parte del entorno del paciente y de los servicios sanitarios implicados, evaluando el estado del paciente, especialmente las situaciones de riesgo vital y ofreciendo una adecuada intervención de apoyo y el tratamiento psicofarmacológico adecuado.

Si pese a intervenir con los medios a nuestro alcance se mantienen las señales de alarma o empeoran se debe demandar ayuda más especializada de forma urgente.

2) ¿A QUIEN ACUDIR EN DEMANDA DE AYUDA?

1. EQUIPOS DE ATENCION PRIMARIA
2. EQUIPOS DE SALUD MENTAL
3. URGENCIAS HOSPITALARIAS
4. SOS NAVARRA-112
5. CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD
6. SERVICIOS SOCIALES

Ante las primeras señales de alarma, los Equipos de Atención Primaria son el servicio sanitario más accesible, próximo y conocedor de la situación del paciente y por ello se constituyen en la puerta de entrada al Sistema Sanitario. A ellos deben acudir en primer lugar los pacientes y sus familiares.

En ocasiones un paciente que se encuentra en tratamiento en un dispositivo de Salud Mental puede sufrir una descompensación. Si es posible contactar con dicho dispositivo este será el más indicado para orientar la forma de actuar ante los nuevos síntomas.

En ocasiones enfermedades somáticas potencialmente graves pueden presentarse en forma de alteraciones del comportamiento, del pensamiento o de las emociones que hacen pensar en una enfermedad mental sin serlo. Ante la duda acuda a los Servicios de Urgencia más próximos.

En los Servicios de Urgencia de todos los Hospitales, incluidos los Hospitales Reina Sofía y García Orcoyen se puede realizar una valoración médica inicial para descartar patología somática, dar pautas de tratamiento y derivación si es preciso a los Servicios Especializados de Psiquiatría.

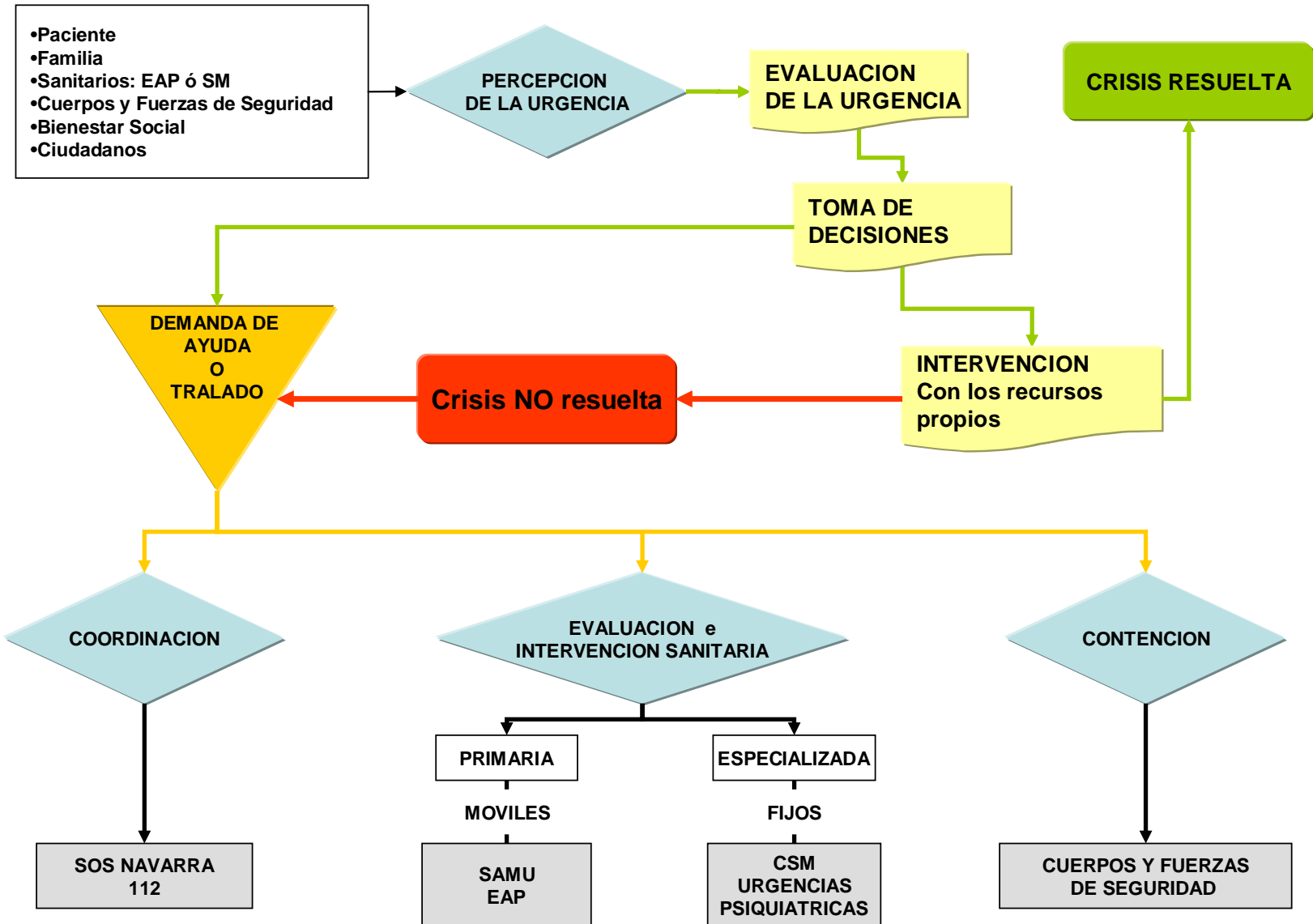
Si la situación requiere atención inmediata, el paciente colabora y no están disponibles los Servicios de Atención Primaria o de Salud Mental que conocen al paciente los Servicios de Urgencias del Hospital Virgen del Camino y del Hospital de Navarra disponen de atención especializada las 24 horas del día.

Si la situación es muy grave y requiere una atención inmediata in situ, el Servicio de SOS NAVARRA-112 puede orientarnos y movilizar los recursos necesarios para garantizar una atención integral y adecuada de la urgencia.

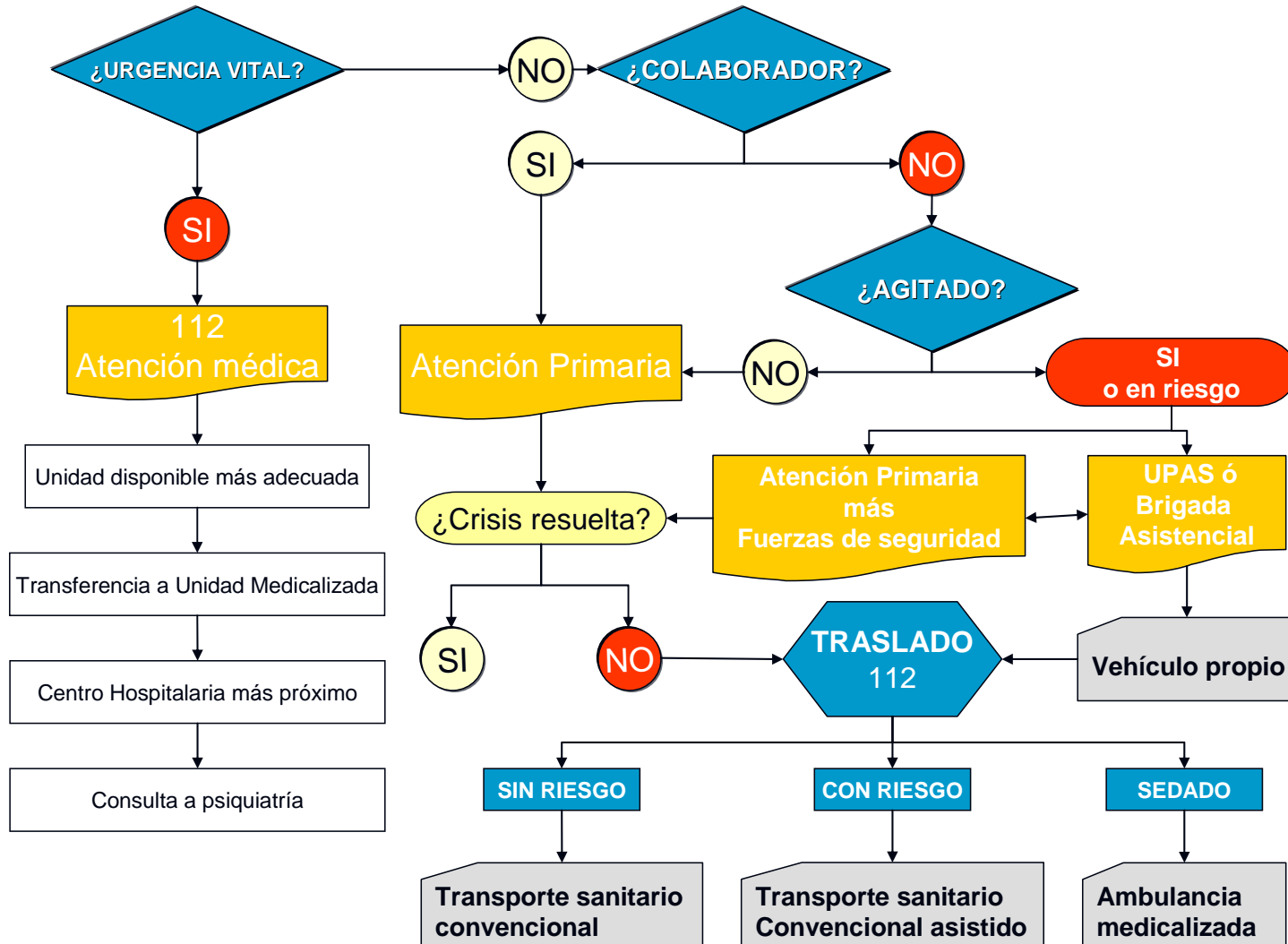
Si la enfermedad mental da lugar a alteraciones graves de conducta puede ser necesaria la intervención directa de cuerpos y fuerzas de seguridad. Se puede demandar su ayuda directamente o a través de SOS NAVARRA-112.

En ocasiones como ciudadanos tenemos motivos para pensar que una persona de nuestro entorno puede sufrir una enfermedad mental grave pero no tenemos forma de comprobarlo o de conseguir que dicha persona acuda a un servicio sanitario para valoración. En estos casos está indicado poner en conocimiento de los Servicios Sociales de Base la situación de esa persona para que puedan realizar una valoración e intervención adecuada.

ESQUEMA GENERAL DE INTERVENCION EN URGENCIAS PSIQUIATRICA



Algoritmo de intervención “in situ” tras detectar una Urgencia en Paciente con Trastorno Mental.



6. PROTOCOLO DE ATENCION SEGÚN EL TIPO DE URGENCIA POR ENFERMEDAD MENTAL

TIPOS DE DEMANDAS URGENTES POR ENFERMEDAD MENTAL

1. URGENCIAS PSIQUIATRICAS:

- Son heterogeneas y complejas
 - a. Paciente colaborador
 - b. Paciente agitado:
 - i. Colaboración parcial con riesgo de agitación
 - ii. Agitación con riesgo de agresividad
 - iii. Autoagresividad
 - iv. Heteroagresividad
 - c. Paciente en riesgo vital

2. EMERGENCIA SANITARIA: Enfermedad somática derivada o asociada a Enfermedad Mental.

- Los pacientes con enfermedades mentales tienen mayor riesgo que la población general de padecer enfermedades somáticas graves que precisan atención urgente

3. URGENCIA SOCIAL

- a. **PROBLEMÁTICA SOCIAL:** La enfermedad mental se asocia cada vez más con marginación y situaciones de riesgo social.
- b. **AGRESIVIDAD SIN AGITACION.**

1.a URGENCIA PSIQUIATRICA: PACIENTE COLABORADOR

- PERCEPCION DE LA NECESIDAD:
 - El propio paciente percibe la situación de urgencia y hace la demanda de ayuda, directamente o por medio de otra persona, por sintomatología psiquiátrica.
- DEMANDA DE AYUDA:
 - Atención Primaria: Centro De Salud.
 - Urgencias Hospitalarias
- EVALUACION:
 - Colabora en la evaluación y con los tratamientos o intervenciones aconsejadas.
- DESCARTAR riesgo de auto y heteroagresión actual.
- TRATAR lo síntomas que motivan la demanda en Atención Primaria y derivación a Salud Mental si no evoluciona favorablemente.
- DERIVAR para evaluación URGENTE a SALUD MENTAL si se aprecia :
 - patología psiquiátrica no tratable en atención primaria
 - riesgo de reagudización de los síntomas con repercusiones graves
 - dudas diagnósticas
- TRANSPORTE:
 - Medios propios
 - Transporte convencional

1.b.i. URGENCIA PSIQUIATRICA: PACIENTE CON COLABORACION PARCIAL Y RIESGO DE AGITACION

- PERCEPCION DE LA NECESIDAD:
 - El entorno del paciente percibe la necesidad.
 - El paciente se muestran reacio a colaborar en la exploración, negativista ante las propuestas, irritable, enfadado, demandante de forma inadecuada o suspicaz con el medio sanitario o sociofamiliar.
- DEMANDA DE AYUDA:
 - Atención Primaria: Centro De Salud.
 - Urgencias Hospitalarias.
 - Atención en el domicilio: Atención Primaria
- PREDECIR el riesgo de agitación.
- PREVENIR la agitación:
 - OBSERVACION CONTINUA
 - INTERVENCION VERBAL
 - SEDACION FARMACOLOGICA ORAL, si no responde a la intervención verbal
- Si se muestra colaborador y remite el riesgo de agitación pasar 1.a.
- TRASLADO:
 - Si persiste el riesgo de agitación debido a la patología psiquiátrica detectada o se tienen dudas diagnosticas:
 - Organizar TRASLADO ASISTIDO para evaluación por salud mental.

1.b.ii. URGENCIAS PSIQUIATRICAS: PACIENTE AGITADO CON RIESGO DE AGRESIVIDAD

- PERCEPCION DE LA NECESIDAD
 - Urgencia evidente aunque en ocasiones el paciente no participa de la demanda.
- EVALUACION DE LA SITUACION:
 - Aumento de la actividad motora, excesiva e inapropiada. Presenta movimientos, gestos o impulsos inadecuados con o sin intencionalidad clara; conductas inmotivadas, repetitivas, sin finalidad expresa. Se suele acompañar de afectividad exaltada, tono verbal elevado con lenguaje soez o amenazas. Reaccionan con irritabilidad si se les lleva la contraria pero se puede reconducir verbalmente, recuperando el autocontrol
 - Unido a la agitación psicomotriz, puede presentar agresividad verbal intensa (amenazas e insultos), no controlables con la intervención verbal, agresividad contra objetos, contra otras personas o contra sí mismo.
- CUADROS MAS FRECUENTES:
 - TRASTORNOS PSICORGANICOS
 - INTOXICACIONES
 - ANSIEDAD INTENSA
 - DESENCADENANTES EXTERNOS PSICOSOCIALES
 - EPISODIOS PSICOTICOS O MANIACOS
- INTERVENCION SI NO HAY AGRESIVIDAD:
 - VERBAL: necesaria pero no suficiente
 - SEDACION FARMACOLOGICA ORAL O INTRAMUSCULAR
 - SI NO COLABORA SOLICITAR PRESENCIA DE CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD
 - CONTENCION MECANICA SI ALTO RIESGO DE AGRESIVIDAD
- VALORAR RIESGO DE AGRESIVIDAD:
 - ¿No acepta límites a su conducta, no tolera las frustraciones o las recriminaciones del medio sociofamiliar?
 - ¿Presenta una ansiedad intensa?
 - ¿Tiene miedo o sensación de amenaza inminente, generalmente asociado a síntomas psicóticos?
 - ¿Tiene disminución del nivel de conciencia o está desorientado?
 - ¿Tiene antecedentes de agresividad previa o pérdida del autocontrol?
- INTERVENCION EN CASOS DE AGRESIVIDAD
 - Solicitar auxilio de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad
 - La intervención verbal puede incrementar la irritabilidad. Debe encaminarse a explicar al paciente la intervención que se va a realizar.

- Protocolo de sedación farmacológica
- Protocolo de contención mecánica.
- TRASLADO:
 - Medio convencional asistido: si remite la agitación.
 - Ambulancia medicalizada: Si persiste riesgo de agitación o sedación intensa.
 - Valorar la necesidad de apoyo de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad durante el traslado si ha presentado agresividad o agitación intensa, si persiste el riesgo o la falta de colaboración.

<p>1.b.iii. URGENCIAS PSIQUIATRICAS: PACIENTE CON RIESGO DE AUTOAGRESION</p>

- PERCEPCION DE LA NECESIDAD:
 - Valorar seriamente cualquier advertencia de ideas de suicidio: con frecuencia los pacientes avisan antes de realizar el acto suicida
- CUADROS MAS FRECUENTES:
 - Depresión
 - Otras patologías: esquizofrenia, alcoholismo, toxicomanías, cuadros psicorgánicos
 - Reactivo a acontecimientos vitales
- INTERVENCION:
 - VALORACIÓN ORGÁNICA y del riesgo vital inmediato o diferido si ha realizado ya el intento de suicidio.
 - PREVENIR que repita el intento: OBSERVACION DIRECTA.
 - INTERVENCION VERBAL
 - SEDACION FARMACOLOGICA si precisa
 - CONTENCIÓN MECANICA solo si se asocia con AGITACION o AUTOLESIONES REPETIDAS
- DERIVACION
 - URGENTE para valoración psiquiátrica si:
 - Presenta patología psiquiátrica no tratable en atención primaria
 - Riesgo de repetición de autolesiones
 - Dudas diagnósticas
 - DIFERIDA:
 - Si existe riesgo vital que contraindique el traslado
 - Si ha remitido el riesgo de suicidio
- TRASLADO PARA VALORACION PSIQUIATRICA::
 - Medios propios (familiares, red social de apoyo): Si se ha descartado riesgo vital, riesgo de suicidio inminente y colabora el paciente
 - Medio convencional si se dan las condiciones del apartado anterior y no dispones de medios propios.
 - Medio convencional asistido si persiste riesgo de suicidio

- Ambulancia medicalizada si persiste riesgo vital o necesidad de sedación intensa.
 - Priorizar la estabilidad orgánica frente al traslado para evaluación psiquiátrica si la situación implica riesgo vital, imposibilita la evaluación psiquiátrica o precisa de medios excepcionales para el traslado seguro.

2. PACIENTE CON RIESGO VITAL Y ENFERMEDAD MENTAL:

- En cualquiera de las situaciones anteriores, es prioritario la atención a la situación orgánica del paciente que pueda implicar un riesgo vital.
- En paciente con AGITACION puede ser necesaria la SEDACION y CONTENCIÓN MECANICA para poder realizar una correcta actuación médica.
- Puede ser necesaria la CONTENCIÓN especialmente si hay riesgo de efectos secundarios por la SEDACION y por que el tiempo de latencia del efecto sedante retrase la intervención médica
- Tras un intento autolítico, especialmente tras intoxicaciones se ha de vigilar estrechamente el riesgo de complicaciones diferidas, priorizando el control de dichas complicaciones en un medio sanitario adecuado frente al traslado para evaluación psiquiátrica
- TRASLADO:
 - RIESGO VITAL RESUELTO:
 - CONSULTA MEDICO QUIRÚRGICA A CRITERIO DE EAP
 - CONSULTA A PSIQUIATRIA
 - TRANSPORTE EN FUNCION DE LA SITUACION DEL PACIENTE (APARTADO 1)
 - PERSISTE EL RIESGO VITAL
 - DERIVACION A HOSPITAL GENERAL
 - AMBULANCIA MEDICALIZADA

3.a. URGENCIAS SOCIALES: PACIENTE CON PROBLEMÁTICA SOCIAL

- La enfermedad mental se asocia cada vez con mayor frecuencia a problemática social: marginalidad, transeúntes, sin techo, etc.
- Si el motivo de la urgencia es la situación social no asociada a descompensación de enfermedad, se debe derivar a los recursos sociales disponibles.
- Puede ser necesario derivar a un paciente con problema social a recursos hospitalarios por patología orgánica concomitante o por descompensación de la enfermedad mental.
- El Traslado se realizará en función de la situación del paciente según el apartado 1

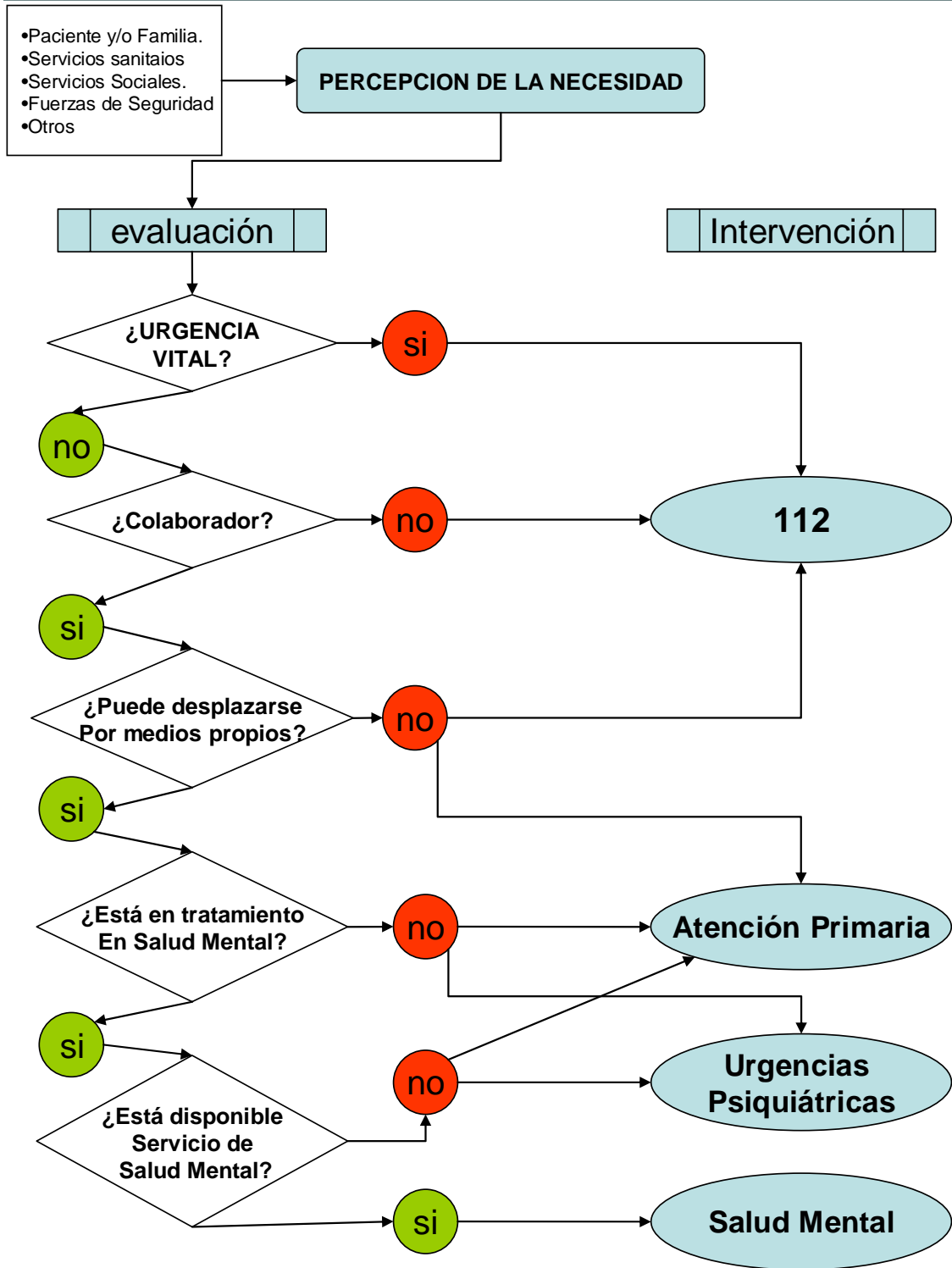
3.b. URGENCIAS SOCIALES: PERSONA AGRESIVA SIN AGITACION
--

- Los actos agresivos en la mayoría de las ocasiones no se relacionan con enfermedad mental.
- Estas demandas de ayuda deben ser atendidas conjuntamente con los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.
- En ocasiones los pacientes cometen actos agresivos con motivos reales o como consecuencia de la enfermedad, fundamentalmente en el caso de pacientes con síntomas psicóticos.
- Si el acto agresivo se relaciona con la enfermedad del paciente deben ser atendido de acuerdo con criterios sanitarios (APARTADO 1).
- Tras un acto agresivo el paciente puede estar tranquilo. Esto no excluye la necesidad de una evaluación especializada para prevenir nuevos episodios de agresividad.
- Si no se detecta relación entre el acto agresivo y una enfermedad se procederá según los criterios de la Fuerzas de Seguridad.

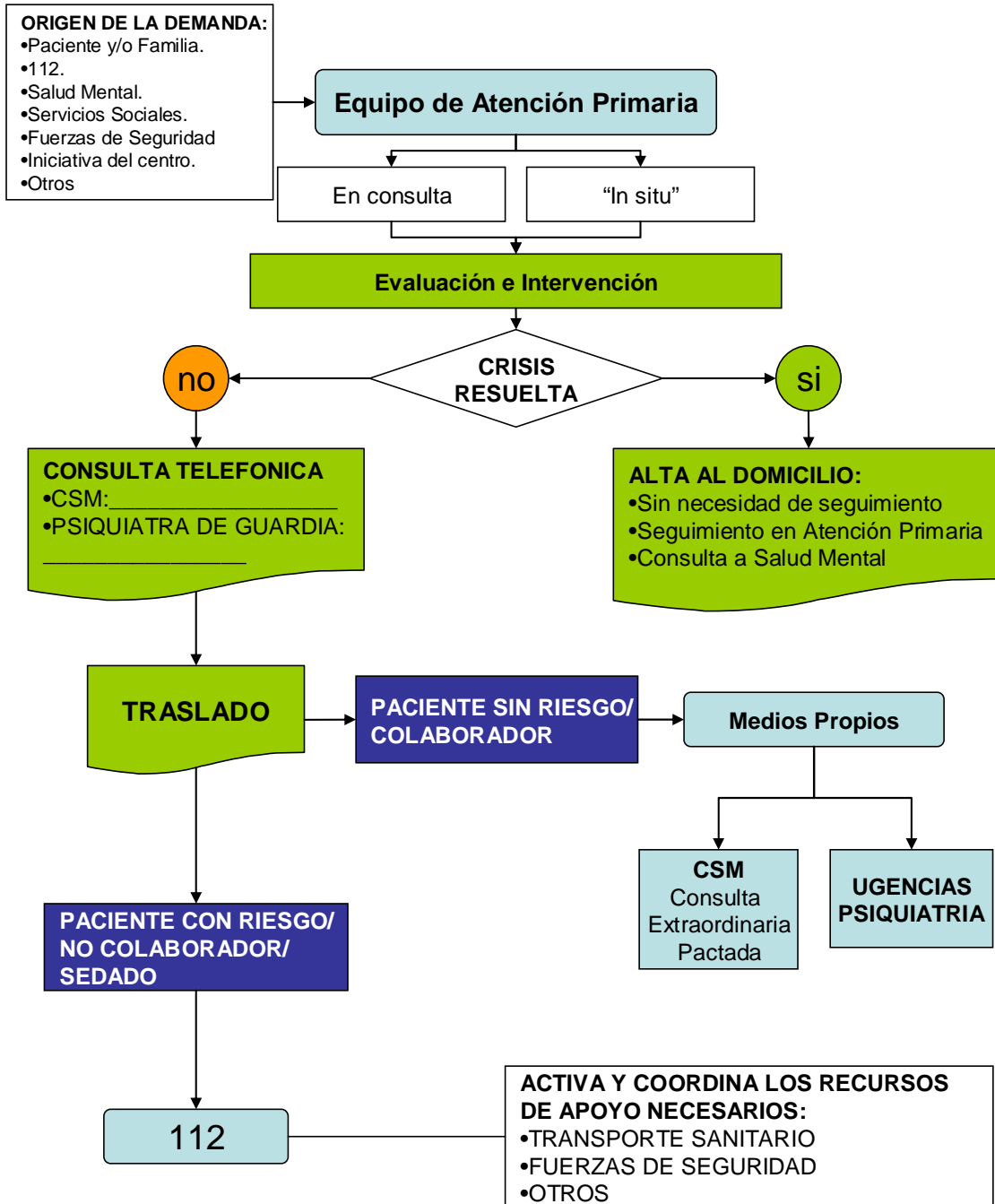
7. PROTOCOLO DE ATENCION DE URGENCIA POR ENFERMEDAD MENTAL SEGÚN EL DISPOSITIVO IMPLICADO: ALGORITMOS

1. Algoritmo de recursos para Urgencias por enfermedad mental.
2. Atención Primaria.
3. SOS Navarra-112.
4. Centros de Salud Mental.
5. Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.
6. Medios de Transporte.
7. Urgencias Hospitalarias.
8. Centros de Menores del Gobierno de Navarra.

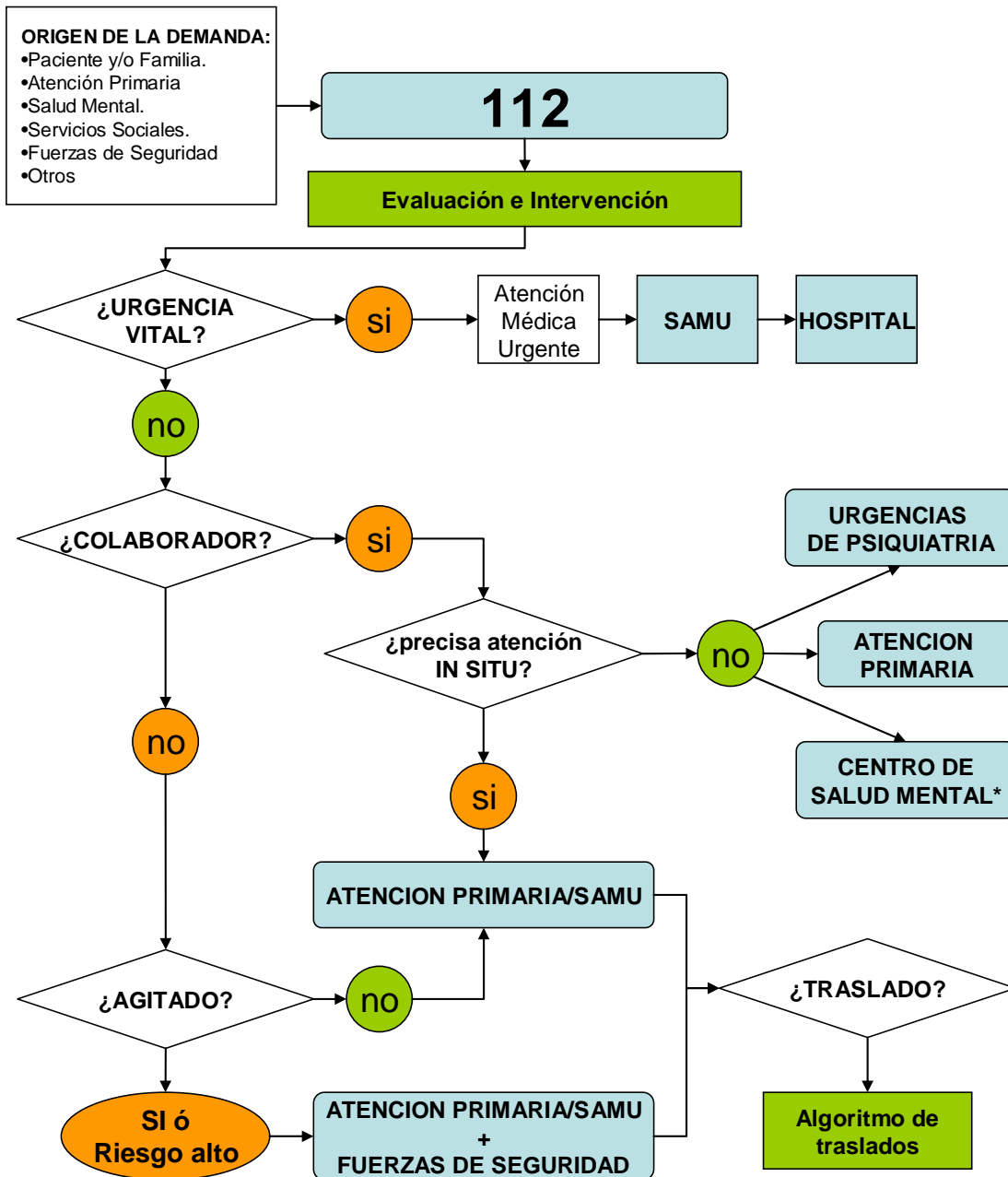
1. Algoritmo de RE CURSOS para Urgencias por Enfermedad Mental



2. Algoritmo de Urgencia por Enfermedad Mental para Atención Primaria

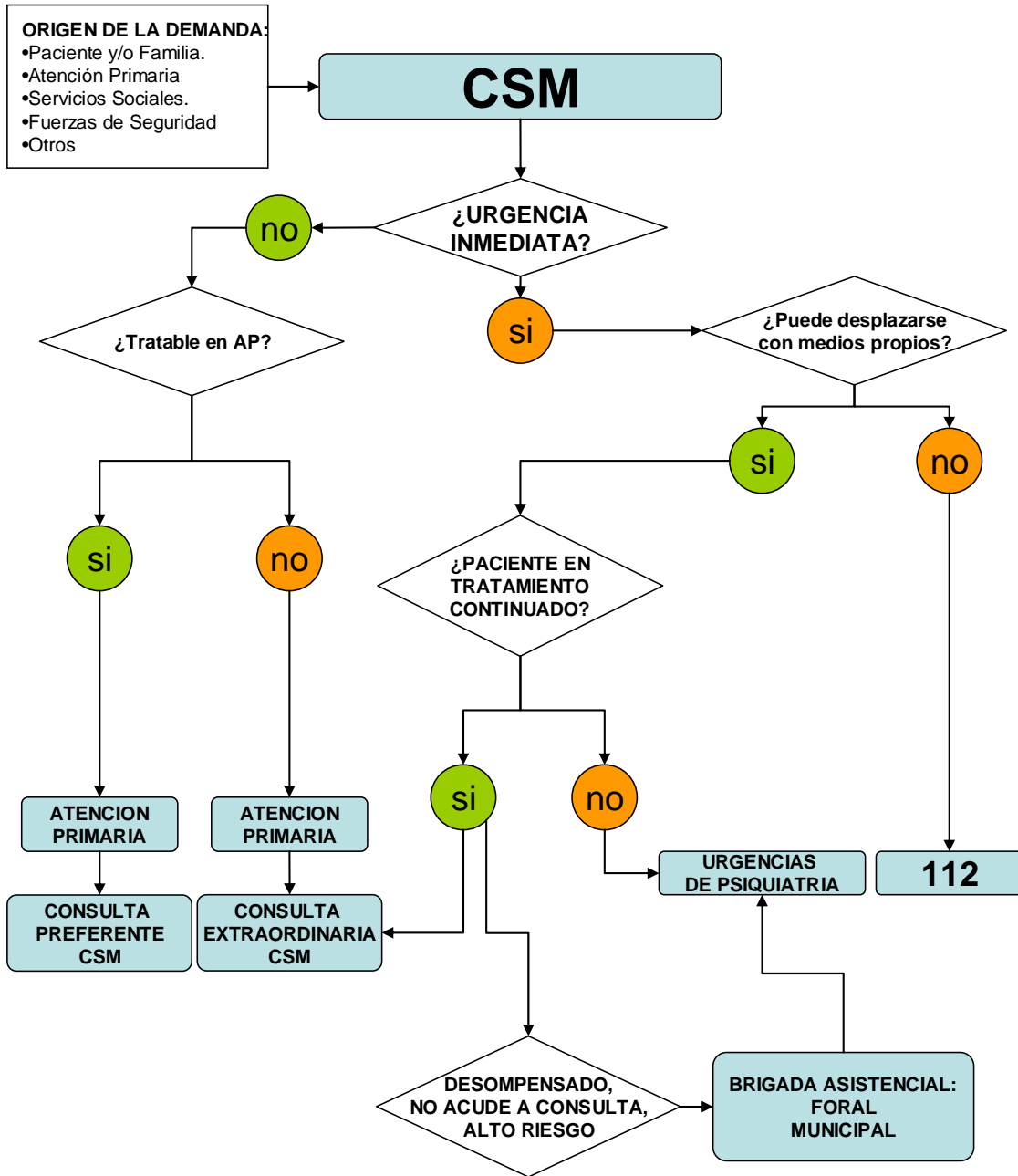


3. Algoritmo de Urgencia por Enfermedad Mental para **SOS NAVARRA**



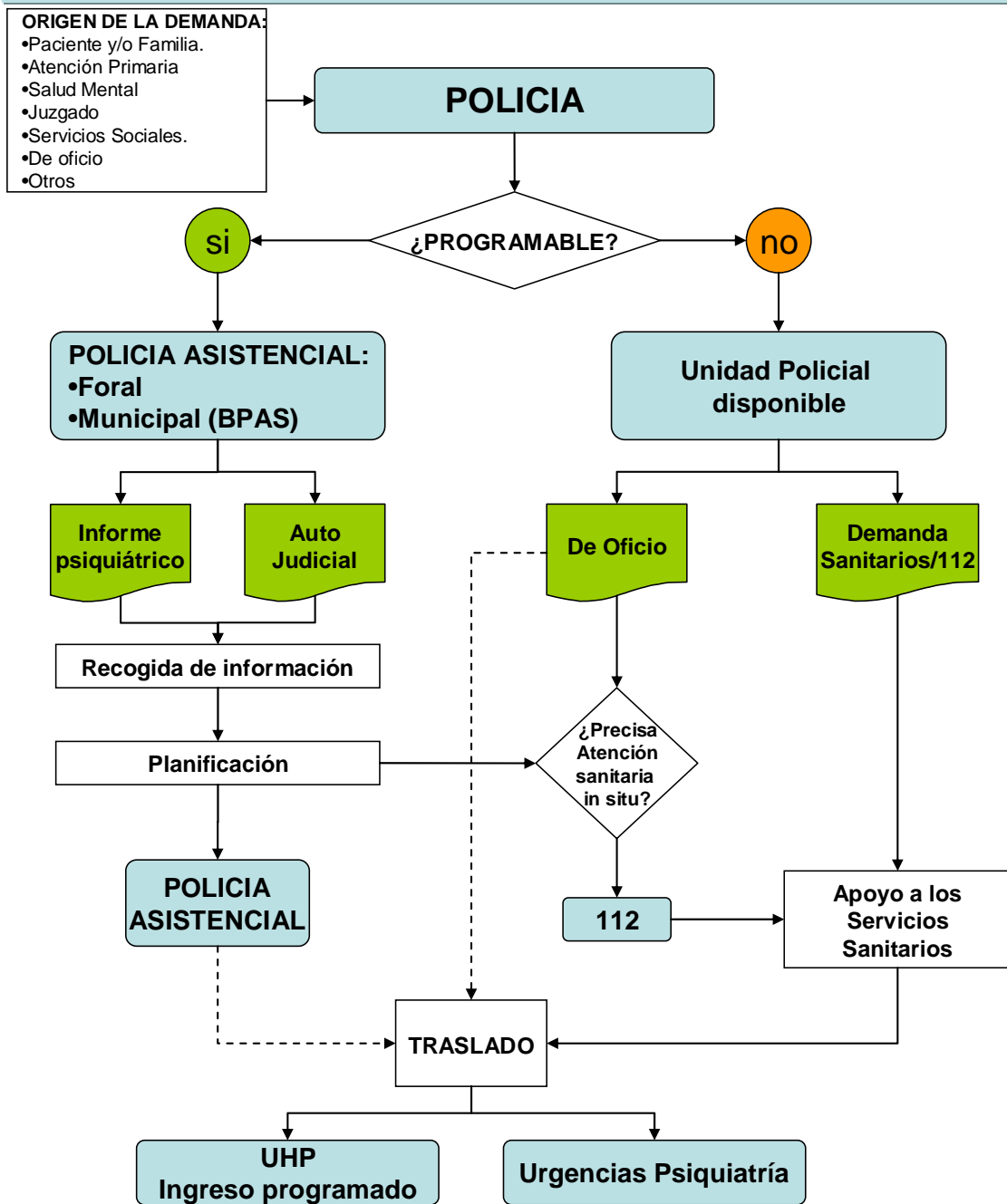
*Pacientes en tratamiento continuado en dicho centro

4. Algoritmo de Urgencia por Enfermedad Mental para CSM



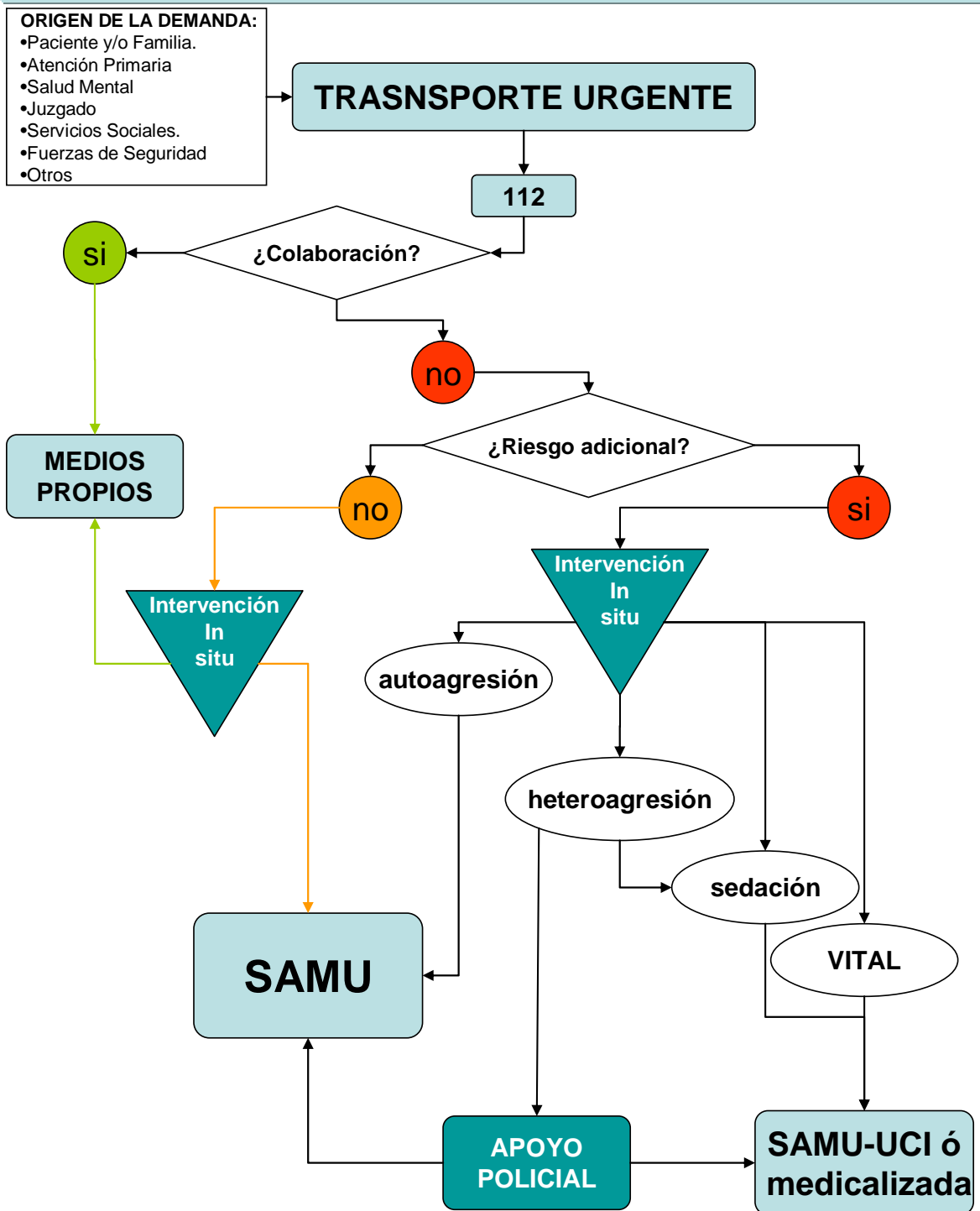
CSM: Centro de Salud Mental

5. Algoritmo de Urgencia por Enfermedad Mental para POLICIA

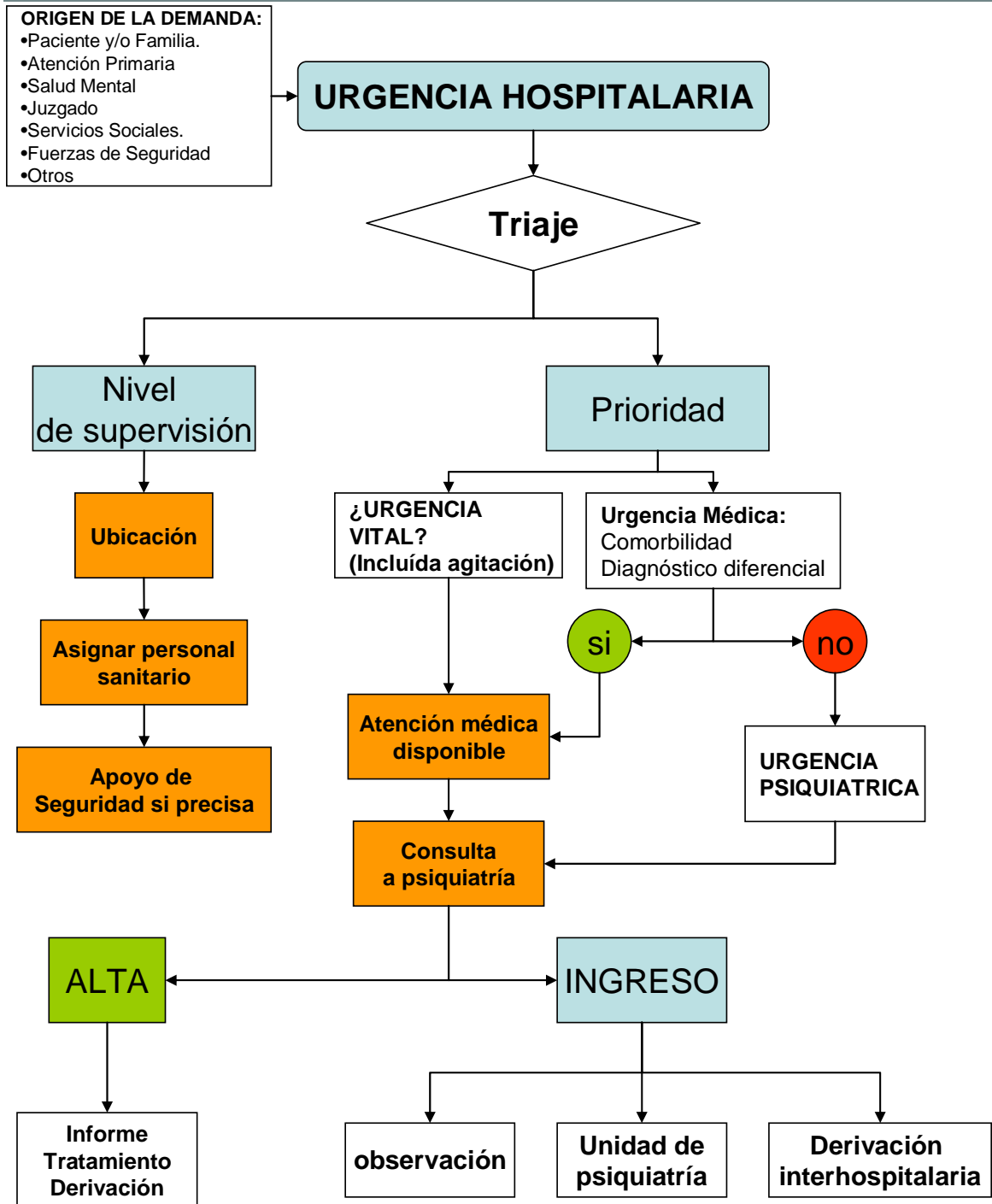


BPAS: Brigada de protección y Acción Social; UHP: Unidad de Hospitalización psiquiátrica;
HVC: Hospital Virgen del Camino; HN: Hospital de Navarra

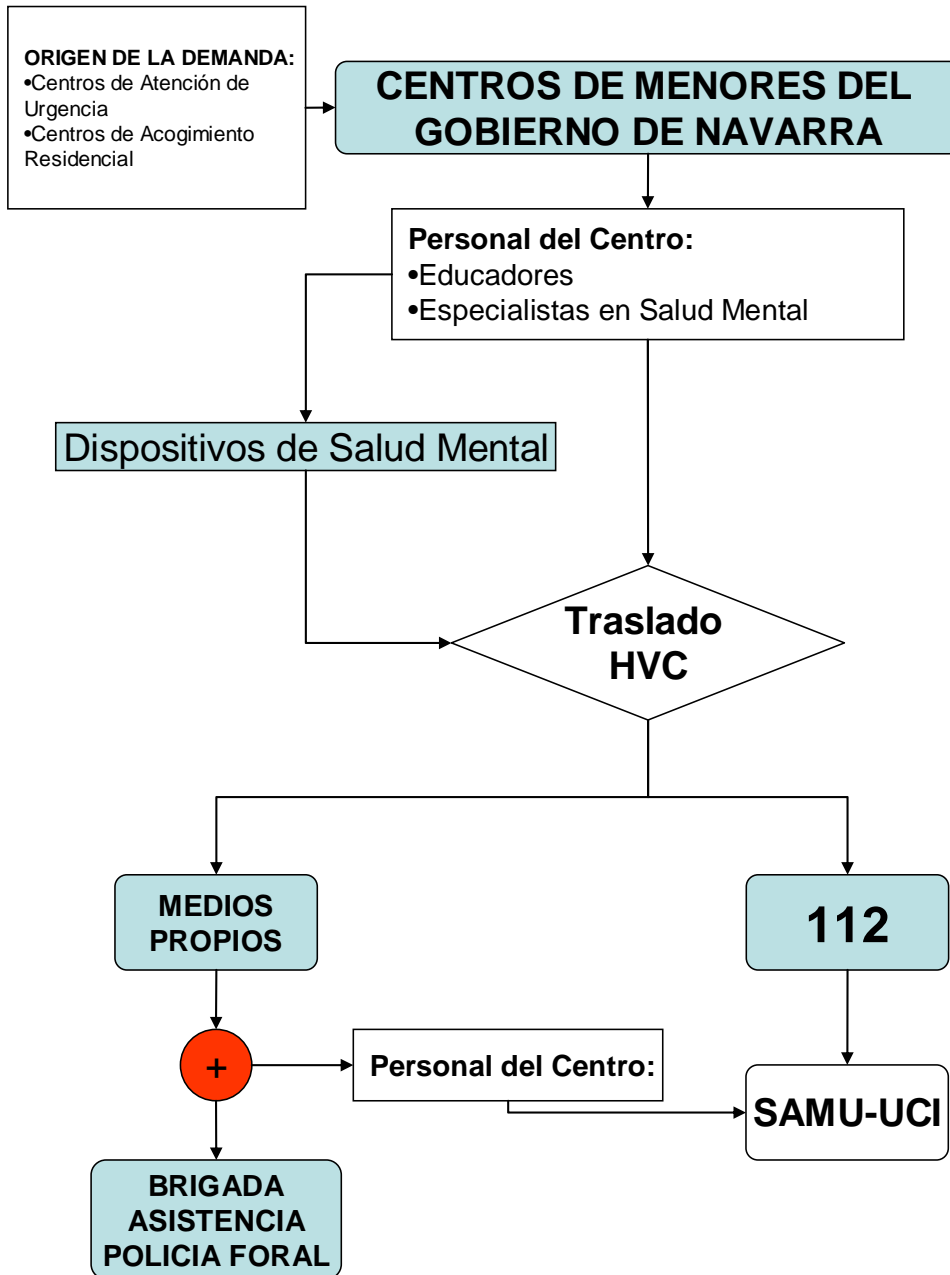
6. Algoritmo de TRANSPORTE Urgente por Enfermedad Mental



7. Algoritmo de Urgencia por Enfermedad Mental en URGENCIAS HOSPITALARIA



8. Algoritmo de Urgencia por Enfermedad Mental para MENORES EN CUSTODIA DEL GOBIERNO DE NAVARRA



8. PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE AGITADO

1. OBJETIVOS:

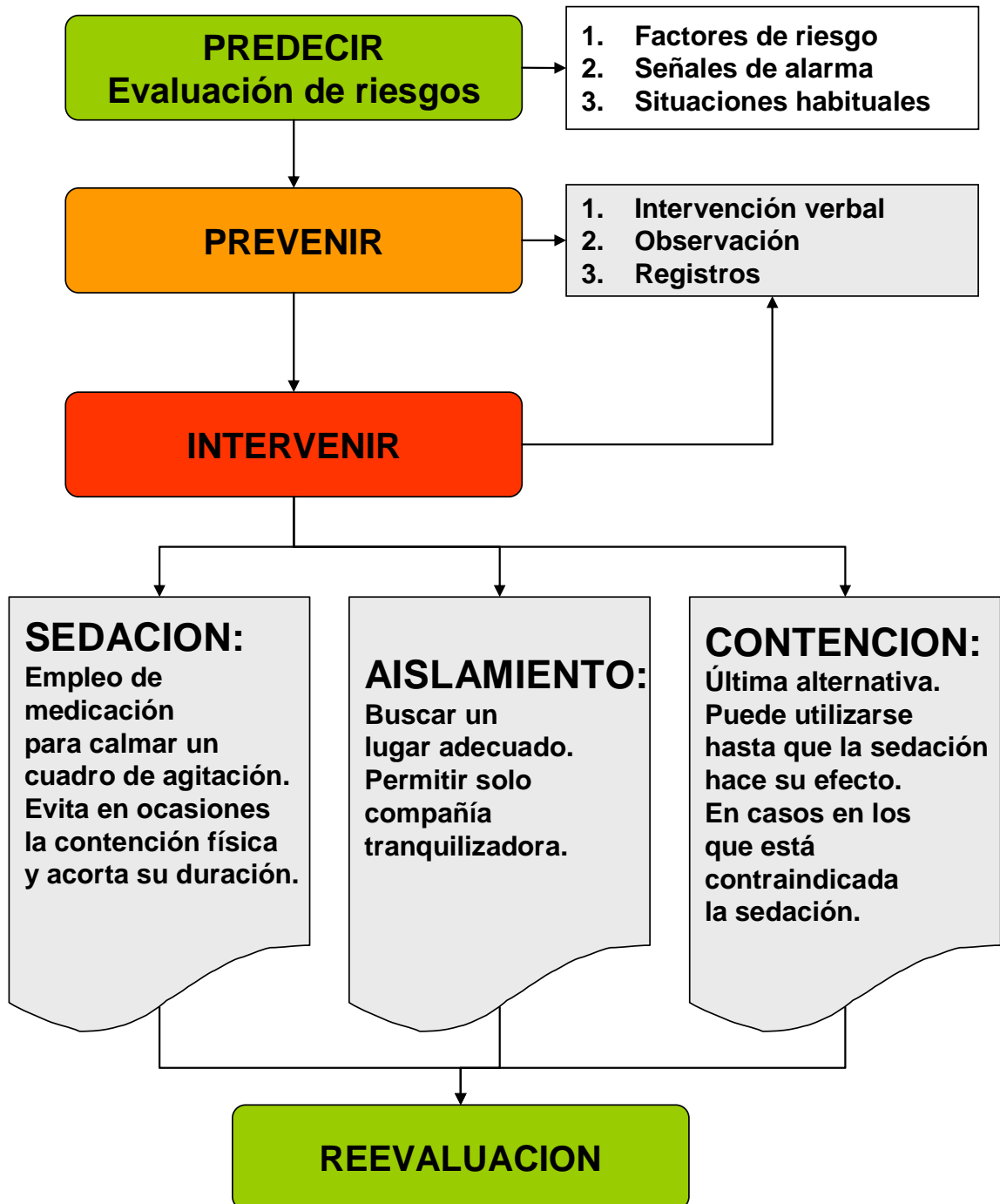
- **Protocolo de intervención con pacientes agitados, con riesgo de lesionarse a sí mismo o a los demás y/o con alteraciones graves de la conducta.**
- **Con el objetivo de evitar la producción de daños personales al propio paciente, a terceras personas o a bienes**
- **Cuando dichas alteraciones son originadas por la patología que sufre el paciente.**

2. EL CONCEPTO DE AGITACION:

- **La agitación consiste en un aumento inadecuado de la actividad motora.**
- Puede tener una **intensidad variable** entre inquietud psicomotriz y agitación extrema.
- **No todo paciente agitado es violento.** En el paciente violento la hiperactividad presenta un objetivo determinado y puede manifestarse en forma de hostilidad, brusquedad o tendencia a la destrucción con auto/heteroagresividad.
- La agitación debe considerarse una situación de **urgencia vital**.
- Estas situaciones se da con frecuencia entre los enfermos atendidos en áreas de **Urgencias y médico-quirúrgicas** y no sólo en las **unidades psiquiátricas**.
- Son actuaciones sanitarias en un medio sanitario. **Son actos médicos sobre pacientes:**
 - La consideración de la conducta agitada objeto de la intervención como **“conducta sintomática”** es la única justificación de una actuación contra la voluntad del individuo, y adjetiva el acto como médico, y al sujeto como paciente.
 - La misma actuación llevada a cabo por el Servicio de Seguridad sobre un ciudadano furioso por la atención recibida no es una actuación sanitaria.
- La valoración de la conducta agitada como resultante de una patología no supone sofisticadas especulaciones psiquiátricas sino, por lo general, la **rápida aplicación del sentido común y la experiencia** de cualquier sanitario.
- En el abordaje del paciente agitado **está involucrado todo el personal** disponible.
- Da lugar a intervenciones en situaciones de **gran presión** que requieren una actuación rápida, con implicaciones médicas y legales y gran componente emocional.
- Es imprescindible **garantizar la seguridad** de todas las personas implicadas, para lo que es necesario seguir pautas protocolizadas en las que el personal está adecuadamente entrenado.

3. ALGORITMO GENERAL DE INTERVENCION EN AGITACION AGUDA.

9. Algoritmo general para el manejo de la agitación aguda



4. PREDECIR EL RIESGO DE AGITACION

FACTORES DE RIESGO:

1. ANTECEDENTES:

- Actos impulsivos y peligrosos previos.
- Antecedentes de conductas violentas o disturbios.
- Uso previo de armas.
- Historia de abuso de sustancias o alcohol.
- Personalidad antisocial, explosiva o impulsiva.
- Escasa colaboración con los tratamientos.

2. VARIABLES CLÍNICAS ACTUALES:

- Abuso reciente de sustancias o alcohol.
- Estar bajo los efectos de fármacos.
- Síntomas activos de Esquizofrenia o Manía.
- Evidencia de un estrés severo reciente.
- Evidencias de trastorno mental orgánico.

3. VARIABLES SITUACIONALES:

- Falta de apoyo social.
- Relación directa con la víctima potencial y acceso a ella.
- Actitudes del personal hacia el paciente

SEÑALES DE ALARMA:

- Expresión facial tensa o enfadada.
- Aumento creciente de la actividad motora.
- Gestos y actitudes violentas: amenazas verbales, gritos o exhibición de violencia sobre objetos.
- Sospecha de consumo de tóxicos.
- Contacto ocular prolongado.
- Antecedentes de conducta violenta reciente.
- Presencia de clínica alucinatoria con gran repercusión emocional y conductual.

SITUACIONES HABITUALES DE RIESGO DE AGITACION.

1. Pacientes con Síndromes Confusionales (“Delirium”), de etiología conocida o no (recordemos que para definir un síndrome no es preciso tener identificada la causa), y de severidad variable (para que un cuadro confusional produzca agitación basta un déficit cognitivo ligero que impida al sujeto afrontar las circunstancias).

- Es la situación más frecuente en el hospital general.
- Resulta imprescindible:

A) Recordar que la causa es siempre “orgánica”, y que su filiación y tratamiento serán el objetivo último, pues a menudo supone riesgo vital.

B) Formar a todo el personal en:

- La **prevención**:
 - Estar alerta en pacientes médicamente susceptibles
 - Aplicar medidas generales (mantener la orientación temporoespacial y la estimulación básica de pacientes con demencias incipientes o en pacientes aislados).
- La **detección** precoz:
 - Aparición de déficits atencionales leves, desorientación, confabulaciones, etc.
- El **tratamiento** temprano:
 - Etiológico: de la causa “orgánica” responsable.
 - Sintomático: de la inquietud/agitación si se presenta.

2. Pacientes bajo los efectos de drogas, en situaciones de intoxicación o de abstinencia.

3. Pacientes con cuadros psicóticos.

- Los pacientes presentan sintomatología psicótica (delirios y/o alucinaciones) por los cuales valoran anormalmente la realidad, generalmente en el sentido de ser objeto de una agresión, de la que tratarán de defenderse produciéndose situaciones de agitación.

4. Pacientes en los que la situación estresante (ingreso, encamamiento, rigidez de normas respecto a sus hábitos culturales, etc.) desborda la capacidad o las habilidades de afrontamiento del individuo, ya sea por la gravedad del estrés (inminencia de la muerte, dolor, etc), o por la escasez de sus recursos para encararlo (limitación intelectual, rasgos de personalidad, particularidades socioculturales).

5. PREVENIR LA AGITACION

MEDIDAS AMBIENTALES Y/O CONDUCTUALES

- Evitar los factores ambientales que favorecen los episodios de agitación: tiempo excesivo de espera, las interrupciones frecuentes y los fallos burocráticos. Saber pedir perdón aunque el problema se deba a la organización del sistema, mantener una actitud de escucha atenta, evitar interrupciones, y en ocasiones intentar suplir las deficiencias, contribuye a restaurar en parte el equilibrio perdido.
- Restricción de estímulos: eliminar y/o reducir el número de estímulos capaces de provocar respuestas agresivas o violentas (pej: conducir al paciente a un espacio tranquilo).
- Cambiar el entorno social:
 1. Introduciendo alguna persona cuya presencia disminuya la desconfianza e inquietud e impida la agitación (pej: figura de autoridad, una figura de fuerza, una figura significativa para el paciente).
 2. Sacando del contexto a las personas provocadoras, querulantes o que causen confrontación con el paciente.
- Posibilitar y/o facilitar la ejecución de respuestas incompatibles con la agitación y/o alternativas (pe: realizar alguna actividad física como pasear, fumar, llamar por teléfono).
- Posibilitar y canalizar la manifestación de malestar, demandas, desacuerdos: tanto verbalmente como por escrito (pe: escucharle, remitirle a “Atención al paciente”, ofrecer la consulta al Juzgado).
- Ayudar a la realización de respuestas desactivadoras: como relajación muscular, técnicas respiratorias, etc.
- Formalizar en el ámbito verbal un contrato conductual en el que se explicita tanto los comportamientos no permitidos como los esperados, así como las consecuencias que se seguirán si se producen o no esos comportamientos en el marco de la Institución donde nos movemos.
- Determinados pacientes, sobre todo ancianos u otros pacientes con algún tipo de demencia suelen desorientarse al variar su entorno habitual, por la noche o con determinada medicación. Intentar averiguar el grado de desorientación, ayudar al paciente a reorientarse temporo-espacialmente (diciéndole dónde se encuentra, la hora, por qué se encuentra en el hospital, etc.), o evitar en la medida de lo posible aplicar medicación que favorezca esta situación, son elementos que pueden contribuir a disminuir la agitación de estos pacientes.
- En los pacientes psicóticos o con otras enfermedades mentales es importante asegurar la buena adherencia al tratamiento para prevenir episodios en los que se haga necesaria la contención física.

MEDIDAS GENERALES DE SEGURIDAD:

Disponer de un ambiente adecuado:

- Una habitación amplia y tranquila.
- Con dos puertas de acceso que no se puedan bloquear por dentro.
- Los muebles fijos y sin objetos peligrosos.
- Con medios de alarma operativos.

Disponer de personal adecuado:

- Personal sanitario suficiente y entrenado.
- Personal de seguridad próximo, alerta y presto, en ocasiones presente.
- Evitar el personal no necesario o la presencia de curiosos.

Medidas de seguridad con el paciente:

- Mantener al paciente siempre bajo vigilancia o supervisión.
- Evitar que se encierre en lugares de difícil acceso.
- Intentar que use el pijama o bata del hospital.

Medidas de seguridad para el personal durante la valoración:

- Mantenerse cercano a la salida.
- Mantener una distancia de seguridad respecto al paciente.
- Contar con el apoyo de otros compañeros.
- Cuidar la postura y el lenguaje.
- Mostrar calma y comprensión evitando desafíos o provocaciones.
- Ante la presencia de armas solicitar la intervención del personal de seguridad y/o las fuerzas del orden.

CONTENCION VERBAL

- La comunicación empática verbal y no verbal es una medida fundamental en el abordaje del paciente agitado o con riesgo de sufrir una crisis de agitación.

Pautas generales para la intervención verbal:

- Invitar y conducir a la persona a un área privada dónde poder hablar.
- Escuchar atentamente dejando que exprese la irritación antes de responderle y sin intentar calmarle.
- Mantener una actitud firme, acogedora, sin evitar el contacto visual, y utilizando un tono de voz calmado y de bajo volumen.
- Tener una actitud abierta acerca de lo que está mal o debería hacerse, no cayendo en la defensa de la Institución ó de uno mismo.
- Empatizar con la persona irritada cuando la hostilidad se haya reducido, sin necesidad de mostrar acuerdo, pero sí expresando tus propios juicios sobre lo que debiera o no hacer.
- Expresar los propios criterios respecto a su proceder y pedirle que en sucesivas ocasiones se conduzca de otro modo.
- El afrontamiento se debe realizar con seguridad, confianza y tranquilidad intentando que el paciente vea en nosotros un modelo de actitud adecuada.
 - Una actitud inadecuada por nuestra parte puede multiplicar su intranquilidad.
- Se debe hablar con el paciente durante todo el procedimiento, preguntando como se encuentra, las posibilidades que tiene de perder el control y los sentimientos que eso le genera.

- Recordarle el entorno protegido donde se encuentra (Hospital) y el objetivo terapéutico que tenemos.
- Si percibe que no puede afrontar la situación, pedir ayuda y no continuar intentándolo a solas.

NIVELES DE OBSERVACION

- Todo paciente debe ser sometido a observación proporcional al nivel de riesgo e agitación:

1. Observación general:

- Nivel mínimo de observación aceptable.
- El paciente permanece en una localización conocida, no necesariamente a la vista.
- Evaluación directa al menos una vez cada turno.
- Evaluar humor y comportamientos asociados a conductas violentas.

2. Observación intermitente:

- En pacientes con riesgo potencial, incluyendo aquellos que presentaron riesgo previamente aunque se encuentren en proceso de recuperación.
- Revisar la localización cada 15-30 minutos.
- Minimizar la invasión de su espacio e intimidad.
- Realizar evaluación completa y directa del paciente y del entorno.

3. Observación permanente visual:

- Si hay antecedentes de un intento de dañarse a sí mismo o a otros.
- Retirar posibles instrumentos que pudieran ser peligrosos.
- La evaluación continua es esencial.

4. Observación próxima y estrecha:

- En casos de elevado riesgo de dañarse a sí mismo u otros.
- A veces son necesarios varios miembros del personal.
- La evaluación continua es esencial.

REGISTROS:

- Razonables y proporcionados.
- Respetando la dignidad y privacidad del paciente.
- Es conveniente que los pacientes porten la ropa del hospital y se recojan todas sus pertenencias.
- En casos de resistencia: valorar la necesidad de utilizar contención física.

AISLAMIENTO

- En ocasiones el estado de agitación del paciente es ocasionado por un estímulo externo como la televisión, la radio, las personas que le rodean, etc.
- En este caso puede ser efectivo el llevar al paciente a un lugar más tranquilo, alejado del estímulo que le está alterando.
- Se deben realizar los cuidados y controles adecuados.

7. PROTOCOLO DE SEDACION FARMACOLOGICA:

DEFINICIÓN:

- Manejo psicofarmacológico de la agitación: “contención química”.
- CONSULTAR EL ESQUEMA DE PROTOCOLO DE SEDACION RAPIDA Y LA TABLA DE PAUTAS DE SEDACION FARMACOLOGICA

CONSIDERACIONES GENERALES:

- Procederemos a medidas de contención química sobre la base de dos **consideraciones fundamentales**:
 1. *La existencia de patología “orgánica”, bien como factor etiológico o intercurrente*: La presencia de este factor influirá en la decisión de aplicar o no fármacos, en la vía, el tipo y las dosis, además lógicamente del tratamiento de la situación médica, y manejo general del cuadro
 2. En caso *de duda al respecto es preferible ser conservadores*: aplicar tan sólo contención mecánica o emplear la química con prudencia, pues los efectos de los fármacos (en especial la sedación) dificultarán el diagnóstico diferencial.

PROCEDIMIENTOS:

PACIENTES AGITADOS CON ALTA SOSPECHA O CONFIRMACIÓN DE PATOLOGIA “ORGÁNICA” COMO FACTOR CAUSAL O INTERCURRENTE:

Via de administración (oral, i/m o i/v): en función de la colaboración del paciente, intensidad/urgencia del efecto y tipo de patología médica de base.

Sustancias:

HALOPERIDOL

- La alternativa básica en pacientes agitados con alta sospecha o confirmación de patología “orgánica” como factor causal o intercurrente es el Haloperidol (gotas 1 mg/gota, comp 10 mg, amp 5 mg).
- **PAUTA A: PAUTA GENERAL DE HALOPERIDOL**: 2,5-5 mg oral o i/m cada 30 min - 6 horas en función de la situación médica, intensidad del cuadro y respuesta obtenida.
- **PAUTA B: TÉCNICA DE TRANQUILIZACIÓN RÁPIDA CON HALOPERIDOL**: en casos de agitación severa con violencia importante: Via i/m habitualmente: 2,5-10 mg (1/2-2 amp) cada 30 – 60 min hasta controlar la situación. Una vez sedado el paciente sólo repetir si reaparece la agitación. Dosis máxima diaria entre 40 - 100 mg .
 - Si se mantiene la sedación, emplear como pauta de mantenimiento desde el día siguiente la mitad-tercio de la dosis total precisada, repartida en 3-4 tomas, con reducción paulatina en los días sucesivos en función de evolución.
 - Control estricto de constantes. Haloperidol es no obstante un fármaco muy seguro a nivel cardiovascular.

- Atención a la aparición de efectos extrapiramidales: Distonías (Tratarlas con Biperideno-Akinetón, amp 5 mg, 2,5-5 mg i/m, máx 15 mg/24h; alto riesgo de efectos anticolinérgicos, manejo cauteloso en confusión), y Acatisia (Biperideno, Propanolol o Benzodiazepinas).

2. BENZODIAZEPINAS

- En general evitaremos las **benzodiazepinas (BZD)** en estos cuadros pues al disminuir la alerta aumentan la confusión y empeora la agitación (ejemplo clásico la agitación “paradógica” por BZD de los ancianos dementes).
 - Estarán **indicadas** no obstante en los cuadros de delirium con alto riesgo de convulsiones, y en los causados por abstinencia a alcohol o hipnosedantes (incluidas las propias BZD) y en intoxicación por psicoestimulantes:
- **PAUTA C: Diacepam** (Valium)i/v, Inicio : 5-10 mg /15-30 minutos o bien **Cloracepato Dipotásico** (Tranxilium) 10-25 / 15-30 minutos; disueltos en 50 ml. de Suero Fisiológico hasta alcanzar sedación.
 - Atención a la depresión respiratoria: disponibilidad de medios de asistencia ventilatoria y Flumacetil (Anexate): 0,5 mg (5 ml) cada 3 a 5 min hasta mejorar nivel de conciencia o alcanzar 2 mg.
 - Mantenimiento: 2-20 mg/h de Diacepam o 3-30 mg/h de Cloracepato según clínica.(máx 100 mg/día de Diacepam, 150-200 mg/día de Cloracepato.

<p>PACIENTES SIN DATOS QUE SUGIERAN PATOLOGÍA”ORGÁNICA” COMO FACTOR CAUSAL O INTERCURRENTE.</p>
--

- El *criterio de selección de sustancia será esencialmente cuantitativo*, en función de la intensidad del cuadro, aunque lógicamente, el predominio de semiología ansiosa, y la sospecha de una psicopatología no psicótica sugerirán el empleo de BZD; mientras que la aparición de síntomas psicóticos indicará el empleo preferente de Antipsicóticos.

1. CUADROS DE “INQUIETUD” O AGITACIÓN LEVE-MODERADA, CON PREDOMINIO DE LA ANSIEDAD.

Las BENZODIAZEPINAS son el grupo de elección.

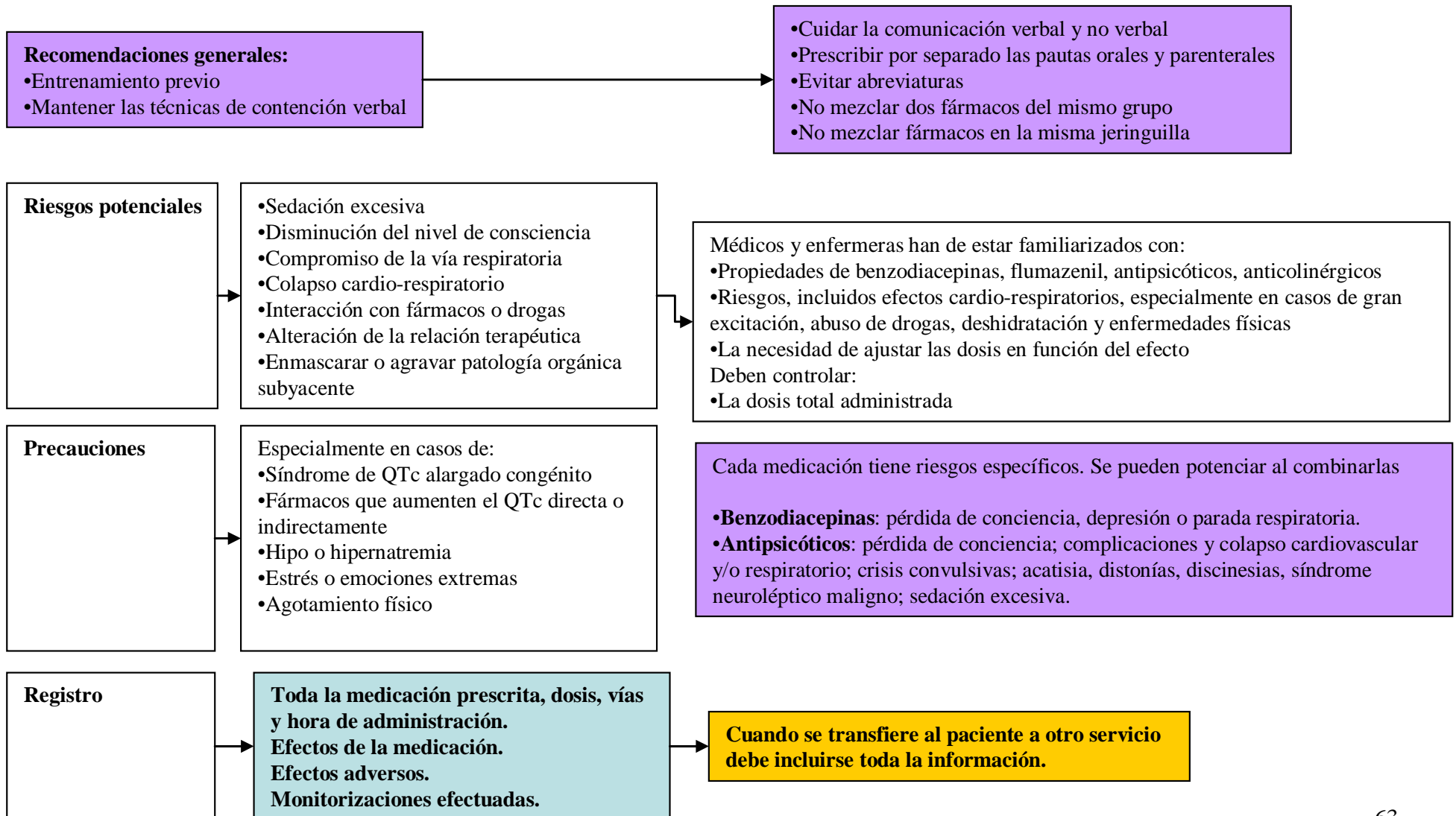
- Los preparados disponibles en el mercado español presentan una absorción oral (especialmente con estómago vacío) mejor, más rápida y regular que la i/m (aunque la espectacularidad de esta forma de administración precipita en ocasiones su efecto por motivos no farmacológicos). En esta indicación no es precisa la i/v.
 - La vía sublingual, de moda en algunos medios no ha demostrado mayor eficacia con los preparados disponibles en nuestro mercado (a considerar el efecto anteriormente aludido en paciente y prescriptor).
 - Opciones básicas:
- **PAUTA C:**
 - **Clorazepato dipotásico:** (Tranxilium) 25-50 mg vo.
 - **Diacepam** 5-20 mg (rápida absorción, excelente ansiolisis, pero riesgo de acumulación en dosis repetidas).
 - **Lorazepam** (Orfidal, Idalprem) 1-5-10 mg, (no metabolización microsomal, menor riesgo de acumulación en dosis repetidas.)

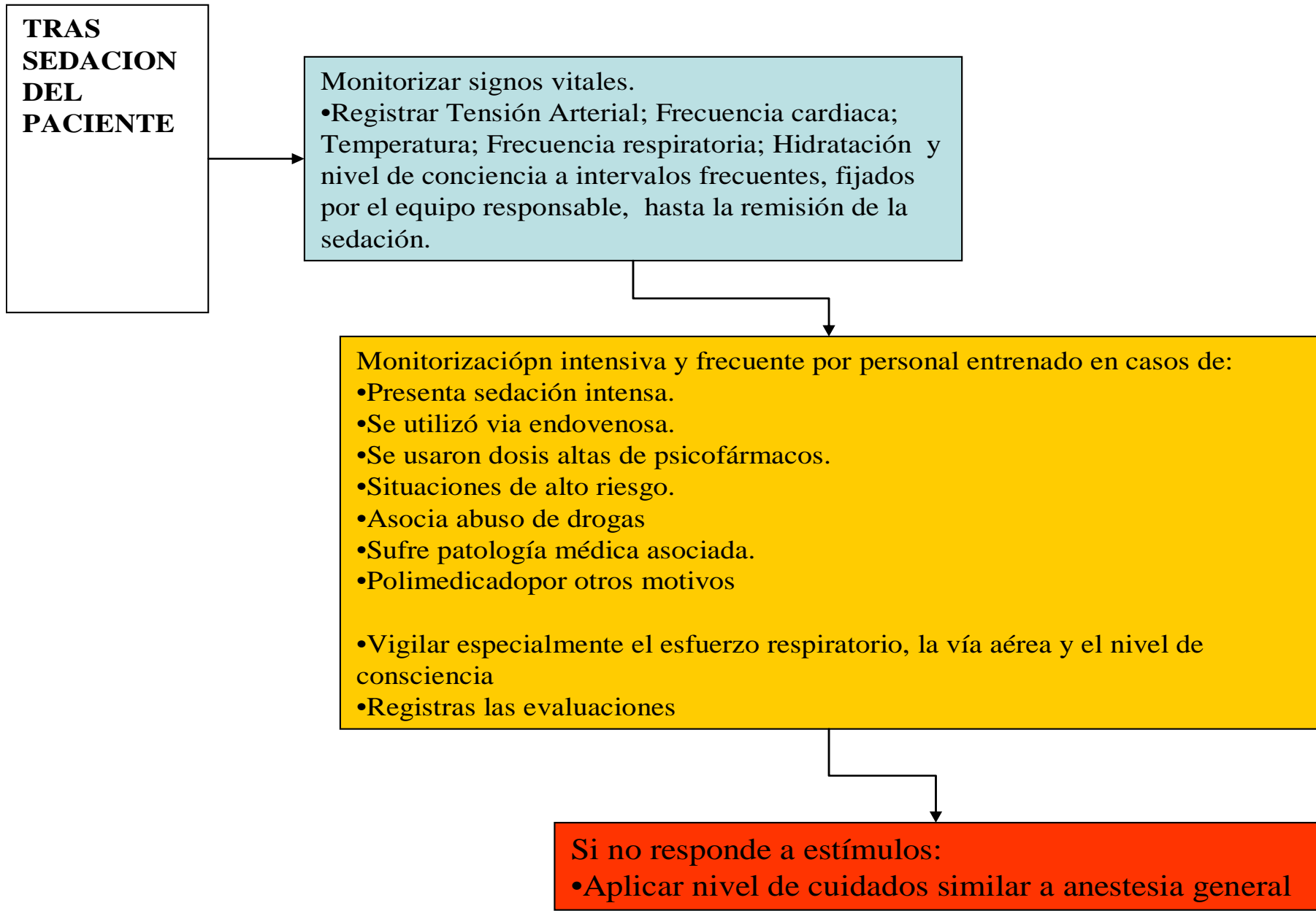
2. CUADROS DE AGITACIÓN SEVERA-SEMIOLOGÍA PSICÓTICA.

- **ANTIPSICÓTICOS CONVENCIONALES:**
- **PAUTAS A, B**
- **PAUTA F: ASOCIAR NEUROLEPTICOS Y BENZODIACEPINAS:** Es posible complementar dosis globalmente menores de **Haloperidol** con BZD: **Diacepam** 10 mg o **Cloracepato** 25-50 I/M.

PROTOCOLO DE SEDACION RAPIDA

(Consultar tablas de Pautas de sedación farmacológica y la específicas de cada fármaco)





PAUTAS DE SEDACION FARMACOLOGICA						
	INDICACION	PAUTA	PRINCIPIO ACTIVO	ESPECIALIDAD FARMACEUTICA	DOSIS	PRECAUCIONES EFECTOS 2º
PATOLOGIA ORGANICA	1ª ELECCION	PAUTA A	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL® (Gotas: 1mg/10 gotas; Comprimidos 10 mg; Ampollas 5 mg)	2.5-5 mg/ VO/IM/EV/ 30'-6 horas	Control de la dosis según clínica
	TECNICA DE TRANQUILIZACION RAPIDA	PAUTA B	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL® (Ampollas 5 mg)	IM. 1/2- 1 amp / 30' hasta controlar clínica EV: 1/2-1 AMP en 100 SF	Una vez sedado repetir si reaparece la agitación. Dosis máxima diaria de 40-100 mg
	DELIRIUM, RIESGO DE CONVULSIONES, DEPRIVACION ALCOHOLICA O DE BENZODIACEPINAS	PAUTA C	DIAZEPAM	VALIUM/DIACEPAM® (como 5, 10 mg; amp 10 mg)	VO. 5-20 mg/6 horas IM 1 amp/6 horas EV.1/2-1 ampo en 100 SF	Acumulo en dosis repetidas
			LORAZEPAM	ORFIDAL® (Comp 1 mg)	1-5-10mg/6 horas	No metabolismo hepático. Menor riesgo de acúmulo
				IDALPREM® (Comp 5 mg)		
	CLOAZEPATO	TRANXILIUM® Caps 5,10,15,:comp 50 mg; amp 50 mg	VO. 15-50 mg/6horas IM. 50 mg/8 horas			

	INDICACION	PAUTA	PRINCIPIO ACTIVO	ESPECIALIDAD FARMACEUTICA	DOSIS	PRECAUCIONES EFECTOS 2º
NO PATOLOGIA ORGANICA	INQUIETUD PSICOMOTRIZ Y/O PREDOMINIO DE ANSIEDAD	PAUTA D	Igual que PAUTA C			
	AGITACION MODERADA-GRAVE Y/O SINTOMAS PSICÓTICOS	PAUTA F	HALOPERIDOL + BENZODIACEPINA (DIAZEPAM O CLORAZEPATO)	PAUTAS A ó B + PAUTA C		Reducir la dosis de neurolépticos.
ANTI DOTOS Y MEDIDAS COMPLEMENTARIAS	DEPRESION RESPIRATORIA por BENZODIACEPINAS		FLUMACENILO	ANEXATE® (Amp 0.5 mg)	0.5 mg (5ml)/EV/ 3-5'	Hasta recuperar el nivel de conciencia o alcanzar 2 mg. Vida media cota. Posible rebote.
	DISTONIAS		BIPERIDENO	AKINETON® (Amp 5mg)	2.5-5 mg/IM	Max. 15 mg en 24 horas. Riesgo de cuadro anticolinérgico.
	ACATISIA					
			BENZODIACEPINA	VALIUM®	10 mg/8 horas	

8. PROTOCOLO PARA LA CONTENCIÓN MECÁNICA DE PACIENTE AGITADO

- En principio, cualquier paciente atendido de urgencias o que precisa de internamiento podría ser susceptible de agitación y precisar contención. La enfermedad y el propio internamiento ofrecen estímulos suficientes para constituirse en fuentes importantes de estrés emocional. Para los enfermos, éste es un acontecimiento singular y amenazante en sus vidas frente al que deben desplegar todos sus recursos, ya sean adaptativos o no adaptativos.
- Sin embargo, la contención mecánica implica el fracaso en las medidas para PREDECIR EL RIESGO y para PREVENIRLO y es el ÚLTIMO RECURSO.
- **Consultar ANEXO 3: PROTOCOLO PARA LA CONTENCION MECANICA DE PACIENTES AGITADOS**

TOMA DE DECISIONES.

- Decisión sanitaria ante el fracaso de otras medidas en situaciones de riesgo para el paciente, terceras personas o bienes

PERSONAL.

- Debido a que es una situación de emergencia, urgencia vital, debe acudir el mayor número posible de personas, dejando el cuidado del resto de los pacientes con el mínimo de personal. En el caso de no disponer de todo el personal necesario el número mínimo de integrantes de un equipo de contención debe ser cinco.
- Si es necesario se requerirá la presencia de los cuerpos y fuerzas de seguridad, celadores o de personal de seguridad, además del personal sanitario existente en el momento.
- La implicación en la actuación de reducir al paciente debe ser de todo el personal independientemente del estamento profesional.

ACTUACIONES.

- En una situación de emergencia lo más importante es que el personal se muestre protector y no autoritario, dejando constancia de las normas sociales y de los límites.
- El personal debe dirigirse a los pacientes de una forma calmada, sin provocaciones y escuchando cuando hablan.
- A medida que aumenta la tensión, antes de la aparición de la conducta violenta, incluso los pacientes más graves pueden responder al contacto interpersonal no provocativo y a la expresión de protección y cuidado.
- Una vez se ha tomado la decisión de aislar o reducir al paciente debe elegirse un miembro del personal como director del procedimiento. Éste no tiene por qué ser la persona más experta entre el personal, pero sí debe ser la más apropiada para este paciente. A partir de este momento el intercambio verbal con el paciente es inadecuado, excepto para el director del procedimiento que comunicará de forma clara al paciente que va a ser aislado o reducido, debido a que ha perdido el control.
- El material específico a usar será el aprobado por la Institución.

- Debe hacerse un meticuloso registro. Deben retirarse los cinturones, anillos, agujas, cerillas, mecheros u otros objetos. Es aconsejable despojar al paciente de su ropa y vestirlo con una bata apropiada.
- El personal que va asistir en la contención debe retirar de sus bolsillos todos aquellos utensilios que puedan ser utilizados por el paciente para provocar agresiones contra él mismo o contra el personal (fonendoscopios, tijeras, pinzas etc.).
- La contención mínima será de tres puntos: cintura, mano y pie contralateral.

SEGUIMIENTO DE PACIENTE CONTENIDO MECANICAMENTE.

- Tras la contención del paciente no debe incrementarse la atención por parte del personal.

EVALUACION DE LA INTERVENCION.

- Para encauzar algunos aspectos de la dinámica del personal así como de los pacientes, es importante comentar el episodio una vez finalizado.
- Los comentarios deberían llevarse a cabo entre el personal que ha estado implicado en el episodio. Se trata de realizar un análisis rápido de la situación en términos de:
 - ¿qué desencadenó la situación?.
 - ¿qué factores lo hubieran prevenido?.
 - ¿qué tipo de actuación se realizó?.
 - ¿fue la más correcta?.
 - ¿cómo se sienten el personal y el paciente en relación a los métodos utilizados?.

9. ASPECTOS LEGALES DE LA CONTENCION MECANICA

PRECEPTOS LEGALES DE APLICACIÓN:

- **Constitución:** Art. 17.1 “Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley”.
- **Ley 41/2002 reguladora de la Autonomía del Paciente.** Arts.5, 8 y 9
- **Código Civil (Art.211) y Ley de Enjuiciamiento Civil (Art.763)** sobre Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Los preceptos sobre internamiento involuntario, establecen la necesidad de autorización judicial previa o a posteriori cuando se trate de internamiento de persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí. En efecto, el **art 763 LECivil** expresa: “El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial...”

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 (art. 5,1 y 2 Ley 41/2002).
- La información debe darse con carácter previo, durante el mantenimiento de la medida y posteriormente.

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 todas las incidencias que hayan rodeado la medida.

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, parece 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.

COMUNICACIÓN AL JUEZ DE 1ª INSTANCIA (Nº8)

- Debe valorarse la comunicación al Juez de 1ª Instancia solicitando la ratificación de la medida, cuando se trate de una medida de larga duración, pues en este caso podría asimilarse la situación de grave alteración de la conducta en que se encuentra el paciente con contención mecánica (evidentemente no consentida) a un internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. La comunicación debería efectuarse por parte del médico responsable del caso, bien porque desde el momento de su adopción se prevea que se va a prolongar en el tiempo, bien porque así se prevea con posterioridad, fijando como plazo la permanencia de la medida durante más de 24 horas.

10. EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO

Se evaluarán periódicamente los siguientes apartados de la ejecución del protocolo:

1. Si la indicación fue correcta.
2. Si se intentaron medidas alternativas.
3. Si el procedimiento fue correcto.
4. Si se cumplimentó el formulario de contención.
5. Si se informó a la familia.
6. Si se notificó al juez, cuando la contención es prolongada.
7. Si el seguimiento y monitorización fue adecuado, tras la contención

10. BIBLIOGRAFIA BASICA

- National institute for clinical excellence. Clinical guideline 25. Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patient settings and emergency departments. Issue date: february 2005
 - This document, which contains the institute's full guidance on violence, is available from the nice website (<http://guidance.nice.org.uk/CG25>).
- Protocolo de contención mecánica de movimientos. Hospital Universitario 12 de Octubre. Septiembre de 2003
 - http://www.h12o.es/publica_docu/protocolos/ProContencionMecanicaMov_010903.p

ANEXO 4: PROTOCOLO PARA LA CONTENCION MECANICA DE PACIENTES AGITADOS

INDICACIONES:

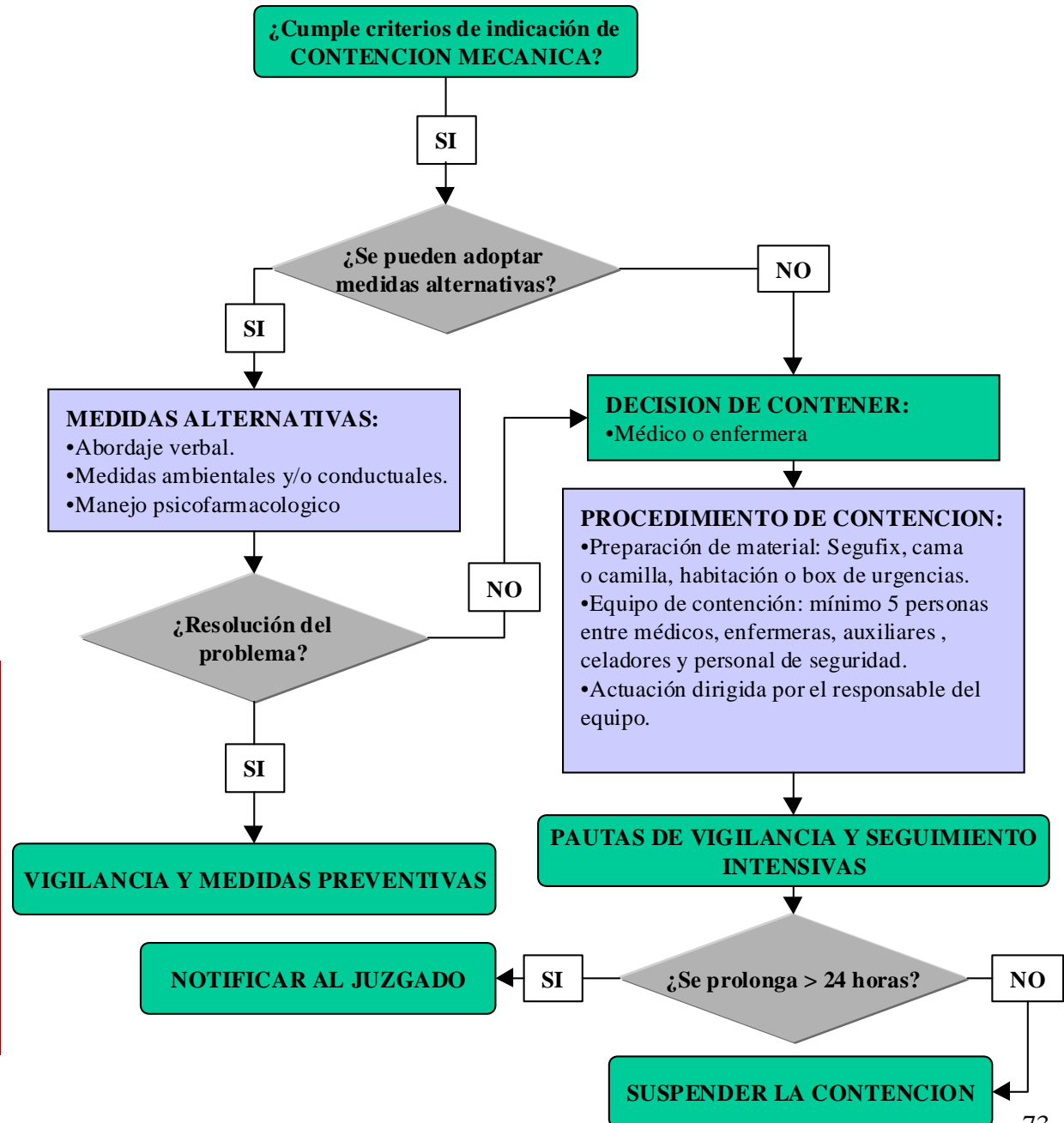
- En previsión de lesiones en el propio paciente.
- En previsión de lesiones a otras personas / pacientes.
- Para evitar interrupciones del programa terapéutico, tanto del propio paciente como de otros enfermos (pérdida de vías, sondas, sistemas de soporte...).
- Para evitar daños físicos en el entorno.
- Si hay un deterioro grave de la conducta.
- A voluntad del paciente, con justificación clínica y/o terapéutica.

SITUACIONES CLINICAS:

- Episodios confusionales psicorgánicos.
- Episodios psicóticos
- Situaciones estresantes que desbordan las capacidades o habilidades de afrontamiento

CONTRAINDICACIONES:

- Inmovilización efectuada para suplir falta de medios y/ o recursos materiales o humanos para el correcto manejo de un paciente.
- No se utilizarán como procedimiento coercitivo ante pacientes molestos y conductas inadecuadas.
- Cuando existe una situación de violencia delictiva (puesto que es cuestión de orden público).
- Si la situación conflictiva pudiera solucionarse mediante otros medios (planteamiento verbal, etc)



9. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EL RIESGO DE SUICIDIO

INDICE:

- A.- DEFINICIÓN
- B.- INCIDENCIA
- C.- FACTORES DE RIESGO
 - C.1. Factores sociodemográficos
 - C.2. Factores médicos
 - C.3. Conducta suicida previa
- D.- ASPECTOS GENERALES EVALUACIÓN
- E.- EVALUACIÓN PACIENTE CON RIESGO AUTOLÍTICO
- F.- ANEXOS
- G.1. Escala Beck
- G.2. Exploración ideación autolítica
- G.3. Escala de evaluación riesgo autolitico
- G.4. ALGORITMO GENERAL DE ACTUACION
- G.-BIBLIOGRAFÍA

A.- DEFINICIÓN

- Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa voluntariamente a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
- Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida.
- Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

- No es una conducta aleatoria aunque no siempre se puede predecir.
- Hay factores de riesgo provenientes de estudios clínicos, sociodemográficos y de autopsias psicológicas que permiten definir conductas terapéuticas.

B.- INCIDENCIA

- De acuerdo con datos estimativos de la OMS el suicidio esta entre las 10 causas mayores de muerte en cada país y es una de las tres causas principales de muerte en la franja de edad entre 15 y 35 años.
- Tasa muy variables según países que irían desde una tasa de 25/100.000 en países como Escandinavia, Alemania o Europa del Este a una tasa de 5/100.000 en España, Italia o Egipto.

C.- FACTORES DE RIESGO

C.1. Factores sociodemográficos

- Sexo
 - Los intentos de suicidio son más frecuentes entre las mujeres (1,5:1).
 - Los suicidios consumados tienen una mayor incidencia en el sexo masculino.
- Edad
 - El riesgo de suicidio aumenta con la edad.
 - Actualmente están subiendo las tasas de suicidio en la franja de edad de 15-24 años.
- Estado civil:
 - Las personas divorciadas, viudas o solteras presentan un aumento en el riesgo de suicidio.
- Desempleo:
 - Existen asociaciones fuertes entre las tasas de desempleo y las tasas de suicidio, pero la naturaleza de estas asociaciones es compleja.

4.2. Factores médicos

La investigación ha demostrado que entre el 40-60% de las personas que cometen suicidio han consultado a un médico en el mes anterior.

- Trastornos somáticos
 - Investigaciones recientes han demostrado que el padecimiento de una enfermedad médica doblaba la probabilidad de tener ideas autolíticas en una población de 19-39 años.
- Trastornos mentales
 - El suicidio tiene una fuerte relación con la enfermedad mental con un porcentaje de 90% de trastornos mentales en casos de suicidio consumado.
 - Se estima que el riesgo de suicidio es de 6-15% en Trastornos afectivos; de 7-15% en Alcoholismo y de 4-10% en Esquizofrenia.
 - El riesgo es mayor en la fase temprana de la enfermedad y en los primeros 6 meses tras el alta de un ingreso hospitalario.
- Trastornos Afectivos
 - Todos los tipos de Trastornos afectivos pueden asociarse con el suicidio, siendo el Trastorno Depresivo Mayor el que lo hace con mayor intensidad.
 - La Depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el Trastorno Bipolar 15 y la Distimia 12.
 - Las características clínicas específicas asociadas con riesgo aumentado de suicidio en la Depresión son: insomnio persistente, autoabandono, deterioro mnésico, Agitación y ataques de pánico
- Alcoholismo
 - El trastorno por abuso de sustancias se ha asociado al suicidio tanto como factor de riesgo como precipitante de conductas suicidas.
 - El alcohol es un factor presente en el 25-50% de los suicidios.
 - Los factores específicos asociados con un riesgo aumentado de suicidio son
 - iniciación temprana de consumo
 - largo historial de consumo
 - alto nivel de dependencia
 - humor depresivo
 - salud física deficiente
 - desempeño laboral pobre
 - antecedentes familiares de alcoholismo
 - pérdida reciente de relación interpersonal importante
- Trastornos de la Personalidad
 - Estudios recientes han mostrado una alta prevalencia de Trastornos de Personalidad entre personas jóvenes que se han suicidado.
 - La mayoría de los Trastornos de Personalidad que se suicidan se asocian a otros trastornos como la Depresión, Abuso de sustancias o cannabis.
- Esquizofrenia
 - Se han descrito tasas de suicidio de hasta un 10 %.
 - Como factores de riesgo en la Esquizofrenia se señalan:

- ser joven
- numerosas recaídas con alto nº de ingresos psiquiátricos.
- deterioro social, laboral y sexual por la enfermedad.
- Trastorno de ansiedad
 - Entre los Trastornos de Ansiedad, el Trastorno de Pánico ha sido más frecuentemente asociado al suicidio.

C.3 Conducta suicida previa

- La existencia de antecedentes personales de intentos autolíticos en el pasado es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado.
- Las personas con intentos autolíticos previos tienen 40 veces más riesgo de suicidio que la población general

D.- ASPECTOS GENERALES DE LA EVALUACION

- En la evaluación del paciente debe priorizarse la atención física.
- La evaluación del riesgo de suicidio debe incluir todos los aspectos que deben ser tomados en consideración para tomar la decisión terapéutica y que son:
 - Evaluación del acto suicida cometido, sacando conclusiones respecto a la finalidad y la letalidad del mismo
 - Evaluación de la persistencia de la ideación autolítica en el momento de la entrevista
 - Valoración de la situación psicopatológica del paciente
 - Factores de riesgo sociodemográficos presentes
 - Factores protectores presentes
 - Posibilidad de control familiar y/o social
- Para evaluar el riesgo autolítico de un paciente este deberá encontrarse en un estado de claridad de conciencia suficiente como para permitir su colaboración en la entrevista. En caso contrario deberá posponerse. Nunca debe darse de alta a un paciente que ha realizado un posible acto suicida sin antes haberse valorado el riesgo de una posible repetición del acto.
- Evaluación del acto suicida fallido
 - La evaluación se realiza a través de la entrevista clínica.
 - Hay escalas de evaluación del acto fallido (Escala de Beck.(anexo1)
 - Deben valorarse los siguientes aspectos
 - Letalidad del acto elegido/Creencias del paciente sobre la letalidad
 - Precauciones tomadas para el éxito de la acción
 - Búsqueda de ayuda antes o después del acto
 - Preparación activa de la acción
 - Actitud y emoción del paciente ante el resultado del acto suicida

E. EVALUACION DEL PACIENTE CON RIESGO DE SUICIDIO

El “Screening for Mental Health” (SMH) en colaboración con el “Suicide Prevention Center” crearon la denominada B-SAFE (Basic Suicide Assessment Five- Step Evaluation) que es un protocolo de valoración de riesgo de suicidio basado en la guía para la valoración y tratamiento de pacientes con ideación autolítica de la APA (Asociación Psiquiatría Americana)

Esta guía desarrolla una serie de etapas para la evaluación de la conducta suicida, para la estimación del riesgo de suicidio y para el desarrollo de planes de tratamiento e intervenciones en relación al nivel de riesgo estimado.

Hay que tener muy claro que a pesar de la existencia de este y otros protocolos, la decisión final sobre el riesgo de suicidio es un juicio clínico

EVALUACIÓN BÁSICA DEL SUICIDIO EN CINCO PASOS (BASIC SUICIDE ASSESSMENT FIVE-STEP EVALUATION)

1. Identificar factores de riesgo y sobre todo aquellos que pueden ser modificados a corto plazo para reducir riesgo autolítico
2. Identificar factores de protección, sobre todo aquellos que puedan ser potenciados
3. Preguntar específicamente acerca del suicidio, ideas de suicidio y antecedentes de conducta suicida
4. Determinar nivel de riesgo/determinar niveles de seguridad necesarios
5. Documento sobre la valoración, el plan de tratamiento e instrucciones

1.- Identificar factores de riesgo y sobre todo aquellos que pueden ser modificados a corto plazo para reducir riesgo autolítico

Los factores de riesgo más relevantes se determinan a través de la evaluación psiquiátrica.

Las fuentes de información pueden incluir al paciente, historia médica, médicos u otros sanitarios de referencia y familia o amigos del paciente.

- **Suicidabilidad:** incluye la ideación autolítica presente, los planes , intentos fallidos previos..
- **Diagnósticos psiquiátricos previos y actuales:** Especialmente Trastornos del Estado de Animo (fase depresiva ó mixta), Esquizofrenia, Trastorno por abuso de alcohol u otras sustancias, rasgos o trastornos de personalidad “Cluster B”, trastornos de la alimentación y trastornos de ansiedad. El riesgo aumenta en caso de dos ó más diagnósticos en el mismo paciente
- **Enfermedades somáticas:** Ciertas enfermedades están asociadas a mayor riesgo de suicidio: Tumores malignos, HIV, Ulcera péptica, hemodiálisis por fallo renal, Dolor crónico, alteraciones funcionales incluyendo daño cerebral Esclerosis Múltiple, Epilepsia del Lóbulo temporal

- **Historia Familiar:** suicidios ó intentos de suicidio en familiares e primer grado. Trastornos mentales en el mismo grado familiar
- **Estresantes psicosociales agudos y crónicos:** Perdidas (en la esfera interpersonal ó laboral ó física ó de estatus social). Enfermedad crónica (sobre todo enfermedades del cerebro ó sistema nervioso). Dificultades económicas, problemas legales, dificultades en la familia nuclear. Historia de abuso ó cuidado negligente en la infancia.
- **Síntomas específicos:** Anhedonia, impulsividad, desesperanza, ansiedad/pánico, insomnio global y alucinaciones imperativas.
- **Traumas infantiles:** abuso físico y /o sexual, cuidado negligente, pérdidas parentales.
- **Características demográficas:** Varón; edad avanzada; divorciado, viudo ó soltero.

2.- Identificar factores de protección, teniendo en cuenta aquellos que puedan ser potenciados

- **Internos:** antecedentes de respuestas adecuadas a situaciones de estrés, estrategias de afrontamiento positivas, religiosidad, capacidad para realizar valoraciones correctas de la realidad, tolerancia a la frustración.
- **Externos:** Niños ó mascotas en casa, norma religiosa, relaciones terapéuticas positivas, sentimiento de responsabilidad familiar, apoyos sociales.

3.- Preguntar específicamente sobre suicidio, ideas de suicidio y antecedentes de conductas suicidas.

- Preguntar acerca de ideación autolítica (frecuencia, intensidad, duración), planes y conductas.
- Preguntar acerca de ideación autolítica en las últimas 48 horas y en el último mes.
- Si existe un plan se debe preguntar el tipo de plan, la preparación que el paciente ha llevado a cabo y las expectativas del paciente sobre la letalidad del mismo.
- Explorar la ambivalencia, preguntando específicamente sobre las razones que tiene tanto para morir como para vivir.
- Evaluar la facilidad de acceso a un arma letal.
- Evaluar la ideación homicida sobre todo en mujeres en el periodo postparto y en hombre separados sobre todo con rasgos paranoides o trastornos de personalidad tipo "Cluster B".
- Evaluar la existencia de deseos de autolesionarse sin fines autolíticos. Se da sobre todo en adolescentes. En caso afirmativo habría que evaluar el riesgo de manera similar a como se ha indicado para la ideación autolítica.

4.- Determinar el nivel de riesgo y desarrollar un tratamiento en lugar apropiado y un plan para hacer frente al riesgo autolítico

- En las tres etapas anteriores obtenemos los datos que nos permiten elegir la mejor opción terapéutica en cada caso. En esta etapa nos centramos fundamentalmente en el juicio clínico. Es conveniente responder a tres cuestiones fundamentales:
 - ¿El riesgo de suicidio es agudo o crónico?
 - ¿Cuál es el nivel de intensidad del riesgo?
 - ¿Qué tipos de medidas de seguridad son necesarias tomar?
- **Riesgo agudo versus crónico**
 - Agudo:
 - Asociados a trastornos psiquiátricos del eje I
 - Unidos a dolor y angustia intensa
 - Hospitalización suele ser necesaria
 - Programas de Hospitalización parcial o ambulatorios intensivos pueden considerarse si:
 - Existe una alianza terapéutica fuerte
 - Tienen un apoyo social fuerte
 - Los factores precipitantes del riesgo autolítico se han modificado
 - Crónico
 - El riesgo autolítico suele ser más crónico y tiene una cualidad más impulsiva en pacientes con Trastornos de la personalidad y relacionados con factores ambientales
 - La hospitalización podría ser necesaria aunque muchas hospitalizaciones repetidas podrían ser contraproducentes.
- **Deben de ser considerados pacientes de riesgo:**
 - Los que hayan realizado un intento de suicidio serio y cercano en el tiempo
 - Los que tengan ideación de suicidio persistente o planificada :
 - Tengan alucinaciones imperativas
 - Padezcan una psicosis
 - Comienzo reciente de trastorno psiquiátrico, en especial depresión
 - Hayan sido dados de alta recientemente de una Unidad de Agudos
 - Tenga antecedentes de actos agresivos
 - La intervención en pacientes de alto riesgo debe consistir en:
 - Valoración estabilidad médica del paciente
 - Valoración constante por los servicios sanitarios o el personal de seguridad

- **Medidas de seguridad necesarias en función del nivel de riesgo**
 - Debe de elegirse la forma de tratamiento menos restrictiva para el paciente que cumpla con las necesidades de seguridad y necesidad de cuidados de cada caso
 - Incluye un continuum que va desde el ingreso involuntario al tratamiento ambulatorio pasando por la hospitalización parcial
 - El ingreso hospitalario está indicado :
 - Tras un intento de suicidio si:
 - El paciente está psicótico
 - El intento ha sido violento, cuasi-letal o muy elaborado
 - Persiste el plan
 - Estrés.
 - El paciente es hombre, mayor de 45 años, sobre todo si tiene una enfermedad mental o un pensamiento autolítico de reciente aparición.
 - Paciente con apoyo familiar y/o social pobre.
 - Conductas impulsivas, agitación severa, rechazo de ayuda.
 - Alteraciones en el estado mental por causas medicas diversas.
 - En presencia de ideación autolítica con:
 - Plan específico de letalidad alta.
 - Intención autolítica alta (ej: “no puedo con esto por más tiempo...tengo que encontrar la forma de acabar con esto...mi familia estaría mejor sin mí”)
 - Ansiedad o agitación severa.
 - Es posible plantearse no ingresar dando unas instrucciones precisas de control si:
 - No está psicótico
 - Existe una buena alianza terapéutica
 - Existe buen nivel de apoyo social
 - En cualquier caso un paciente con ideación autolítica planificada o un intento cercano debe de ser valorado por un especialista lo antes posible.

5.- Documento sobre la valoración realizada y las decisiones tomadas

- Facilita la comunicación con otros profesionales que tengan que intervenir
- Facilita los aspectos medico- legales en el caso en que tenga que intervenir la autoridad judicial

F.- ANEXOS

F.1.- ANEXO 1: Escala de Beck

Tabla 2. Escala de tentativa de suicidio (Beck et al¹⁹).

I.	<i>Circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio</i>
A.	Aislamiento
0.	Alguien presente
1.	Alguien cerca, o en contacto visual o verbal
2.	Nadie
B.	Momento
0.	Intervención probable
1.	Intervención no probable
2.	Intervención altamente improbable
C.	Precauciones contra el descubrimiento/intervención
0.	No precauciones
1.	Precauciones pasivas (evitar a otros pero no hacer nada para evitar su intervención: por ej., solo en la habitación sin cerrar con llave la puerta)
2.	Precauciones activas (cerrar la puerta con llave)
D.	Buscar ayuda durante/después de la tentativa
0.	Informar al potencial "salvador" respecto a la tentativa
1.	Contactar, pero no informar específicamente al "salvador" respecto a la tentativa
2.	No contactar ni informar al potencial "salvador"
E.	Gestiones ("poner en orden las cosas") anticipando la muerte (testamento, bienes, etc.)
0.	Ninguna
1.	Idea sobre hacerlo o hacer alguna gestión
2.	Hace planes definitivos o completa las gestiones
F.	Preparación activa de la tentativa
0.	Ninguna
1.	Mínima a moderada
2.	Minuciosa
G.	Nota suicida ("de despedida")
0.	Ausencia de nota
1.	Nota escrita, pero rota; ideas sobre la nota
2.	Presencia de nota
H.	Comunicación abierta del intento antes de la tentativa
0.	Ninguna
1.	Comunicación equívoca
2.	Comunicación inequívoca
II.	<i>Autoinforme</i>
A.	Pretendidas propuestas de la tentativa
0.	Manipular el ambiente llamar la atención, venganza
1.	Componentes "0" y "2"
2.	Escapar, resolver problemas
B.	Expectativas de fatalidad
0.	Idea que la muerte era improbable
1.	Idea que la muerte era posible, pero no probable
2.	Idea que la muerte era probable o cierta
C.	Creencia de la letalidad del método
0.	Hizo menos de lo que creía que podía ser letal
1.	No estaba seguro de que lo que hizo podría ser letal
2.	Igualeó o se excedió en lo que él creía que podía ser letal
D.	Gravedad de la tentativa
0.	No intentó con seriedad quitarse la vida
1.	Dudoso sobre si intentó seriamente quitarse la vida
2.	Seriamente intentó quitarse la vida
E.	Actitud sobre "vivir"/"morir"
0.	No quiso morir
1.	Componentes "0" y "2"
2.	Quería morir
F.	Concepción sobre la recuperación médica
0.	Pensaba que la muerte sería improbable si recibía la atención médica
1.	Dudaba si la muerte se evitaría con atención médica
2.	Estaba seguro de morir aun si recibía atención médica
G.	Grados de premeditación
0.	Ninguno, impulsivo
1.	Pensó en el suicidio durante menos de tres horas antes de la tentativa
2.	Pensó en el suicidio durante más de tres horas antes de la tentativa

F.2.ANEXO 2: Evaluación ideación autolítica

- Mínimas condiciones de intimidad y comodidad.
- Generar un ambiente de confianza donde el paciente pueda expresar sus dificultades o problemas.
- Preguntar sobre ideas de suicidio
- Acercamiento progresivo:
 - ¿ha perdido ilusión?
 - ¿incluso por la vida?
 - ¿piensa a menudo en la muerte?
 - ¿ha deseado morir?
 - ¿ha pensado en hacerse daño?
 - ¿se le ha ocurrido como hacerlo?
 - ¿ha pensado donde y como?

10. Algoritmo para el manejo del riesgo de suicidio



G.-BIBLIOGRAFIA

- Garcia de Jalón E, Peralta V. Suicidio y Riesgo de Suicidio. Unidad de Psiquiatria Hospital Virgen del Camino. Pamplona www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7a.html - 58k -a.
- Jacobs dg, Baldessarini RJ. American Psychiatric association: Practice guideline for the assessment and treatmentof patient with suicida behaviors.
- Jacobs DG. A resource guide for implementing the joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations(JCAHO) 2007 patient safety goals on suicide.

10. BIBLIOGRAFIA GENERAL:

- 1. Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental. Junta de Extremadura.**
- 2. Protocolo de actuación en los casos de internamiento psiquiátrico involuntario. Guipuzcoa.**
- 3. Protocolo de coordinación de actuaciones para los traslados e ingresos de personas que padecen enfermedad mental. Servicio Murciano de Salud.**
- 4. Jornadas sobre actuación con personas con trastorno mental. Academia Canaria de Seguridad 13 de octubre de 2005.**
- 5. Atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos. Resolución del Servicio Andaluz de Salud SC 261/2002, de 26 de Diciembre.**
- 6. Guía para el ingreso hospitalario por motivos de salud mental en el Área 3 de Madrid.**
- 7. Ambulance Transport of People with a Mental Illness. Victoria, Australia.**
- 8. Non-emergency patient transport of people with mental illness. Victoria, Australia.**
- 9. Transport of patients with a mental illness In Queensland.**
- 10. Urgencias psiquiátricas: marco jurídico de la actuación policial.**
- 11. Informe sobre funciones a realizar por los vigilantes de seguridad en centros hospitalarios. Ministerio del interior: Informe 14.**
- 12. Proyecto de Servicio Municipal de Urgencias Sociales: SERMIUS. Ayuntamiento de Granada.**
- 13. Servicio Foral de Urgencias Sociales. Diputación Foral de Guipuzkoa**