

Guía de Seguridad en la Atención a Personas con Trastornos Mentales



Guía de Seguridad
en la Atención a Personas
con Trastornos Mentales

Guía de Seguridad
en la Atención a Personas
con Trastornos Mentales

JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN
Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud

2009

© Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad

Depósito Legal: VA-1341/08
Imprime: Gráficas Germinal, S.C.L.

Autoría y entidades colaboradoras

COORDINADORES:

José Manuel Martínez Rodríguez. Jefe del Servicio de Asistencia Psiquiátrica. Dirección Técnica de Atención Especializada. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

M^a Ángeles Álvarez López. Responsable de la Unidad Funcional de Seguridad en Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León.

GRUPO DE TRABAJO:

Marisol Paredero Sánchez. Enfermera. Supervisora de enfermería del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Zamora.

Juan Carlos Fonseca Aparicio. Médico de Emergencias. Gerencia de Emergencias de Sacyl.

Laura Santamaría Gil. Enfermera del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Burgos

Rosario Villa Carcedo. Enfermera. Servicio de Asistencia Psiquiátrica. Dirección Técnica de Atención Especializada. Dirección General de Asistencia. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Pilar del Valle López. Médica especialista en Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Palencia.

Yolanda Zapico Merayo. Médica especialista en Psiquiatría. Jefa del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Bierzo.

M^a Eugenia Fernández Rodríguez. Médica. Servicio de Programas Asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Ricardo Martínez Gallardo. Médico especialista en Psiquiatría. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Soria.

Tomás Martín Pinto. Médico especialista en Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Salamanca.

REVISORES EXTERNOS:

Marta Requejo Gutiérrez. Médica especialista en Psiquiatría. Servicio de Asistencia Psiquiátrica. Dirección Técnica de Atención Especializada. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Concepción Velasco Velado. Médica especialista en Psiquiatría. Servicio de Asistencia Psiquiátrica. Dirección Técnica de Atención Especializada. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Inmaculada Yepes Recio. Trabajadora Social. Servicio de Asistencia Psiquiátrica. Dirección Técnica de Atención Especializada. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

Ángeles Rasillo Rodríguez. Socióloga. Servicio de Asistencia Psiquiátrica. Dirección Técnica de Atención Especializada. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

ENTIDADES COLABORADORAS:

“Este proyecto ha sido financiado a cargo de los fondos para la cohesión territorial 2008 del Ministerio de Sanidad y Consumo que fueron aprobados en el CISNS de fecha 12 de diciembre de 2007 como apoyo a la implementación a la Estrategia de Seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud”

FEAFES (Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Castilla y León. Con agradecimiento a los pacientes y familiares que han participado en los grupos focales, por compartir con nosotros sus experiencias en el intento por lograr una asistencia psiquiátrica más segura en Castilla y León.

Departamentos de Bibliografía y Documentación de la Consejería de Sanidad y del Hospital del Río Hortega de Valladolid.

Fecha de la última revisión: 18 de septiembre de 2009

Fecha de la próxima revisión: septiembre 2013

Presentación

La salud mental es un valor en sí misma y un componente inseparable de la salud general. Es un concepto amplio que abarca tanto contenidos con un significado positivo, a los que aludimos como “bienestar psicológico”, como aspectos deficitarios, que vienen representados por el conjunto de los trastornos mentales. La salud mental es una característica esencialmente individual que viene influida por una multitud de factores psicológicos, biológicos, sociales y culturales. Sin embargo hay también quienes hablan de una salud mental de las colectividades y los grupos, especialmente familias, organizaciones y sociedades, que influye en el funcionamiento cotidiano de las mismas.

Una de las características fundamentales de una comunidad saludable es la disponibilidad y accesibilidad a servicios de salud mental comunitarios para aquellos que los necesitan. Estos servicios en Castilla y León incluyen un amplio espectro de dispositivos y actividades: promoción de la salud mental, prevención de las enfermedades mentales, asistencia, rehabilitación y prevención de las recaídas.

Los pacientes que sufren trastornos mentales demandan una asistencia de calidad que incluya actuaciones congruentes con el nivel actual de conocimientos a fin de que sus síntomas y su calidad de vida mejoren. Las familias, por otra parte, solicitan las atenciones y apoyos necesarios para que la integridad familiar se mantenga como parte de una asistencia de calidad. Por otra parte la Administración sanitaria añade a las prestaciones sanitarias en salud mental dimensiones de efectividad y eficiencia a la hora de definir la calidad de las intervenciones. En recientes estudios, no obstante, se ha puesto de relieve la importancia de la seguridad del paciente que recibe prestaciones en los servicios de salud mental como un componente esencial de la calidad de la asistencia.

La Consejería de Sanidad viene trabajando desde hace años en la mejora de la calidad de la asistencia y la seguridad en salud mental, mediante programas específicos de atención a personas en tratamiento después de intentos de suicidio, a través de inspecciones de servicios y programas de salud mental y, en la actualidad, elaborando indicadores y estándares de calidad para Hospitales de Día, Unidades de Convalecencia y Unidades de Rehabilitación psiquiátricas. Así mismo en Castilla y León tenemos una dilatada tradición y experiencia en la planificación de Servicios de Salud mental.

Con el fin de dar un paso más para mejorar la calidad y seguridad de la atención, la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León ha considerado la importancia y prioridad de concienciar sobre la seguridad del paciente en el campo de la salud mental. Para ello se ha elaborado esta guía en la que han participado expertos, profesionales, familias y pacientes. Esperamos contribuir con ella a mejorar las prácticas y procedimientos de atención a las personas con trastornos mentales, a difundir las prácticas adecuadas basadas en la evidencia y a estimular la búsqueda de soluciones para prevenir los errores médicos y mejorar la seguridad de los pacientes. Esperamos contribuir con ello a mejorar el abordaje holístico de los pacientes y garantizar en la práctica sus derechos civiles.

Francisco Javier Álvarez Guisasola

Consejero de Sanidad,
Junta de Castilla y León.

Índice

Autoría y Entidades Colaboradoras	7
Presentación	9
1. Justificación	13
2. Objetivos	15
3. Metodología	17
4. Población y ámbito asistencial	27
5. Proceso asistencial.....	29
5.1. Atención a los pródromos y valoración del riesgo de crisis	29
5.2. Atención a la demanda urgente en Salud Mental	34
5.3. Seguimiento de las crisis	38
6. Protocolo de evaluación general de riesgos	41
7. Protocolo de recogida y traslado seguro de pacientes	51
8. Protocolo de garantía de derechos en la hospitalización.....	67
9. Protocolo de evaluación e intervención en pacientes con riesgo de suicidio y autolesiones.....	79
10. Protocolo de atención a pacientes con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales	91
11. Protocolo actuación ante pacientes con riesgo de fuga.....	109
12. Protocolo para la aplicación de medidas restrictivas.....	121
13. Protocolo de actuación ante riesgo de accidentes/caídas	141
14. Protocolo de prevención y actuación ante incendios.....	153
15. Protocolo de consentimiento informado.....	157
16. Protocolo de actuación ante pacientes con mala evolución.....	167
17. Protocolo de observación y vigilancia	177
18. Bibliografía	183

1. Justificación

Un incidente en seguridad es definido como “todo incidente no intencionado o inesperado que pueda o haya ocasionado daño para uno o más pacientes que reciben atención” por el documento del SNS inglés “Con la seguridad en mente: Servicios de Salud mental y seguridad del paciente”. Esta definición incluye errores en el tratamiento o los cuidados que no comportan daño a los pacientes. Se incluyen incidentes donde el problema es identificado y posteriormente rectificado de forma que evite cualquier efecto sobre el paciente. En algunos casos el incidente puede no ser detectado hasta tiempo después del tratamiento y, aunque el paciente estuvo expuesto a un riesgo, no se han producido daños.

La persona con enfermedad mental es, ante todo, un ciudadano objeto de derechos, al que se debe ofrecer una atención sanitaria segura y de calidad como a otros pacientes del sistema de salud. La naturaleza de los trastornos mentales determina que la expresión sintomatológica esté en relación con la adecuación de las intervenciones terapéuticas en el momento y el lugar adecuados. Buena parte de los síntomas psiquiátricos tienen la finalidad de compensar la inseguridad que genera la experiencia psicótica u otros trastornos mentales en el sujeto. Por lo tanto, las intervenciones han de tener en cuenta el efecto multiplicador que pueden tener las reacciones del paciente o de la familia para compensar la inseguridad y que pueden llegar a desembocar en una crisis que requiera una intervención urgente.

La experiencia de sufrir una crisis psiquiátrica es una situación vital única que puede cambiar la perspectiva del sujeto sobre si y las circunstancias desencadenantes, siempre y cuando la elaboración de la misma le permita integrar las vivencias acaecidas. La mayor parte de las veces este proceso requiere la ayuda profesional y el interés y apoyo de las personas próximas. De otra manera el sujeto se ve expuesto a la experiencia aterrizante de volver a experimentar una situación con variados grados de desbordamiento emocional, confusión, ruptura con la realidad y descontrol comportamental.

La atención a las crisis psiquiátricas se realiza en los servicios de urgencias, pero también en las Unidades de Hospitalización y en las consultas ambulatorias, donde los profesionales abordan las complejidades de los pródromos, interrumpiendo lo que de otra manera podría desembocar en la eclosión de una crisis franca. Por otra parte, en los Centros de Salud Mental se reciben pacientes derivados desde las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica estables clínicamente, pero en estado de vulnerabilidad incrementada tras haber estado hospitalizados por una cri-

sis aguda. Parte del trabajo de los profesionales se centra en prever la reaparición de situaciones de descompensación que requieran un reingreso.

La atención a todos estos procesos viene guiada en la mayor parte de los casos por la formación y experiencia profesional y en menos ocasiones por la existencia de protocolos locales que garanticen la aplicación de medidas consensuadas y basadas en la evidencia. Por todo ello se considera prioritario el desarrollo de guías clínicas y protocolos relacionados con la atención urgente en el entorno hospitalario y comunitario y la homogeneización de los procedimientos establecidos para la aplicación de las diversas medidas restrictivas en las unidades de hospitalización. Esto justifica la elaboración de la presente Guía que trata de especificar las actuaciones y los mecanismos de coordinación en las citadas situaciones, y servir de referencia tanto para los profesionales implicados en la atención, como para pacientes y familiares.

En las últimas décadas se ha ido introduciendo una perspectiva nueva en el modo de entender y practicar la asistencia psiquiátrica. Esta nueva perspectiva requiere que los profesionales se impliquen en la revisión sistemática y actualización de sus procedimientos clínicos para adaptarles de manera continuada a las necesidades de seguridad y calidad reclamadas por las organizaciones de pacientes y familias. Así mismo, este modelo de atención requiere que las Instituciones ofrezcan un entorno de cuidados sano y seguro.

La National Patient Safety Agency (NPSA) del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido publicó en 2005 el documento “Siete pasos para la seguridad del paciente” en el que se recoge una metodología estructurada para gestionar los riesgos asociados a la asistencia. Esta misma agencia en 2008 ha publicado un informe titulado “Con la seguridad en mente: Servicios de Salud mental y seguridad del paciente”, que es el primer informe a nivel mundial de un sistema nacional de información sobre incidentes en seguridad del paciente en salud mental. Este informe establece la posibilidad de implantar medidas para prevenir la nueva aparición de sucesos indeseables.

La cobertura en el entorno comunitario de las crisis derivadas de los Trastornos mentales requiere, para su abordaje y resolución, una compleja coordinación de aspectos sanitarios, legales y de orden público, especialmente en aquellos casos en los que el paciente no presta su consentimiento para recibir atención, ayuda, o ser trasladado a un dispositivo hospitalario para su tratamiento.

Esta complejidad viene incrementada por el hecho de que los diversos intervinientes (personal sanitario, familia, fuerzas de orden público, jueces, etc.) tienen marcos de referencia y guías de actuación distintas, careciéndose de un mecanismo claro, único, ágil y consensuado que protocolice de manera eficaz el ejercicio de los distintos ámbitos competenciales. Esto ocasiona retrasos injustificados en la atención, intervenciones basadas en la buena voluntad, el riesgo de estigmatización del paciente y la familia, descoordinación de las actuaciones y sobre todo sentimientos de desprotección del afectado y de la familia. Sería por ello de gran ayuda que todos los implicados en la atención a las crisis y emergencias cuenten con una idea clara acerca del proceder más adecuado. Para ello es de gran importancia la existencia de protocolos escritos de las prácticas y actuaciones terapéuticas, al menos de las que son menos habituales, subrayando la manera en que pueden afectar a los derechos y la dignidad de las personas y, además, que se encuentren a disposición de los pacientes, familiares, profesionales, acompañantes, etc.

2. Objetivos

En base a lo expuesto, los objetivos de esta guía son:

1. Contribuir a generar una “cultura de seguridad” dentro de la Red de Asistencia Psiquiátrica de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, que permita prevenir errores mediante el cuidado esmerado y la calidad de la práctica profesional.
2. Establecer un procedimiento de coordinación y actuación en la atención a los pródromos de las crisis y también en la atención preferente o de emergencia extrahospitalaria, incluyendo el traslado a los centros de atención sanitaria, y en su caso, la hospitalización.
3. Establecer procedimientos de detección de riesgos y planificación de intervenciones a lo largo del tratamiento hospitalario de pacientes con trastorno mental.
4. Homogeneizar, actualizar y/o desarrollar protocolos, procedimientos y recomendaciones de actuación en los ámbitos hospitalario y comunitario, definiendo el contexto de las intervenciones, estableciendo la asignación de responsabilidades, la secuencia, los medios, la documentación y normativa legal aplicable para cada una.

3. Metodología

3.1. REVISIÓN DE LA LITERATURA E IDENTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS.

Se realizó una recogida y revisión de bibliografía publicada en revistas profesionales en los 10 últimos años. También se realizó la recopilación y estudio de documentos y normativa relativa a la seguridad de pacientes mentales a partir de diversas fuentes:

- La Normativa Europea en relación a Seguridad de pacientes (EUNOMIA).
- Recomendaciones del Documento “Objetivos 2008 de Joint Commission International Center for patient safety”.
- “Nueve Soluciones para la Seguridad del Paciente”. OMS. Centro Colaborador Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations y Joint Commission International. Mayo 2007.
- Alertas de Seguridad en Atención Sanitaria. Centro de Investigación para la Seguridad Clínica del Paciente. Fundación Avedis Donabedian.
- Los documentos emitidos por la Agencia Nacional para la Seguridad del paciente (NPSA) del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido.
- Los protocolos de seguridad en asistencia psiquiátrica desarrollados por otras CCAA.
- Protocolos de seguridad previamente existentes en los distintos centros de la Comunidad de Castilla y León
- Revisión de las Resoluciones formales del Procurador del Común de Castilla y León recibidas en los últimos cinco años en el Servicio de Asistencia Psiquiátrica de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- Revisión de la Normativa vigente en España.
- Revisión de la Normativa relativa a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.
- Revisión de los acuerdos realizados en las Áreas de Salud de Valladolid (1993) y Salamanca (2006), etc. entre dispositivos sanitarios, administración judicial y Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.

A partir de la revisión bibliográfica se identificaron una serie de dimensiones, parámetros y criterios de buena práctica en materia de seguridad del paciente.

3.2. ESTUDIO BASAL DE EVALUACIÓN.

Con la finalidad de realizar una evaluación de la situación de partida en la Comunidad en esta materia, se diseñó un estudio transversal de evaluación externa a realizar en todas las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de la Comunidad de Castilla y León, de corta, media y larga estancia. El objetivo del estudio fue conocer las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en materia de seguridad en la atención a los pacientes con trastornos mentales.

Para ello los autores elaboraron un instrumento semiestructurado en tres partes:

1. Un protocolo de inspección de las medidas estructurales de seguridad en las Unidades con 53 ítems que recogían entre otros aspectos:
 - Entrada y acceso a la unidad: 5 ítems
 - Sistemas contra incendios: 3 ítems
 - Salidas de emergencias: 4 ítems
 - Accesos a espacios de riesgo: 5 ítems
 - Video-vigilancia: 5 ítems
 - Habitaciones: 18 ítems
 - Aseos y Baños: 13 ítems
2. Una entrevista semiestructurada con el Jefe de Servicio de Psiquiatría de cada Área de Salud con 61 ítems destinados a valorar cualitativa y cuantitativamente:
 - Procedimientos y protocolos específicos para riesgos concretos: 8 ítems
 - Aplicación de procedimientos de consentimiento informado: 12 ítems
 - Valoración y manejo del riesgo de incidentes adversos (suicidio, autoleiones, agresividad, riesgo de fuga, accidentes...): 5 ítems
 - Uso seguro de la medicación: 2 ítems
 - Uso de medidas restrictivas (Indicaciones, contraindicaciones, etc.): 19 ítems
 - Sistemas de información a pacientes y familiares: 2 ítems
 - Sistemas de transmisión de la información: profesional-profesional, profesionales-pacientes, y entre dispositivos: 3 ítems
 - Seguridad del personal: 5 ítems
 - Formación continuada: 2 ítems
 - Sistemas de identificación de pacientes: 1 ítem
 - Verificación de objetos peligrosos: 1 ítem
3. Una recogida y análisis de la adecuación a las recomendaciones internacionales y la normativa vigente de los protocolos de seguridad existentes en cada unidad.

El trabajo de campo se realizó en el primer trimestre del año 2008. Se recogieron datos de los siguientes dispositivos: 11 Unidades de agudos, 4 Unidades de convalecencia, 7 Unidades de rehabilitación, 2 Unidades de rehabilitación de larga estancia, 1 Unidad de desintoxicación hospitalaria 1 Unidad de patología dual, mediante visitas concertadas.

3.3. ACTITUDES, EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS.

Se realizó un estudio para explorar las necesidades asistenciales de los usuarios, sus expectativas respecto a los servicios sanitarios, sus experiencias positivas y negativas así como el nivel de satisfacción y el sentimiento de protección y seguridad en la atención recibida como usuarios del Sistema de Atención a la Salud Mental de Castilla y León. Para ello se constituyeron dos Grupos focales, uno de pacientes y otro de familiares.

Se eligió esta metodología en lugar de un método de encuesta por tratarse de un estudio exploratorio en que interesaba describir de manera amplia y cualitativa el objeto de estudio. El estudio se realizó con un grupo de pacientes y otro de familiares que tuvieran una experiencia mínima en su interacción con el sistema de salud y estuvieran familiarizados con las prestaciones en salud mental. Para el reclutamiento de las personas que participaron en el estudio se contactó con FEAFES quien difundió entre sus asociados/as la oportunidad de participar en el estudio de manera voluntaria.

El Grupo focal de familiares se realizó con un grupo 10 familias provenientes de la Federación de Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales de Castilla y León y seleccionadas entre aquellas que tuvieran una experiencia de al menos cinco años en el contacto con los servicios asistenciales. El Grupo focal de pacientes se llevó a cabo con un grupo de 8 personas de las distintas Áreas de Salud de la Comunidad y pertenecientes a la Federación. Los criterios de inclusión en este grupo requerían que la duración del trastorno fuera entre 2 y 5 años, que hubieran sufrido crisis y utilizado los servicios de urgencias y/o emergencias.

Para la investigación de las experiencias y expectativas de los usuarios se realizó un guión que facilitara la exploración libre pero sistemática de las experiencias individuales de los miembros de los grupos mediante una serie de estímulos grupales que en forma de preguntas estimularan la participación de los miembros.

Cada grupo tuvo una duración entre 90 y 120 minutos, y fue conducido por una moderadora de grupo experta en dinámica de grupos y una observadora. La moderadora se encargó de presentar el tema a tratar y de formular las preguntas estímulo para que en los grupos se participara activamente. Además se dio la oportunidad para que todos hablaran durante las sesiones. El papel de la observadora fue anotar de la forma más literal posible las intervenciones de los participantes, además de los contenidos no verbales del grupo.

Se solicitó consentimiento informado para la participación y registro en audio de las sesiones. Se realizó posteriormente una transcripción y análisis de las producciones del grupo y se tabularon las intervenciones de los asistentes en función de las variables de estudio. Se agruparon las intervenciones similares desde un punto de vista cualitativo y se cuantificaron las intervenciones en los diversos temas.

Tabla I. Guión de trabajo en los Grupos focales	
VARIABLES A ESTUDIAR	ESTÍMULOS GRUPALES
Necesidades asistenciales	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué necesitan cuando está en una situación de crisis? - ¿Sabe a dónde o a quién tienen que dirigirse? - ¿Encontraron dificultades para acceder a los servicios asistenciales? - ¿Qué dificultades?
Expectativas respecto a los servicios	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué esperaban de los profesionales? - ¿Cómo piensan que deben ser atendidos? - ¿Necesitan algún servicio especial?
Intervenciones recibidas.	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Les ayudó la presión para el tratamiento o traslado? - ¿Qué tipo de atención diferente hubieran precisado? - ¿Consideran adecuados los medios utilizados?
Experiencia antes, durante y después de las intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué desencadenó la crisis? - ¿Qué factores la hubieran prevenido? - ¿Cómo fue su experiencia durante la intervención? - ¿Qué servicios han recibido tras la crisis?
Grado de seguridad experimentado	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Sintió miedo en algún momento? - ¿Confió en el equipo asistencial? - ¿Se sintió arropado/a?
Grado de satisfacción	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Los profesionales respondieron a su demanda? - ¿Cuántos días transcurrieron entre la demanda y la atención recibida? - ¿Se sienten satisfechos con la respuesta recibida? - ¿Qué se podría mejorar? - ¿Se le ocurren otros medios para resolver la situación? - ¿Qué cambiaría si estuviera en su mano?

3.3.1. Aportaciones a la discusión por parte de cada uno de los grupos focales.

A. Grupo focal de pacientes

- Esperan de los profesionales y Servicios de Salud Mental, comunicación diálogo y trato humano.
- Sentir una buena relación con el psiquiatra.
- Quieren sentirse parte de las decisiones que se tomen sobre ellos. (“Te atan, te pinchan y no te explican nada”) y sobre todo quieren ser informados.
- Reclaman la consideración de personas. No cuestionan las medidas terapéuticas utilizadas, las consideran necesarias, pero quieren ser informados sobre las decisiones terapéuticas que se van tomando sobre ellos.

- No expresan una vivencia negativa sobre la aplicación de contención mecánica u otras medidas restrictivas, pero hacen énfasis en la importancia de recibir información.
- En situaciones de crisis, aunque en ocasiones rechazan la ayuda y a veces de manera agresiva, sienten la necesidad de cercanía por parte de los profesionales.
- Subrayan la necesidad de recibir contacto verbal y físico, sobre todo en la aplicación de medidas tales como la sujeción física y el aislamiento.
- Cuando las crisis se han resuelto, tienen un buen recuerdo de los ingresos y la percepción del personal es positiva, sienten que se les trata bien y con amabilidad.
- Los pacientes necesitan información sobre lo que ha pasado durante la crisis y las razones por las que se les ha sujetado o aislado.
- Consideran que se debe tener más en cuenta sus deseos y necesidades.
- Expresan su intensa necesidad de actividades psicoeducativas que les ayuden a conocer la enfermedad, aprender a luchar contra ella y prevenir las recaídas.
- Desean ser tratados como personas necesitadas de apoyo, afecto, comprensión y diálogo.
- Reconocen la necesidad de servicios ocupacionales entre las crisis y como medida de prevención.
- En general están satisfechos con la atención recibida.
- Muestran conocimientos sobre la estructura de la red de atención de salud mental de Castilla y León y de la cartera de servicios. Saben a quién y dónde tienen que dirigirse cuando se sienten mal.
- Consideran que los profesionales respondieron cuando hicieron la demanda.
- Confían en el profesional que les atiende pero necesitan más tiempo para hablar más con ellos y comunicarse.
- Indican que para prevenir las crisis necesitan:
 - Aprender a darse cuenta de los síntomas cuando aparecen y para ello psicoeducación y mayor conocimiento de sí mismos.
 - Accesibilidad al psiquiatra.
 - Ajustes oportunos de la medicación.

B. Grupo focal de familiares

- La demanda prioritaria de los familiares es recibir servicios ágiles, rápidos y seguros.
- La enfermedad mental imprime una gran tensión emocional a las familias por lo que sienten que necesitan contar con espacios terapéuticos en los que puedan expresar su vivencia y temores (“Detrás de un enfermo mental hay una familia enferma”).

- Encuentran muchas dificultades para realizar un ingreso involuntario, así como demoras excesivas por cuestiones administrativas.
- Creen que es necesario que existan juzgados específicos para estos pacientes, con el fin de agilizar los trámites.
- Experimentan carencias de coordinación en la atención y traslado urgente.
- Se sienten desprotegidas durante la espera con el paciente en el Servicio de urgencias.
- Apuntan la necesidad de mayor protocolización de la derivación de pacientes entre los dispositivos.
- No confían en las medidas de seguridad existentes en las unidades de hospitalización para impedir la fuga del paciente o la entrada de drogas y otras sustancias.
- Valoran como fundamental el papel que desempeña el Programa de gestión de casos psiquiátricos en la Comunidad de Castilla y León.
- Requieren más información sobre horarios de información a familiares, visitas, etc. en las Unidades de Hospitalización.
- Adaptación del sistema de traslado de emergencia para pacientes colaboradores.
- Más rapidez en los trámites judiciales.
- Necesidad de citas próximas al alta en los ESM.
- Que se tenga en cuenta su reacción emocional cuando se les comunican malas noticias.

3.3.2. Conclusiones:

Los resultados de los grupos focales justifican la gran dedicación que exigen al grupo encargado de elaborar la guía, tanto en su planificación y desarrollo. Han mostrado ser una técnica adecuada para conocer las experiencias y expectativas de las personas afectadas por un trastorno mental.

El manejo de grupos reducidos facilitó la participación de todos y todas, y permitió crear un clima de confianza que favoreciese la expresión, que fue valorado positivamente por los participantes.

Por ello, podemos afirmar que esta técnica es especialmente útil como recurso metodológico en el desarrollo inicial de determinados procedimientos relacionados con la seguridad del paciente, garantizando la implicación de estos en su propio proceso de salud, logrando así un mejor ajuste de expectativas entre pacientes y profesionales, y para una asistencia más segura.

Por otra parte, en el debate desarrollado en los grupos focales, se ha puesto de manifiesto la necesidad de fortalecer los procesos de información al paciente y la familia a lo largo del proceso de atención y tener en cuenta a los usuarios en la toma de decisiones, incluso cuando el estado mental está alterado.

También se ha puesto de manifiesto la necesidad de disponer de puntos de encuentro entre los profesionales sanitarios y los pacientes y familiares. Estos quie-

ren mejorar su relación con los profesionales, y a su vez, los profesionales han de contar más con ellos.

Ante el sentimiento de desamparo que manifiestan las familias, se evidencia la necesidad de mejorar las intervenciones de urgencia en orden a disponer de un mecanismo más ágil, coordinado y seguro de atención que evite demoras excesivas en la intervención tanto con los pacientes como con las familias.

Los protocolos de atención al enfermo mental en situación de crisis en el medio comunitario, deben contemplar además, el acompañamiento y la seguridad de las familias. Asimismo evitar en la medida de lo posible la alarma social que se crea.

La percepción de los familiares respecto a las unidades de hospitalización psiquiátrica como lugares no seguros requiere la puesta en marcha de protocolos específicos orientados a evaluar los riesgos de manera sistemática al ingreso del paciente, a observar y vigilar a pacientes en riesgo, y prevenir fugas, protocolos que, entre otros, se han desarrollado en esta Guía como resultado del estudio.

Los servicios de salud mental tienen que desarrollar acciones y medidas para implicar al paciente en su propia seguridad, especialmente en las unidades de hospitalización psiquiátrica, donde el paciente se siente altamente vulnerable.

3.4. ELABORACIÓN DE UNA GUÍA DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

Para el análisis de la situación global en Castilla y León y la elaboración de protocolos y estándares de mejora en materia de seguridad que dieran respuesta a los resultados de los Estudios de Campo así como a los obtenidos con los Grupos Focales se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar constituido por 10 profesionales de la Gerencia Regional de salud, que representaban los diferentes ámbitos de atención (hospitalario, extrahospitalario, emergencias-112 y Atención Primaria) y las distintas categorías profesionales.

Al grupo se le aportó material bibliográfico así como las conclusiones extraídas del estudio de campo y de los grupos focales realizados con pacientes y familiares así como las conclusiones extraídas.

El ámbito del análisis se extendió a los siguientes subprocesos asistenciales:

- Atención a los pródromos de las crisis.
- Atención urgente:
 - En el ámbito extrahospitalario
 - En el ámbito hospitalario
- Seguimiento tras una crisis.

El grupo realizó un análisis de las debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas en lo referente a la gestión de riesgos en la asistencia a pacientes con trastornos mentales en la Comunidad de Castilla y León. Posteriormente realizó una identificación y priorización de problemas que fueron abordadas en subgrupos en función de su contenido.

- Fortalezas
 - Accesibilidad de los Equipos de Salud Mental
 - Organización en red de los servicios
 - Funcionamiento en equipos multidisciplinares
 - Entrenamiento para identificar riesgos
 - Base territorial de los E.S.M.
 - Existencia de un Servicio de Asistencia Psiquiátrica en la G.R.S.
 - Funcionamiento en red de los servicios.
- Debilidades
 - Falta de informatización de la Historia clínica.
 - Equipos incompletos en algunas Áreas y falta de enfermería especializada
 - Falta de valoración sistemática de los riesgos.
 - Falta de protocolos generales y específicos de intervención homogéneos y por escrito
 - Dificultad para compatibilizar los protocolos con la atención individual.
 - La presión asistencial dificulta la atención clínica y la valoración del riesgo protocolizada
 - La previsión de riesgos al alta (adherencia al tratamiento, intentos de suicidio, etc.) no se valora de manera sistemática
 - Falta de formación específica en el abordaje de los trastornos mentales por parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
 - Falta de seguimiento tras una crisis en Atención Primaria.
 - Descoordinación ocasional de los posibles intervinientes (A.P., 112, E.S.M.).
- Oportunidades:
 - Protocolizar las actuaciones, especialmente la coordinación entre los intervinientes
 - Formación técnica de los profesionales
 - Intervenir con las familias durante y después de las crisis
 - Mejorar la atención domiciliaria y el seguimiento.
 - Puesta en marcha de programas de actuación ante abandonos de tratamiento
 - Poner en marcha programas de intervención en crisis
 - Identificar a las personas en tratamiento que tienen riesgo de crisis periódicas.

- Amenazas:
 - Personal sustituto con poca experiencia en abordaje de crisis.
 - Escasez de plazas residenciales para pacientes psiquiátricos.
 - Algunas altas precoces de las unidades de hospitalización
 - Saturación de los E.S.M. por problemas poco importantes.
 - Desmotivación laboral de algunos profesionales
 - Insuficiente tasa de profesionales en algunas Áreas.

Los Coordinadores de la guía llevaron a cabo un proceso de agrupación y revisión de la documentación aportada, al fin de complementarla, teniendo en cuenta los objetivos del proyecto, los criterios de las sociedades científicas, literatura, sistemas de acreditación, etc.

Sobre la base de los problemas identificados el grupo de expertos realizó un rediseño del proceso de atención hospitalaria y comunitaria a las crisis y emergencias. A este efecto y con la finalidad de apoyar y homogeneizar las intervenciones en las distintas fases del proceso se identificó la necesidad de elaborar la serie de procedimientos de actuación y protocolos de seguridad que a continuación se detallan:

- Evaluación general de riesgos.
- Recogida y traslado seguro de pacientes.
- Garantía de derechos en la hospitalización.
- Evaluación e intervención en pacientes con riesgo de suicidio y autolesiones.
- Atención a pacientes con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales.
- Actuación ante pacientes con riesgo de fuga.
- Aplicación de medidas restrictivas.
- Actuación ante riesgo de accidentes/caídas.
- Prevención y actuación ante incendios.
- Consentimiento informado.
- Actuación ante pacientes con mala evolución.
- Observación y vigilancia.

4. Población y ámbito asistencial

El ámbito de aplicación de esta guía es el conjunto de pacientes con trastornos mentales, en tratamiento en la Red de asistencia psiquiátrica de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Y especialmente está dirigida a:

- Pacientes con necesidad de ser atendidos en situación de crisis, por los servicios de urgencia, de hospitalización o en el entorno comunitario.
- Pacientes en crisis que no tienen conciencia de su problema, o no dan su consentimiento para su atención y traslado.
- Pacientes que habiendo sufrido previamente una crisis están actualmente en tratamiento en los Centros de Salud Mental de la Comunidad.

Grupos que no se toman en consideración:

- Pacientes que no precisan asistencia psiquiátrica urgente.
- Pacientes cuyo trastorno no cursa con crisis.

Los familiares se incluyen en el conjunto de la población destinataria, en tanto en cuanto forman parte de la red de atención social más próxima al paciente. El funcionamiento del microgrupo familiar es relevante a la hora de modificar la evolución de una crisis psiquiátrica. Además los cuidadores principales, requieren interacciones de apoyo psicológico y emocional.

El ámbito asistencial objeto de atención incluye los momentos del proceso que requieren atención intensiva y urgente de los dispositivos específicos de la red de salud mental. Para ello la guía establece el dispositivo asistencial (Equipos de Atención Primaria, Equipos de Salud Mental, 112 y profesionales de las unidades de hospitalización psiquiátrica) que los profesionales de Atención Primaria y Especializada de Sacyl deberán tener en cuenta para la atención y traslado del paciente en situación de urgencia.

La Guía pretende además facilitar la coordinación de los intervinientes en la atención y traslado de la urgencia en salud mental, es decir, el ámbito sanitario, de orden público y legal. Examina las intervenciones para la detección precoz de las crisis que puedan ir asociadas a una situación urgente y aborda los siguientes aspectos del manejo clínico:

- **Evaluación del riesgo de crisis:** Identificación de los individuos susceptibles de sufrirlas y evaluación de los factores que influyen en el riesgo de padecerlas. También se revisan las actuaciones protocolizadas existentes en los dispositivos de salud para la atención a los pródromos de la enfermedad mental y la evaluación de riesgos.
- **Intervención:** Se establecen recomendaciones en las intervenciones de los equipos asistenciales para el seguimiento de pacientes con enfermedad mental en riesgo de crisis, se elaboran protocolos de seguridad para las unidades de hospitalización, y se regulan las diversas medidas restrictivas.

5. Proceso asistencial

5.1. ATENCIÓN A LOS PRÓDROMOS Y VALORACIÓN DE LOS RIESGOS DE CRISIS.

Antes de presentarse una crisis se puede identificar un período prodrómico. La duración oscila entre varios días y unas semanas, pero en ocasiones puede prolongarse varios meses. La intervención precoz en esta fase implica intervenciones desde los niveles de Atención Primaria y Especializada. En cualquiera de ellos el objetivo de la intervención precoz es identificar los síntomas iniciales y acortar el período sin tratamiento.

Si se dilata la intervención se produce una complicación progresiva del cuadro clínico y de las repercusiones psicosociales. Así pues, una actitud preventiva aconseja establecer procedimientos y actividades de intervención para la detección y tratamiento precoz de los síntomas de la fase prodrómica. Para ello es necesario identificar durante la valoración clínica del paciente las situaciones que generan riesgo de recaídas, y detectar los signos y síntomas emergentes en las consultas de Atención Primaria, o en los Equipos de Salud Mental, diseñando acciones de colaboración con la familia y entorno del paciente.

Las crisis se desarrollan en la comunidad. Si la identificación de nuevos casos o de los síntomas iniciales de la enfermedad se realiza en Atención Primaria, la valoración de los riesgos de reaparición de crisis en los enfermos mentales identificados es una tarea que atañe a los Equipos de Salud Mental. No obstante hay que tener en cuenta que otros entornos asistenciales también solicitan de los servicios de salud mental para atender a pacientes en crisis, especialmente los servicios sociales comunitarios y otras especialidades médicas.

La atención a las fases prodrómicas implica diversas actividades en función del contexto asistencial en que emergen los síntomas iniciales. Las personas que están vinculadas a un Centro de Salud Mental y reciben un tratamiento estable, requieren acciones diferentes de aquellas que no están vinculadas, como vamos a ver a continuación:

5.1.1. Actuaciones con pacientes ambulatorios vinculados al Equipo de Salud Mental.

- Asignación de consulta preferente en el Equipo de Salud Mental tras un ingreso en la unidad de hospitalización y antes del alta.

- Valoración periódica sobre la pertinencia de incluir al paciente en el Subprograma de Gestión de Casos.
- Inclusión del paciente y familia en los Programas de Psicoeducación del Área Sanitaria. El objetivo es que los interesados mejoren la identificación precoz de signos de crisis. Han de incluir estrategias para disminuir la expresividad emocional de la familia, en forma de normas claras sobre cómo actuar ante situaciones concretas.
- Exploración y registro en la Historia clínica ambulatoria de:
 - Las fuentes de estrés y amenazas habituales así como de las principales circunstancias y riesgos conducentes a crisis y recaídas.
 - Las necesidades psicosociales del paciente, identificadas preferiblemente mediante un instrumento estandarizado de evaluación.
 - Medidas de actuación en el caso de la aparición de acontecimientos vitales o circunstancias interpersonales que impliquen riesgo: abandono de la medicación, elevada expresividad emocional de la familia, presiones del entorno, pérdida de vínculos importantes, comportamientos perjudiciales para la salud, comportamientos compatibles con la fuga, conductas heteroagresivas, etc.
- Entre otros factores que aumentan la probabilidad de aparición de crisis, sería necesario valorar sistemáticamente los siguientes:
 - **No adherencia terapéutica:** La falta de adherencia es un problema de primer orden y que dificulta el proceso terapéutico. El informe de salud de la OMS del año 2003 diferencia entre “adherencia” y “cumplimiento”, especificando que la adherencia requiere el consentimiento del paciente y, por tanto, le reconoce un papel más activo y mayor responsabilidad en su tratamiento. (OMS 2003). Consideramos vigente la propuesta de DiMatteo y DiNicola (1982), respecto al concepto de adherencia: “La adherencia es una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”.

La ausencia de adherencia al tratamiento se ha descrito como la causa más importante de recaídas e ingresos hospitalarios. Este factor se ha asociado al aumento de la tasa de ingresos no voluntarios en los servicios sanitarios, hospitalizaciones más largas y recuperaciones más lentas. Los ingresos hospitalarios debidos a la falta de adherencia al tratamiento son evitables, al menos desde el punto de vista teórico, y representan una importante oportunidad para reducir dichas tasas. (Cañas y Roca 2007).

Los factores asociados a la falta de adherencia terapéutica son múltiples según la literatura sobre el tema, así como las causas del no seguimiento del tratamiento referidas por los propios pacientes y el personal de salud. (Ortego Maté 2004). Entre otros señalamos:

- ◊ *Las características de la organización de los servicios de salud.* En este caso son elementos a tener en cuenta, las dificultades en el acceso a los centros asistenciales, la falta de profesionales o los cambios de personal. El paciente tiende a desarrollar una relación de confianza y compromiso con que se ve afectada cuando tiene que cambiar de terapeuta.

Por el contrario, la reducción de los tiempos de espera, la planificación adecuada de las consultas de seguimiento o la atención en el propio domicilio del paciente, han demostrado tener una influencia positiva en el grado de cumplimiento. Los pacientes hospitalizados presentan tasas de cumplimiento mejores que los ambulatorios, debido a que tienen una mayor supervisión por parte del personal de salud y los familiares.

◇ *Factores relacionados con el entorno del paciente.* Entre ellos:

La actitud de los familiares y personas significativas ante la enfermedad y su tratamiento. La aparición de un trastorno en un individuo no sólo afecta a éste sino también a las personas con las que convive y cada nuevo episodio y/o recaída de la enfermedad altera el equilibrio familiar. La familia puede ser tanto un desencadenante como un protector de recaídas. Un elevado nivel de expresividad emocional de la familia, con sobreimplicación y comentarios críticos, se relaciona con un mayor número de recaídas.

La relación paciente-profesional. La comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes es fundamental. Lograr la cooperación, la colaboración, la discusión y el acuerdo con respecto a todo lo que concierne a su tratamiento, son aspectos que implican de manera activa al paciente en su cumplimiento y permiten superar el mero “cumplimiento” y lograr la adhesión.

◇ *Factores relacionados con el paciente.*

Se señalan como factores que pueden influir de forma negativa: negación de la enfermedad, desconfianza en el tratamiento y en los profesionales, respuesta negativa a la medicación, sentimiento desfavorable del paciente ante la enfermedad o el malestar, creencias y estigmas culturales, analfabetismo, deficiencias sensoriales, mejoría de su patología, necesidad de tomar una medicación diariamente, aislamiento social o nivel socioeconómico bajo.

◇ *Las características del régimen terapéutico.*

Pueden influir en las variaciones del cumplimiento, destacando los efectos secundarios desagradables de la medicación (mal sabor, discinesias, etc.) no tratados o no identificados, el tipo de tratamiento, la dosis, la vía de administración y la pauta prescrita.

Es importante que el estudio y abordaje de la adherencia terapéutica sea multidisciplinario, porque al ser un problema complejo, de múltiples causas y determinado por la acción recíproca de variados factores, sólo el esfuerzo conjunto de todos los profesionales de la salud llevará a la búsqueda y propuesta de alternativas de mejora. (Lluch Canut, 2006).

- **Negación o abandono del tratamiento:** La negativa a tratarse de un paciente es un predictor frecuente de una crisis inminente. La atención para frenar el desarrollo de la crisis puede requerir la actuación de diferentes profesionales del equipo, que deberán realizar una correcta evaluación psicopatológica, un seguimiento intensivo que garantice los contactos con los servicios sanitarios y las intervenciones que precisa cada paciente individualmente. Para éstos la práctica asistencial ha de tener en cuenta:

◇ Actuaciones específicas para aquellos pacientes cuya negativa a recibir tratamiento es mayor.

- ◇ Anticipar la situación psicopatológica, familiar y social que puede crearse si se mantiene la negativa.
- ◇ Identificar las razones para oponerse al tratamiento (síntomas adversos de la medicación psicotrópica, falta de confianza en los profesionales, sentimiento de perder la autonomía, etc.).
- ◇ Ayudar a elaborar las razones por las que no quiere ser tratado.
- ◇ Llegar a un acuerdo sobre aspectos mutuamente compartidos.
- ◇ Diseñar actividades de protección para el paciente y la familia mientras se llega a un acuerdo.
- ◇ Ofertar medidas alternativas que permitan frenar el desarrollo de una crisis incipiente.
- ◇ Diseñar actividades para el conjunto personas del Distrito psiquiátrico que no quieren tratamiento.
- ◇ Valorar la aplicación de los Subprogramas de Abandono de Tratamiento y el de actuación ante Crisis de la Gerencia Regional de Salud.
- ◇ Valorar la inclusión en el Programa de Gestión de Casos Psiquiátricos.
- **Ideación y conductas suicidas:** No hay ninguna prueba de cribado que permita descartar comportamientos autolesivos de manera sensible y fiable. La entrevista clínica y la observación de la evolución, son los elementos fundamentales para valorar este riesgo. En la asistencia urgente es preciso establecer un compromiso con el paciente, disponer con él y la familia cuantas medidas de protección ambientales sean necesarias, establecer un compromiso de autocontrol con el paciente y sentar las bases para desarrollar un abordaje psicoterapéutico continuado que permita al sujeto entender mejor sus procesos internos y elaborar respuestas alternativas al suicidio.

Tras su regreso al entorno habitual, el paciente deberá afrontar los factores de riesgo contextuales que estaban presentes cuando realizó la tentativa de suicidio. Muchos de los factores interpersonales y sociales que han supuesto un estrés inmanejable para el sujeto, probablemente continúan inmodificados.

Los profesionales de los Equipos de Salud Mental se encuentran en el nivel idóneo para valorar la evolución de las respuestas del paciente a las situaciones de estrés, la evolución de los comportamientos autolesivos y efectuar el seguimiento de los pacientes con ideación o conductas suicidas tras el alta de las Unidades de Hospitalización.

Por todo ello, se hace preciso que los profesionales de los Equipos de Salud Mental realicen:

- ◇ La detección precoz de situaciones de riesgo en la evolución clínica del paciente.
- ◇ Una respuesta asistencial rápida y sin demoras.
- ◇ Actividades de control y seguimiento clínico adecuado a las necesidades del paciente y con la frecuencia que requiera.

- ◇ La derivación de los pacientes en riesgo a programas específicos.
- ◇ Conseguir un buen feedback entre el Equipo de Salud Mental y las urgencias psiquiátricas hospitalarias.
- ◇ Establecer un plan de prevención del suicidio.
- ◇ Ofrecer al paciente estrategias cognitivas y emocionales para el control de la ideación suicida.
- ◇ Definir y delimitar el circuito más adecuado para atender al paciente con conducta suicida.
- ◇ Realización de actividades de apoyo para grupos de pacientes en riesgo.
- **Auto-heteroagresividad:** En la asistencia psiquiátrica, frecuentemente nos encontramos con episodios de agitación y/o conductas agresivas. Como en el caso de las personas que no padecen trastornos mentales, los pacientes en tratamiento, con independencia de la etiología del trastorno y de la relación mayor o menor con síntomas delirantes alucinatorios, pueden adoptar actitudes hostiles de manera defensiva, ante situaciones de inseguridad o amenazantes. La intervención debe garantizar en todo momento la seguridad de las personas implicadas, el paciente, la familia, los profesionales que le atienden, etc. En la atención a este tipo de conductas, los servicios de asistencia psiquiátrica han de realizar:
 - ◇ Evaluación diagnóstica y valoración periódica del riesgo.
 - ◇ Identificación de las situaciones amenazantes para el paciente que estimulan respuestas defensivas por parte de éste.
 - ◇ Inclusión en el plan de tratamiento ambulatorio de medidas que aumenten el sentimiento de seguridad del paciente y reduzcan la probabilidad de exposición a estímulos vividos como amenazantes.
 - ◇ Inclusión en el plan de tratamiento de medidas específicas para garantizar la seguridad del paciente y la familia en caso de pródromos de crisis.
 - ◇ Seguimiento específico de síntomas prodrómicos de inquietud, agitación y agresividad.
- Identificación precoz de síntomas prodrómicos en la consulta o en el contexto del desarrollo del Programa de Gestión de Casos: aparición de nuevos síntomas, aislamiento social, reacción inadaptada a acontecimientos vitales estresantes, etc.
- Valoración del grado de prioridad de la intervención y elaboración de un Plan de actuación, en el que intervengan el facultativo responsable y otros profesionales del Equipo relevantes para la resolución del caso.
- Valoración de la pertinencia de aplicar el Programa de actuación ante abandonos de tratamiento o de actuación en crisis.
- Acceso preferente a través de contacto telefónico, consulta presencial, visita domiciliaria, etc. Esto requiere la existencia en los C.S.M. de la tipología de consulta preferente.
- Asesoramiento a la familia para mejorar su influencia sobre el paciente a través de visitas domiciliarias, etc.

- Apoyo y tranquilización a la familia. Facilitar consultas preferentes, orientar su actuación con el paciente, ponerles en contacto con grupos de relación, apoyo y/o autoayuda.
- Cuando sea pertinente informar al Juez de la necesidad de autorizar un ingreso hospitalario involuntario.
- Si procede, recabar la colaboración del Equipo de Atención Primaria, de los Servicios de Emergencia o de los Servicios Sociales de Base.
- Si es procedente realización de un estudio catamnésico en equipo para entender los factores que han sido relevantes en los casos de crisis o abandonos de tratamiento.

5.1.2. Personas no vinculadas al Equipo de salud mental.

- Inclusión en las sesiones docentes asistenciales con los Equipos de Atención Primaria, de información sobre salud mental, indicadores clínicos de riesgo y atención a las crisis.
- Facilitar la accesibilidad y consultoría a profesionales de Servicios Sociales y Educativos en lo relativo a la detección y manejo de crisis.
- Los Servicios Sociales deben ser instruidos sobre los signos y síntomas de alerta en la aparición o desarrollo de un trastorno mental, y la importancia de síntomas clave como el aislamiento, la inhibición, el apragmatismo, así como los cambios de patrón conductual.
- Orientar a los profesionales de los servicios sociales para discriminar entre problemática social y situación clínica evitando que se busque en la utilización de dispositivos sanitarios la solución a situaciones de emergencia social.

5.2. ATENCIÓN A LA DEMANDA URGENTE EN SALUD MENTAL.

El proceso de atención al paciente en crisis abarca varios ámbitos de atención: Extrahospitalaria, Servicios de Urgencias Hospitalarias, Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

Así mismo hay que tener en cuenta la normativa vigente que regula el traslado de pacientes y el ingreso en contra de su voluntad (artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (Ley 1/2000), que sustituye y amplía el contenido del artículo 211 del antiguo Código Civil (derogado por esta misma Ley). En virtud de esta normativa en los casos de urgencia no es necesaria la autorización judicial previa al traslado e ingreso urgente de un paciente en crisis que no lo acepta voluntariamente, posponiéndose la comunicación al Juzgado a la intervención. El profesional que lo atiende toma la decisión sobre la base de su situación clínica, y solicita si lo cree oportuno el apoyo de las Fuerzas de Orden Público.

El proceso de atención a una crisis psiquiátrica precisa de una intervención urgente y coordinada de todos los intervinientes, aunque existen muchos factores (desconocimiento de los protocolos de actuación, intervención en lugares con pocos medios de protección, etc.) que pueden interferir de manera negativa en el correcto desarrollo del proceso.

5.2.1. Procedencia de los pacientes.

Los pacientes pueden presentar una crisis en los distintos ámbitos en los que desarrollan la vida diaria, por tanto la demanda de atención urgente puede ser variada y su abordaje diferente según la procedencia de dicha demanda de atención.

- Llamadas desde el domicilio: generalmente es la familia quién contacta con los servicios de emergencia (teléfono unificado de atención 112) solicitando ayuda al existir una situación de crisis en algún miembro. Menos frecuente será que llame el propio afectado. También puede suceder que sean los vecinos quienes den la alerta al detectar que algo no va bien.
- La crisis pueden ponerse de manifiesto en la calle, en lugares de reunión social, centros comerciales o de ocio, incluso en el lugar de trabajo, y ser alguna persona que presencia o se vea afectada por lo que sucede, quién avise.
- Las Fuerzas del Orden Público pueden ser también fuente de demanda de intervención en crisis por parte de los servicios sanitarios para la atención y posible traslado.
- Los dispositivos sanitarios ambulatorios, ya sean de Atención Primaria, de Asistencia Psiquiátrica o de otras especialidades, atienden pacientes que lleguen en crisis, y en otros casos ésta puede sobrevenir durante la asistencia. Una vez realizada la valoración del caso, una de las decisiones posibles es el traslado al hospital y precisar para ello la ayuda de los Servicios de Emergencias y/o las Fuerzas del Orden Público. En el caso de Hospitales que no cuentan con Unidad de Psiquiatría Hospitalaria, ni psiquiatra de guardia, el traslado a otro centro puede requerir atención en crisis continuada.
- Las crisis pueden también sobrevenir durante episodios de hospitalización. El psiquiatra de guardia es avisado cuando se produce una situación de crisis en algún paciente ingresado en la propia Unidad de Psiquiatría del Hospital o en otros servicios hospitalarios.

5.2.2. Contexto de la atención y profesionales intervinientes.

Una vez realizada la demanda de atención urgente, es el personal sanitario el encargado de realizar la intervención. Dependiendo del ámbito donde se haya producido la demanda el personal sanitario que interviene puede ser diferente:

- En el ámbito extrahospitalario será el personal sanitario del 112, del Equipo de Atención Primaria ó del Equipo de Salud Mental, el encargado de decidir si tras una valoración inicial de urgencia, consideran intervenir directamente para solucionar la crisis o si es necesario el traslado del paciente al servicio de urgencias del hospital de referencia.
- En el Servicio de Urgencias Hospitalarias será el profesional de urgencias quien reciba al paciente y proceda al diagnóstico de la etiología y características de la crisis. Los síntomas psiquiátricos no son específicos de los Trastornos mentales por lo que hay que descartar siempre patología orgánica subyacente.

- En las Unidades de Hospitalización Psiquiátricas: será el psiquiatra responsable del paciente o en su defecto el psiquiatra de guardia el encargado de dirigir el proceso de atención.

5.2.3. Fases de la atención.

- **Valoración de la situación y de los riesgos asociados. Diagnóstico clínico y situacional.**

En primer lugar hay que llevar a cabo un análisis global de lo que sucede para establecer un diagnóstico y proceder al tipo de abordaje más adecuado.

En el análisis tendremos que precisar el origen de la crisis, padecimientos del paciente, antecedentes, interrecurrencia de consumo de tóxicos, origen orgánico, etc.

Es conveniente recabar toda la información posible y para ello tendremos que detenernos a escuchar con atención lo que nos puedan aportar los acompañantes o quienes han contemplado lo ocurrido. Sería un error comenzar a tratar antes de efectuar el análisis.

Así mismo es necesario valorar los riesgos asociados a la situación de crisis, los factores que están actuando como desencadenantes o agravantes, los apoyos situacionales existentes y, en conjunto, los factores de protección del medio que pueden ser utilizados para contener el desarrollo de la misma, así como los recursos del paciente disponibles para hacerse cargo de sí mismo y afrontar las presiones del entorno.

- **Plan de actuación y tratamiento.**

En base al análisis y diagnóstico realizado será necesario sopesar los recursos de que dispone el profesional a la hora de realizar una intervención en la que ha de primar la seguridad del paciente y de los intervinientes. Una actuación temeraria, o insuficiente, podría agravar el desarrollo de la crisis y poner en peligro al paciente, y a los que le rodean.

Por otra parte la intervención ha de tener en cuenta que la persona en crisis requiere en mayor o menor grado intervenciones en las que se facilite el proceso cognitivo y emocional del paciente para conseguir su colaboración en la resolución de la situación creada. La propia crisis es una experiencia clave para los implicados de la que tanto el sujeto que la sufre como los profesionales pueden aprender. Las habilidades de intervención en crisis definen la competencia del profesional y es necesario un compromiso continuado para mejorar la competencia.

La intervención ha de respetar los derechos del paciente y su dignidad, y por otra parte ha de concebirse como una parte del tratamiento, y no simplemente como una intervención aislada desvinculada del plan de tratamiento. En los pacientes crónicos es necesario prever el tipo de trabajo que el sujeto requerirá para contener una crisis en el futuro, diseñaremos el plan de tratamiento cuyo fin es contener la crisis.

En la intervención en crisis, y con independencia del ámbito en el que se produce (Atención primaria, E.S.M., Hospitales, Urgencias, etc.) existen diferentes tipos de actuaciones cuya realización aislada, combinada o secuen-

cial dependerá de la intensidad sintomatológica, de las circunstancias y también de la respuesta del paciente.

- **Contención verbal:** va a ser la primera medida que se tome siendo en muchas ocasiones suficiente.
- **Contención farmacológica.** si no ha sido efectiva la contención verbal.
- **Contención física** cuando han fracasado todas las medidas previas.
- **Contención y apoyo del entorno:** intervenciones destinadas a reducir la ansiedad de los familiares o personas involucradas y a conseguir su colaboración en la resolución de la crisis.
- **Medidas de protección y apoyo del paciente en crisis:** reorganización de los apoyos situacionales y familiares de la forma requerida para reducir la ansiedad o la sintomatología del sujeto.

– **Información al paciente y/o familiares.**

Informar al paciente y/o familiares del proceso que estamos realizando, los objetivos terapéuticos, donde va a ser trasladado, etc. El paciente en crisis debe de ser informado de la valoración de su situación, y del plan de intervención, incluso si esta se realiza en contra de la voluntad del paciente.

– **Resolución de la Crisis ó Ingreso Hospitalario.**

Tras las actuaciones anteriores el desarrollo del proceso puede conducir a la toma de decisión respecto al ámbito donde es más conveniente para el paciente y los intervinientes continuar las actuaciones. Si la crisis se ha producido fuera del hospital existen en principio tres opciones:

- **Contención total de la crisis.** El paciente no presenta clínica que precise intervenciones posteriores. En los casos en que sea posible dar el alta sin derivación, indicar al paciente y la familia que informe de lo ocurrido a su Médico de Atención Primaria.
- Se ha contenido la crisis pero **el paciente precisa un seguimiento** a posteriori por su patología psiquiátrica de base. Se indicará al paciente en el informe entregado que acuda al dispositivo de Asistencia Psiquiátrica correspondiente.
- **La crisis no ha desaparecido** o el paciente precisa un ingreso por la clínica que aún presenta. En este caso se procederá al traslado al hospital de referencia.

– **Documentación clínica y legal del episodio.**

Se realizará un informe completo donde conste todo el proceso asistencial que se ha llevado a cabo facilitándolo a la familia y a los dispositivos a los que se deriva al paciente. Esta documentación deberá formar parte de la Historia clínica. Asimismo será necesario realizar los partes médico-legales que sean precisos.

– **Previsión de recaídas.**

- Recordar a familiares y pacientes de la existencia del servicio 112, como centro coordinador de recursos para la atención de cualquier crisis que se presente a nivel comunitario.

- Identificar elementos de aprendizaje de la experiencia:
 - ◇ Después de una intervención en una crisis es necesario hacer una evaluación por parte de todo el equipo del proceso realizado, orientada a detectar si algo en el desarrollo del mismo no ha funcionado como se esperaba. Esto permitirá introducir si fuera necesario alguna actuación de mejora no contemplada en el protocolo.
 - ◇ Revisar la adecuación de los protocolos de seguridad utilizados, difundirlos e implementarlos entre todos los profesionales del dispositivo, de esta manera se fomentará el conocimiento de las técnicas, se coordinarán actuaciones y se disminuirá la variabilidad en la asistencia.
 - ◇ Planificar la implantación de los protocolos modificados: ensayo en el manejo y puesta en marcha del protocolo por todos los miembros del equipo, garantizando así el conocimiento del mismo por todo el personal. Todo esto impulsará la homogenización y mejora de la calidad en la asistencia al enfermo mental en situación de crisis.
- Revisar las medidas de coordinación que sea posible mejorar: Fomentar reuniones periódicas de coordinación entre las distintas estructuras que intervienen y proponer jornadas de coordinación.

5.3. SEGUIMIENTO DE LAS CRISIS.

La ocurrencia de una crisis en la historia natural de los pacientes con trastorno mental, requiere el análisis específico de los factores que las promueven y la elaboración de un plan de prevención de recurrencias que ha de ser incorporado a la historia clínica. Todo ello con la finalidad de que cada paciente, sea del dispositivo que sea, tenga su plan de tratamiento individualizado.

- En el momento del alta desde la Unidad de Hospitalización el paciente y su familia han de conocer e identificar la existencia de determinados factores de riesgo para las recaídas y la influencia de estos en la aparición y mantenimiento de las crisis, la existencia de otros factores de riesgo implicados, y las medidas a adoptar ante pródromos de crisis.
- Antes del alta del paciente y desde la unidad de hospitalización, concertar consulta con el Equipo de Salud Mental correspondiente.
- Valorar periódicamente la pertinencia de incluir al paciente en un Proceso de Gestión de Casos.
- Elaboración de un plan de prevención de recaídas. Hay trastornos mentales en los que es obligado un plan prevención de recaídas como parte de su plan de tratamiento. La falta de conciencia de enfermedad, la escasa utilización de recursos alternativos a la hospitalización prolongada y los cambios sociales de la estructura familiar, propician la falta de seguimiento a lo largo del proceso evolutivo.

Es deseable conocer el máximo de datos biográficos del paciente, tanto personales como familiares y sociales, antes de tomar la decisión sobre el tipo de actuación o acción terapéutica más idónea o acertada.

Por tanto, las acciones a realizar ante estas distintas situaciones deberán ser diferentes.

El Plan de prevención incluirá medidas de actuación ante riesgos clínicos específicos: abandono de la medicación, elevada expresividad emocional de la familia, presiones del entorno, pérdida de vínculos importantes, riesgo suicidio, riesgo de fuga, de heteroagresividad, etc.

Será así necesaria la inclusión en el Plan de Tratamiento del paciente de intervenciones psicoterapéuticas relacionadas con su respuesta a factores estresantes específicos.

- Valorar y registrar en la Historia clínica ambulatoria del paciente las necesidades psicosociales del paciente preferiblemente mediante un instrumento estandarizado de evaluación.
- El Equipo de Salud Mental de referencia ha de conocer las tareas y responsabilidades de sus profesionales ante la derivación de una persona que ha sufrido una crisis psiquiátrica. Esto es especialmente importante en los casos en los que se prevé la desvinculación del paciente de su tratamiento y de su seguimiento.
- Valoración de la necesidad de incluir al paciente y la familia en Programas de Psicoeducación en el Área Sanitaria. El objetivo es que los interesados mejoren la identificación precoz de signos de crisis. Han de incluir estrategias para disminuir la expresividad emocional de la familia.
- Valoración de la pertinencia de incluir al paciente en un Programa de Gestión de Casos.
- Identificación precoz a lo largo del seguimiento clínico de síntomas prodrómicos en la consulta o en el contexto del desarrollo del Programa de Gestión de Casos: detección de nuevos síntomas, aislamiento social, acontecimientos vitales estresantes.
- En su caso valoración de la prioridad de realizar una intervención y elaboración de un Plan de actuación entre el Facultativo responsable y otras personas del Equipo relevantes para la resolución del caso.
- En su caso aplicación del Programa de actuación ante abandonos de tratamiento o de actuación en crisis.
- Atención preferente a través de contacto telefónico, consulta presencial, visita domiciliaria, etc.
- La existencia en los ESM de un coordinador de actuaciones frente a las situaciones de crisis que apoye y organice la prioridad de las intervenciones de los gestores de casos.
- Si es procedente, estudio catamnésico en equipo tras producirse una crisis o un abandono de tratamiento.

6. Protocolo de evaluación general de riesgos en asistencia psiquiátrica

6.1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

Los procesos asistenciales en Psiquiatría, comportan riesgos asociados a la naturaleza de la patología psiquiátrica y al tipo de intervenciones necesarias, por lo que la evaluación de riesgos debe hacerse al inicio del proceso asistencial con independencia del dispositivo ambulatorio u hospitalario en que es atendido el paciente. Como señala la O.M.S.; “Los riesgos asociados a la atención sanitaria son altos y los efectos adversos pueden deberse a problemas en las prácticas, los productos, los procedimientos o los sistemas” (OMS, 2001).

La puesta en práctica de las directrices de la OMS señaladas en la cita anterior es aún más compleja en asistencia psiquiátrica pues se añaden numerosas dificultades a la hora de evaluar los riesgos. Frecuentemente es necesario tratar a personas que no tienen conciencia de tener un problema, que no desean ser tratadas, ancianos con demencias, personas que desean morir, otras con capacidad mermada para su autocuidado, etc. Por otra parte, dado que los riesgos asociados a la asistencia son altos, el análisis de los mismos debería ser sistemático, a fin de minimizar los eventos adversos (EA) y/o paliar sus consecuencias mediante la aplicación de una variedad de medidas orientadas a garantizar la seguridad de los pacientes a lo largo de proceso asistencial.

La aplicación de las medidas de seguridad en asistencia Psiquiátrica, no tiene un responsable único, sino que corresponde al conjunto de categorías profesionales en un trabajo coordinado para ser efectivo: “La seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo...”. También en palabras de la OMS “abarca casi todas las disciplinas y los actores de la atención sanitaria, y por tanto requiere un enfoque general y multifacético para identificar y gestionar riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente en cada servicio y para encontrar soluciones a largo plazo para el conjunto del sistema”.

6.2. OBJETIVOS.

- Detectar los riesgos en pacientes hospitalizados desde el momento del ingreso hasta el alta.

- Establecer medidas para prever accidentes o eventos adversos.
- Reducir la probabilidad de acciones potencialmente inseguras.
- Alertar al personal sanitario frente a la gama de problemas de seguridad.
- Elevar la calidad asistencial del proceso sanitario.
- Garantizar un marco seguro al paciente para su recuperación.

6.3. PROFESIONALES QUE DEBEN CONOCERLO Y APLICARLO.

Todos los relacionados con el proceso asistencial en las unidades de hospitalización psiquiátrica del Área de salud (U. de Agudos, U. de Convalecencia, U. de Rehabilitación): médicos, enfermeras, terapeutas, trabajadores sociales, auxiliares de clínica, administrativos, celadores.

6.4. USUARIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO.

Pacientes tratados en el conjunto de las unidades de hospitalización Psiquiátrica del área de salud: (U. de agudos, U. de Convalecencia, U. de rehabilitación) mientras dure su estancia hospitalaria o vinculación terapéutica.

6.5. ESCENARIOS CLINICOS DE APLICACIÓN.

El protocolo de Evaluación General de Riesgos se aplica al ingreso del paciente en las unidades de hospitalización psiquiátrica así como en cualquier momento del proceso asistencial en que se advierten conductas de riesgo. También ha de aplicarse antes del alta, para identificar los riesgos asociados a la misma.

6.6. PROCEDIMIENTOS Y FASES DE APLICACIÓN.

6.6.1. Análisis periódico de puntos de riesgo.

El responsable de cada unidad de hospitalización en colaboración con el Jefe de Servicio, ha de evaluar periódicamente los riesgos derivados de la estructura y funcionamiento del servicio:

- **Factores de riesgo asociados a la estructura:**
 - Valoración de los factores ambientales y de equipamiento: carencia, inadecuación del equipamiento, mala conservación y mantenimiento del medio físico donde se lleva a cabo el proceso asistencial:
 - ◊ Espacio: paredes, suelos, ventanas, puertas, etc., con medidas de protección ante caídas, golpes, incendios provocados o fortuitos.
 - ◊ Facilidad de acceso: indicadores claros, sin barreras arquitectónicas que desorienten e impidan llegar a su destino de la forma más rápida a los usuarios.
 - ◊ Luz: adecuada a la situación para la actividad y orientación de pacientes y trabajadores.
 - ◊ Mobiliario: adecuado al espacio y situación, mínimo, confortable y seguro, que no pueda ser utilizado para actuar la hostilidad.

- ◊ Instrumental y aparataje adecuados y no potencialmente lesivos, (por ejemplo contenciones mecánicas), así como custodia adecuada de material médico, de limpieza, etc.
- ◊ Medios para identificar al paciente: pulseras, etc.
- Valoración de los factores humanos: recursos humanos para la tarea asistencial.
 - ◊ Grado de competencia profesional y cualificación de todo el personal para afrontar sus responsabilidades laborales, incluido el entrenamiento del personal suplente.
 - ◊ Ratio profesional/paciente, turnos, fatiga y estrés.
 - ◊ Garantía de formación continuada y de atención al personal con ocasión de la aparición de acontecimientos indeseados.
- **Factores de riesgo asociados al proceso asistencial:**
 - Ausencia de protocolos específicos de:
 - ◊ Evaluación general de riesgos
 - ◊ Recogida y traslado seguro de pacientes
 - ◊ Protocolo de garantía de derechos en la hospitalización
 - ◊ Protocolo de evaluación e intervención en pacientes con riesgo de suicidio y autolesiones
 - ◊ Atención a pacientes con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales
 - ◊ Actuación ante pacientes con riesgo de fuga
 - ◊ Aplicación de medidas restrictivas
 - ◊ Actuación ante riesgo de accidentes/caídas
 - ◊ Prevención y actuación ante incendio
 - ◊ Protocolo de consentimiento informado
 - ◊ Actuación ante pacientes con mala evolución
 - ◊ Protocolo de observación y vigilancia.
 - Grado de eficiencia en la gestión de la información: grado de comunicación entre el personal y coordinación del equipo para transmitir información sobre incidentes relacionados con la seguridad, así como barreras existentes a la comunicación y la disponibilidad de la información pertinente cuando es precisa para el trabajo en equipo.
 - Grado de adecuación o inexistencia de procedimientos de actuación ante la ocurrencia de acontecimientos no controlables: ej. Un corte de suministro eléctrico puede posibilitar caídas, desorientación, fugas, etc.
 - Grado de adecuación o inexistencia de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad y/o eventos adversos (EA).

6.6.2. Evaluación de factores individuales de riesgo a lo largo del proceso asistencial.

– Identificación del paciente hospitalizado.

La identificación inadecuada de pacientes es una causa importante de complicaciones, errores y efectos adversos en la administración de medicamentos, pruebas diagnósticas, transfusiones, etc. Esta verificación de la identidad no es suficiente que sea sólo verbal ya que en el caso de los pacientes psiquiátricos son frecuentes los estados confusionales, síndromes de demencia, ancianos con déficits sensoriales, etc.

Es por tanto necesario disponer al menos de dos identificadores distintos para cada paciente, principalmente nombre y apellidos junto a pulseras o brazaletes, de material resistente a la tensión e indelebles, con cierre de seguridad en los que conste el nombre completo del paciente, número de historia clínica y fecha de nacimiento.

Suele ser en el Servicio de Admisión (Urgencias-Ingresos) donde se imprimen estas pulseras identificativas y donde se facilitan al servicio de urgencias, o a la unidad de psiquiatría en los casos de ingresos programados.

El método de identificación ha de ser colocado por el enfermero/a que recibe al paciente en urgencias en el momento triaje o por el enfermero/a que realiza la acogida del paciente en la planta. En ambos casos estos profesionales comprobarán los datos recogidos en la pulsera. También enfermería informará al paciente de la necesidad de llevar el brazalete durante la estancia en el hospital. Se colocará en la muñeca (o en su defecto en el tobillo) y sólo se retirará cuando el paciente sea dado de alta. En la medida de lo posible se evitará la identificación mediante el número de habitación.

Otra medida de identificación del paciente es su presentación a todos los miembros del equipo en el momento de su admisión en la unidad de hospitalización. De esta manera los profesionales asocian mejor la imagen al nombre y a los procedimientos a realizar.

– Verificación de objetos peligrosos, retirada y depósito.

Para garantizar la seguridad del propio paciente, así como de otros pacientes y del personal sanitario, se debe prevenir la tenencia en el recinto hospitalario de objetos que puedan utilizarse de forma peligrosa (navajas, cuchillos, cuchillas de afeitarse, colonias, gel y champú, frascos de cristal, objetos punzantes, cordones y cinturones, mecheros, llaves, líquidos corrosivos y comida ajena al servicio, medicamentos, sustancias de abuso, etc.). Este procedimiento se ve facilitado si la unidad posee un listado de verificación de objetos peligrosos y sus resultados anotados en la historia clínica.

En el Servicio de Urgencias, en la Unidad de destino o en el lugar establecido por la dirección al efecto se pedirá a los pacientes que entreguen en depósito dichos objetos, que serán entregados al familiar acompañante, o custodiados en depósito en el lugar destinado a tales efectos.

En el caso de negativa por parte del paciente se solicitará la colaboración de los acompañantes, y en su defecto del Servicio de Seguridad del propio Hospital, para retirar los objetos potencialmente peligrosos.

El hospital deberá garantizar la guardia y custodia de dichos objetos durante la estancia del paciente, así como su devolución en el momento del alta. Para ello deberá adecuar procedimientos que respondan de este depósito con un registro de identificación segura de objetos, número de depósito, paciente que los entrega, fecha de recepción y hora etc.

– **Valoración de los factores de riesgo de accidentes/caídas.**

En el estudio realizado por el NHS del Reino Unido los accidentes son el tipo de incidente más común (34,7%) de los notificados al “Observatorio de Seguridad del Paciente” del Reino Unido (2005). El ingreso de un paciente en las instituciones sanitarias supone siempre un riesgo, independiente del proceso por el que ingresa. Durante el paso por las instalaciones de la institución pueden suceder incidentes imprevistos que originen lesiones y entre estos se destacan por su morbilidad y secuelas, las caídas.

Los accidentes notificados al “Observatorio de Seguridad del Paciente” del Reino Unido incluyen resbalones, caídas y tropiezos (80,9%), choque/golpe con un objeto (9,3%), exposición al frío o calor, lo que incluye fuego (4,2%), contacto con objetos cortantes, incluye agujas (1,6%), accidentes de tráfico con ambulancia/atropello (0,1%), exposición a sustancias peligrosas (0,5%), tratamiento/manejo inadecuado del paciente (0,4%), y otros (3%). El riesgo de accidentes y caídas en los pacientes psiquiátricos se asocia con mayor frecuencia a las dosis altas de medicación psicotrópica, a la polimedicación, a los estados confusionales, la edad, el deterioro cognitivo, la desnutrición, la desorientación, los antecedentes de caídas previas, etc.

Las estrategias en prevención de caídas han de ser introducidas rutinariamente en los servicios de salud mental, especialmente para pacientes gerontopsiquiátricos y los que presentan antecedentes de caídas. Las personas que poseen factores de riesgo han de recibir múltiples intervenciones dirigidas a reducir dichos factores y crear un entorno más protector. El personal, los pacientes y los familiares han de acordar el equilibrio entre las medidas a adoptar y el derecho a la intimidad del paciente, especialmente en lo referente a las atenciones en baños y aseos.

– **Valoración de los factores clínicos de riesgo al ingreso.**

Esta valoración implica la identificación de factores de riesgo asociados al cuadro clínico. El ingreso para un paciente que llega a una unidad de psiquiatría conlleva los mismos problemas de seguridad que los existentes al ingresar en otras unidades diferentes, pero además se suman riesgos específicos en virtud de la propia naturaleza del trastorno, del nivel de competencia o discapacidad del paciente o de su escasa conciencia de enfermedad.

Así, el psiquiatra de guardia o el facultativo responsable del caso deberá valorar sistemáticamente en la entrevista inicial, y anotar en la historia clínica, los factores riesgo asociados al cuadro clínico (de fuga, suicidio, agresiones, caídas, etc.). Junto al examen del estado mental del paciente será preciso establecer un procedimiento de verificación sistemática de factores de riesgo, entre otros:

- Antecedentes familiares y personales de suicidio, autolesiones, actos delictivos, consumo de sustancias, conductas de riesgo, accidentes o trastornos mentales previos.
- Limitaciones físicas y sensoriales (visuales, auditivas, etc.).
- Patología concomitante: enfermedades crónicas, adicción a sustancias, alcohol, etc.
- Pérdidas afectivas
- Condiciones /recursos socio-familiares: pareja estable, apoyos sociales, etc.
- Condiciones laborales: problemas en la actividad laboral/jubilación, etc.
- Grado de voluntariedad al ingreso o al inicio del tratamiento.
- Pensamientos, planes, conductas o intencionalidad suicida.
- Verbalización deseo de morir, de fugarse, de agredir a otros, conductas negativistas, etc.
- Signos de alarma de violencia inminente (agresividad verbal, tensión muscular...).
- Evidencia de desesperanza, anhedonia.
- Trastornos cognitivos.
- Crisis psicosociales agudas o factores estresantes psicosociales crónicos, incluyendo la violencia de género, malos tratos, abusos sexuales, etc.
- Desorientación/cuadros confusionales.
- Capacidad disminuida de autocuidado.
- Impulsividad.
- Actitudes no adecuadas del paciente o familiares.

Así mismo ha de estimarse la pertinencia de incluir escalas para valorar la desesperanza, la ideación suicida, la impulsividad como las escalas de Bech y Pluchnik, la Escala de riesgo de caídas de Downton, etc. La recogida de estos datos orientará hacia factores de riesgo de fuga, suicidio, agresión, accidentes/caídas, etc. El paciente en su caso, será asignado a uno o varios de los protocolos de actuación específicos que se contemplan en esta guía y que se analizarán más adelante.

– **Valoración del riesgo de vulnerabilidad sexual.**

Existe necesidad de aumentar la conciencia en el riesgo existente de la vulnerabilidad sexual de los pacientes psiquiátricos hospitalizados, y por tanto de incrementar su protección. Hay que proteger al paciente tanto de su propio comportamiento como de las agresiones sexuales de otros pacientes. Los riesgos de un comportamiento sexual inapropiado o vulnerabilidad al acoso sexual, se debe considerar como parte de la evaluación inicial del paciente y será reevaluada regularmente. Esta evaluación tendrá en cuenta que tanto hombres como mujeres están en riesgo. Deben estar disponibles servicios de información y contracepción y salud sexual, especialmente en

las unidades de Convalecencia y Rehabilitación psiquiátricas, en las que se efectúan estancias medias y prolongadas.

– **Valoración de riesgos al alta.**

Desde el momento en el que el facultativo percibe una mejoría clínica que justificaría el alta, conviene poner en marcha un conjunto de procedimientos al efecto que garanticen la comunicación con los profesionales del siguiente nivel de atención para lograr un traspaso seguro del paciente. Parte de este procedimiento es la formalización de la fecha de la siguiente cita para el paciente antes de su salida del centro.

En el procedimiento de alta se incluye la discusión con el paciente sobre las circunstancias del alta y los diferentes extremos relacionados con la misma. También la valoración de los factores de riesgo, clínicos y psicosociales que pueden afectar a la cumplimentación del tratamiento, las recaídas o la reanudación de hábitos perjudiciales.

La valoración de estos riesgos es importante que se haga sistemáticamente en colaboración con enfermería y trabajo social, e incorporarse al conjunto de medidas diseñadas para mantener la mejoría tras el alta hospitalaria. En su conjunto esto supone la elaboración de un Plan de alta, que se deberá explicar al paciente y familiares implicados, así como los dispositivos asistenciales en los que habrá de continuar su tratamiento.

En el informe de alta médico y de enfermería deberán constar los factores de riesgo identificados en el paciente (tendencia a fuga, tentativa de suicidio, caídas, agresiones y otros riesgos) si los hubiere. Cuando el destino sea el domicilio se hará constar por escrito el tratamiento y plan post-alta de forma clara y precisa, de manera adaptada a la comprensión del enfermo y entorno familiar para facilitar la adherencia al tratamiento. Para dar continuidad al tratamiento también debe ocupar un lugar visible y legible la fecha y hora de revisión, quien la va a realizar y dónde.

6.6.3. Análisis de los efectos adversos acaecidos

La tabla de Análisis causal de errores en Asistencia Sanitaria (Health care Failure mode and effects analysis-HFMEA-2) es un instrumento de elección para valorar los efectos adversos (EA) y ponerlos en relación con las causas que lo motivaron (factores de riesgo). Permite extraer aprendizajes y emprender acciones para reducir futuras ocurrencias. Los pasos del procedimiento incluyen definir el tema, reunir al equipo, diagramar el equipo, analizar los riesgos, acciones y resultados. (Tabla 2).

6.7. PERIODICIDAD DE LA REVISIÓN EN CADA CENTRO:

Bianual.

Tabla 1. Protocolo de valoración general de riesgos

ACCIÓN	TIEMPO	CONTENIDO	RESPONSABLE	INSTRUMENTO	RESULTADO
Verificación objetos peligrosos retirada y depósito	1ª hora	Búsqueda de objetos punzantes, cuchillas, etc.	Personal sanitario	Listado de verificación	Anotación en Hª clínica con fecha y firma. Depósito en lugar seguro
Valoración del riesgo de accidentes	Al ingreso	Prevenir al paciente de una caída/accidente	Psiquiatra y Enfermera/o	Escala de riesgo de caídas de J.H. Downton	Registro en Hª Clínica y aplicación del protocolo específico
Valoración de riesgos clínicos	Antes de 3 horas y cualquier momento del proceso asistencial	Valoración de riesgos clínicos: suicidio, agresión, fuga, accidentes, autolesiones, etc.	Psiquiatra de guardia o facultativo responsable. Enfermería	Escala de desesperanza de Beck, Escala de impulsividad de Plutchnik, etc.	Anotación en Hª clínica con fecha y firma. Asignación a protocolos específicos
Valoración del riesgo de vulnerabilidad sexual	Al ingreso y en cualquier momento del proceso asistencial	Protección del paciente de su propio comportamiento, y/o de las agresiones sexuales de otros pacientes	Psiquiatra Enfermera/o Personal sanitario Personal de vigilancia	Entrevista clínica Listado de desencadenantes en términos de gravedad.	Aplicación de protocolo de observación y vigilancia
Identificación segura del paciente	Al ingreso y Antes de 1ª administración de medicación	Asignación de los identificadores	Enfermera/o	Pulseras, brazaletes, nombres y apellidos, etc.	Anotación en libro de registros y hojas de medicación
Valoración de riesgos al alta	3 días antes del alta	Valoración de riesgos clínicos, adherencia al tratamiento, psicosociales	Psiquiatra Trabajador social Enfermería	Escala de desesperanza de Beck, Escala de impulsividad de Plutchnik, Necesidades psicosociales de Camberwell...	Plan post-alta Coordinación con dispositivos asistenciales

**Tabla 2. Análisis causal de errores en asistencia sanitaria.
“Health care failure mode and effects analysis-hfmea (2)”**

	EA 1	EA 2	EA 3
Proceso y subproceso En el que se advierte riesgo o se manifiesta un efecto adverso (EA)			
¿Qué puede pasar? ¿Qué riesgo puede provocar un EA? ¿Qué EA ha ocurrido?			
Causas ¿Cuál es la sucesión de hechos que han desencadenado el EA?			
Efectos Consecuencias del EA sobre el paciente, personal sanitario y entorno			
Severidad Grados según escala			
Probabilidad Según escala			
Puntuación Según matriz			
Acciones para reducir el error Cómo podemos disminuir su frecuencia			

PUNTUACIÓN DE LA SEVERIDAD		PUNTUACIÓN DE LA PROBABILIDAD	
1	Menor	1	Remota (puede ocurrir en 5 a 30 años)
2	Moderado	2	Infrecuente (puede ocurrir en alguna ocasión en 2 a 5 años)
3	Mayor	3	Ocasional (puede ocurrir varias veces en 1 o 2 años)
4	Catastrófico resultado	4	Frecuente (puede ocurrir varias veces en un año)

1. Clave para la puntuación del cómputo de riesgo
2. Riesgo = Puntuación de la severidad x Puntuación de la probabilidad

MATRIZ DE PUNTUACIÓN DE RIESGO				
Los marcados en gris (8 y mayor) deberían tener la máxima prioridad				
PROBABILIDAD	SEVERIDAD DEL EFECTO			
	Catastrófico	Mayor	Moderado	Menor
Frecuente	16	12	8	4
Ocasional	12	9	6	3
Infrecuente	8	6	4	2
Remoto	4	3	2	1

7. Protocolo de recogida y traslado seguro de pacientes

7.1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

La atención a las situaciones de crisis que se producen en la comunidad es competencia del sistema sanitario. Sin embargo, y especialmente en casos de urgencia, estas crisis presentan peculiaridades que incrementan notablemente la complejidad de las intervenciones con respecto a otras patologías, al implicar aspectos no sólo sanitarios, sino jurídicos y de orden público. Las dificultades más frecuentes suelen estar relacionados con los siguientes aspectos de la intervención:

- Las características del paciente con trastorno mental al que en muchas ocasiones le cuesta colaborar, optando por actitudes opositoras pasivas o activas, no exentas de riesgos para él mismo o para los demás. Esta circunstancia es la que más influye en la complejidad diferencial de la urgencia psiquiátrica, pues añade a la atención sanitaria una dimensión de protección y garantía de derechos. Por ejemplo los casos extremos, aunque no infrecuentes, de aplicación de protocolos de contención física o de entrada en el domicilio del paciente sin su consentimiento.
- Dificultades en la coordinación, ya que es necesaria la intervención de mayor variedad de recursos humanos cuyas competencias, a veces dependientes de distintos dispositivos y administraciones, no están suficientemente especificadas. Hay muchos agentes que necesitan actuar coordinadamente: al margen del propio paciente y de sus allegados, los profesionales del Centro de Coordinación de Urgencias y Emergencias (“112”), del Equipo de Atención Primaria, del Equipo de Salud Mental, de los Servicios Hospitalarios de Urgencias y de Psiquiatría, de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad y, en ocasiones, del Juzgado de Guardia.

Las complicaciones derivadas de estas dificultades añadidas hacen necesaria la elaboración e implantación de procedimientos de intervención coordinada, que clarifiquen los recursos precisos, las tareas, competencias y responsabilidades, y los mecanismos de coordinación en las situaciones de urgencia psiquiátrica con necesidad de traslado.

Es importante en las intervenciones de urgencia tener claras las prioridades a la hora de atender a un paciente en estas condiciones. Se recomienda actuar siguiendo un orden:

- **Intervenciones generales destinadas a garantizar la seguridad del paciente**, profesionales, familiares y otras personas que se pueden ver afectadas. Han de aplicarse durante todo el proceso asistencial, y en cualquier momento del mismo, siempre que sea preciso.
- **Intervenciones generales destinadas a estabilizar el estado físico del paciente**. Las urgencias psiquiátricas conllevan en algunos casos un riesgo vital para el paciente. Por ello este tipo de intervenciones han de aplicarse durante todo el proceso asistencial, y en cualquier lugar del mismo, siempre que sea preciso.
- **Intervenciones especializadas destinadas al diagnóstico y tratamiento específicos del trastorno mental subyacente**. Normalmente en este nivel se va a intervenir en los centros sanitarios donde se encuentran emplazados los dispositivos de Salud Mental, y siempre que se hayan logrado los dos pasos previos de la intervención.

7.2. OBJETIVOS.

- Garantizar la seguridad del paciente y de las personas implicadas durante el traslado urgente de la persona en crisis, respetando en todo momento el marco legislativo vigente.
- Realizar procedimientos coordinados de intervención entre los distintos agentes que intervienen en la atención en crisis psiquiátricas, que precisan traslado sanitario urgente.

7.3. PROFESIONALES QUE DEBEN CONOCERLO Y APLICARLO.

Los profesionales implicados en el traslado urgente de pacientes con trastorno mental son diversos (*Tabla 1*) y sus funciones deben estar bien delimitadas para lograr una intervención coordinada, rápida y eficaz.

Tabla 1. Recursos humanos implicados en el traslado urgente de pacientes con trastorno mental.			
SANITARIOS		NO SANITARIOS	
Ambulatorios	Hospitalarios	Dispositivos sanitarios	Dispositivos no sanitarios
Médicos del EAP, del “112” y especialistas del ESM. Enfermería del EAP, “112” y del ESM.	Médicos del Servicio de Urgencias. Especialistas. Enfermería hospitalaria.	Personal celador de los hospitales y Centros de Salud. Personal administrativo del hospital (Servicio de Admisión, Secretaría) Personal de seguridad hospitalario.	Personal de los CFS del estado. Personal judicial (forense, juez de guardia). Otros (ej. bomberos).

7.4. USUARIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO.

La puesta en marcha del protocolo de traslado desde los dispositivos de Atención Primaria y Salud Mental se activa cuando el facultativo responsable de la asistencia estima que, para valorar o tratar un trastorno mental, es necesario proceder al desplazamiento de una persona a un dispositivo concreto de atención sanitaria especializada. Las causas principales por las que un usuario puede requerir un traslado urgente son tres básicamente.

- **Riesgo vital de causa física** que ha sido producida en el contexto de un trastorno mental, (ej. intoxicación medicamentosa, politraumatismo, etc.). En este caso han de priorizarse las intervenciones encaminadas a estabilizar el estado físico del paciente durante el desplazamiento.
- **Riesgo de daños propios o para otros debidos al estado mental del paciente** atribuible a las características del trastorno mental que padece.
 - Daños para si mismo: riesgo suicida, de autolesiones intencionadas, actitudes imprudentes no intencionadas de riesgo, descuido alarmante en el cuidado personal (ej. en depresiones o psicosis graves), etc.
 - Daños a los demás: tendencias agresivas, amenazas, comportamiento de acoso, actitudes imprudentes no intencionadas pero con riesgo para otras personas, etc.
 - Alteraciones del orden público. Todos aquellos comportamientos que aunque no comporten riesgo grave perturban de forma significativa las normas de convivencia establecidas.
- **Ambos tipos de riesgo.** No es infrecuente que las personas que se autolesionan físicamente tengan también otras conductas de riesgo.

7.5. ESCENARIOS CLÍNICOS DE APLICACIÓN.

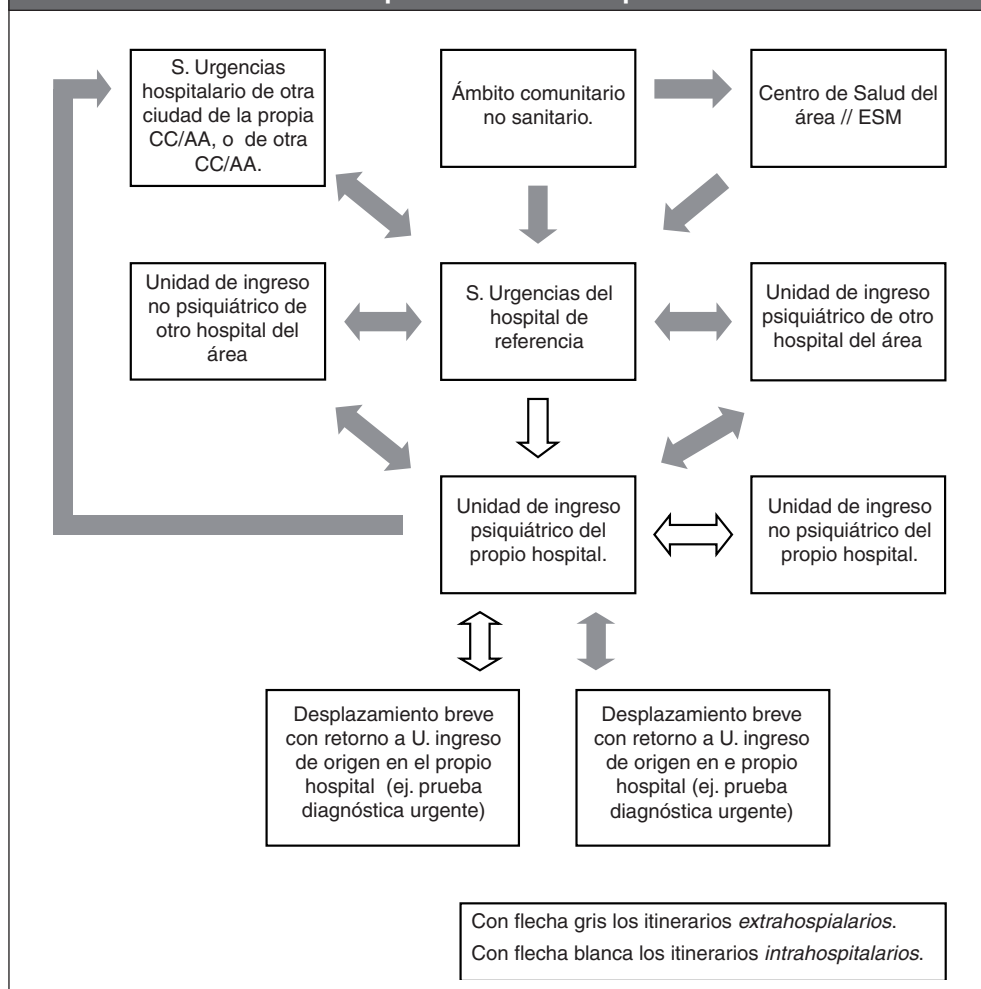
Los escenarios de aplicación corresponden a los diversos itinerarios que recorren los pacientes que precisan atención urgente por trastorno mental, siendo el transcurso de unos en el medio intrahospitalario y otros fuera del mismo. Por otra parte si nos atenemos a su duración podemos clasificarlos en definitivos o no definitivos. Es necesario conocerlos y estar familiarizado con los recursos que precisa cada uno de ellos para lograr un traslado seguro.

7.5.1. Tipos de traslado en pacientes con trastorno mental según el itinerario.

- **Traslados (o desplazamientos) psiquiátricos extrahospitalarios urgentes.**

Son aquellos en los que los itinerarios que realiza la persona con trastorno mental transcurren en buena parte fuera de los dispositivos hospitalarios, precisando para el transporte de un vehículo sanitario. Los tipos de trayectos extrahospitalarios y los dispositivos implicados se pueden ver en el Gráfico 1.

Gráfico 1. Tipos de itinerarios durante el traslado urgente extrahospitalario e intrahospitalario



– Traslados (o desplazamientos) psiquiátricos intrahospitalarios urgentes.

Son desplazamientos en los que no es necesario salir de los dispositivos hospitalarios para atender al paciente, ya que el lugar de origen de la urgencia y el lugar de destino se encuentran en el mismo emplazamiento. Los tipos de trayectos intrahospitalarios y los dispositivos implicados se pueden ver en el Gráfico 1.

7.5.2. Tipos de traslado según su duración.

– Definitivos.

El paciente causa alta del dispositivo de origen o ingresa en el dispositivo de destino.

– **Transitorios o no definitivos.**

El paciente no causa alta del dispositivo de origen y no ingresa en el dispositivo de destino, regresando al primero tras someterse a la intervención o exploración urgente que precise. Es el caso de pacientes internados que precisan de una prueba diagnóstica (ej. de neuroimagen, etc.) o terapéutica que debe ser aplicada fuera del dispositivo de internamiento, debiendo desplazarse el paciente a otro dispositivo o unidad del propio hospital o de otro hospital.

7.6. TRANSPORTE SANITARIO.

El traslado del paciente debe realizarse en las condiciones óptimas de seguridad, para lo cual es necesario seleccionar bien el medio de desplazamiento siendo el facultativo responsable quien debe determinar el medio.

7.6.1. Medios de desplazamiento y de transporte de pacientes con trastorno mental.

- En los itinerarios que transcurren dentro del ámbito intrahospitalario son las sillas de ruedas, las camillas y las camas. El facultativo debe concretar también si deben llevar correaje homologado.
- En los traslados en el medio extrahospitalario los medios de transporte habituales en los casos que nos ocupan son las ambulancias, aunque la GRS dispone de helicópteros medicalizados para llegar a emplazamientos inaccesibles o para casos de necesidad de traslado en un tiempo inferior al que se tardaría en ambulancia.

7.6.2. Tipos de ambulancias en la atención urgente en los trastornos mentales.

En los casos de urgencias en el medio extrahospitalario, su provisión compete al sistema sanitario y su activación al Centro Regional Coordinador de Urgencias y Emergencias a través del teléfono “112”. En el caso de los traslados interhospitalarios, después de que el facultativo responsable de la asistencia del caso indique el desplazamiento y las condiciones del mismo, la activación de transporte corresponde al Servicio de Admisión del hospital de origen que se pondrá en contacto con el Servicio de Admisión del hospital receptor a tal fin.

El vehículo de transporte debe ser adecuado y proporcional a la situación clínica del paciente, por lo que la puesta a disposición de uno u otro sistema se realizará una vez evaluada la situación de base pudiendo asignarse:

- Ambulancia con soporte vital básico. Es un medio de uso común durante el traslado urgente de pacientes con trastorno mental que pueden presentar conductas de riesgo, pero en los que no hay peligro de riesgo vital por motivos físicos o tóxicos. Se trata de una ambulancia asistencial normalizada con medidas de sujeción obligatorias homologadas. Estas ambulancias disponen de medios técnicos, diagnósticos y terapéuticos básicos y con un profesional Técnico de Transporte Sanitario. El “112” dota estos vehículos con personal sanitario (médico o enfermería).
- Transporte sanitario especial. En el caso de pacientes con trastornos mentales suelen utilizarse menos, excepto en los casos de pacientes en riesgo

vital tras intentos autolíticos (por ejemplo autointoxicaciones medicamentosas con intención suicida). Se trata de Unidades Móviles Medicalizadas de Emergencias (UME), también denominadas ambulancias con soporte vital avanzado (SVA). Estas ambulancias están dotadas de personal médico de emergencias y equipadas con técnicas diagnósticas y terapéuticas más especializadas en la atención de casos que presentan un trastorno físico agudo que supone un riesgo vital.

En la *Tabla 2* se resumen las características de los dos tipos fundamentales de vehículos sanitarios en la atención de urgencias por trastorno mental.

Tabla 2. Tipos de transporte sanitario en el traslado de urgencias por trastorno mental.		
	Ambulancia con soporte vital básico (SVB)	Ambulancia con soporte vital avanzado (SVA/ UME)
Medidas de sujeción homologadas	Sí	Sí
Medios diagnósticos y terapéuticos	Elementales	Más especializados en situaciones de riesgo físicos.
Conductor con categoría de técnico de transporte sanitario.	Sí	Sí
Personal sanitario	Enfermera/o o Médico	Médico
Tipo de paciente en el que están indicadas (ver <i>Tabla 5</i>)	Tipo II	Tipo III y IV

7.7. PROCEDIMIENTOS Y FASES DE APLICACIÓN EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO.

Los traslados de pacientes motivados por trastorno mental desde el medio ambulatorio hasta el medio hospitalario suelen tener como dispositivo de destino el Servicio de Urgencias del Hospital de referencia en el área. Los pasos más relevantes del procedimiento de intervención de los profesionales, vienen referidos en la *Tabla 3*.

7.7.1. Origen de la demanda.

La solicitud urgente inicial de recursos asistenciales sanitarios que pone en marcha el procedimiento de atención y traslado, para un paciente que se encuentra fuera de dispositivos asistenciales, suele realizarse por cualquiera de los siguientes agentes no sanitarios dependiendo del ámbito comunitario en el que produzca la crisis.

- El propio paciente.
- Familiares o allegados.
- Otras personas presentes en el momento de los acontecimientos.
- Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.
- Servicios Sociales.

7.7.2. Intervención del Centro Coordinador de la demanda de Atención Urgente por Trastorno Mental.

En nuestra Comunidad, ante una crisis o urgencia sanitaria en el entorno comunitario se suele solicitar la intervención del Centro Regional de Coordinación de Urgencias y Emergencias a través del teléfono “112”. Este centro es el encargado de la coordinación de todas las situaciones de urgencia y emergencia que requieran movilización de dispositivos de asistencia, de transporte y de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad. Sus funciones vienen referidas en la *Tabla 6*.

Disponer de un procedimiento específico facilita la intervención para pacientes en crisis por trastorno mental en las que sea presumible la existencia de un riesgo grave e inminente para el paciente, otras personas o enseres.

Tabla 3. Protocolo de recogida y traslado seguro de pacientes desde el medio ambulatorio hasta el medio hospitalario.	
PROFESIONAL	INTERVENCIONES
Centro R. de Coordinación de Urgencias “112”	<ul style="list-style-type: none"> – Valoración telefónica inicial y clasificación de la solicitud de atención. – Movilización y coordinación de los recursos humanos (EAP, otro personal sanitario, CFS, etc.) y materiales (tipo de vehículo de transporte).
Equipo de atención primaria (EAP)	<ul style="list-style-type: none"> – Recepción de la demanda y desplazamiento al lugar de atención. – Valoración inicial de la demanda, y decisión de la pertinencia de la intervención y recabar, si procede, el consentimiento informado. – Solicitud de los recursos necesarios directamente o a través del “112”. – Recabar si es necesario de juzgado de guardia la autorización para entrar en el domicilio del paciente en contra de su voluntad. Si el paciente se fuga y se prevén conductas peligrosas se informará al juez de guardia y a los CFS. – Indicar y aplicar, con la ayuda de los CFS, si es necesario la contención farmacológica y física en origen. – Solicitar si es necesario asesoramiento especializado al ESM en horario laboral o al hospital en horario de guardia. – Indicar el traslado si procede, y las condiciones del mismo, al Servicio de Urgencias del hospital de referencia. – Tareas administrativo asistenciales: Informe de asistencia (<i>Tabla 4</i>) para el dispositivo de destino, cumplimentar agenda de incidencias.
Equipo de Salud Mental (ESM).	<ul style="list-style-type: none"> – En horario laboral, supervisión indirecta, o atención directa similar al EAP (pero en horario laboral, y dentro del Centro de Salud). – Información telefónica al psiquiatra del dispositivo de destino si se prevé internamiento psiquiátrico.
Cuerpos y Fuerzas de Seguridad (CFS)	<p>Funciones posibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prevenir riesgos, reducción- contención del paciente agitado. – Acompañamiento al transporte sanitario en vehículo oficial a petición del facultativo. – Comunicación breve a sus superiores y registro en agenda de incidencias.
Personal de traslado	<ul style="list-style-type: none"> – Transportar de forma segura al paciente hasta el hospital de destino. – Entregar informe de asistencia e informar verbalmente de las características del caso al personal destino con para su priorización y atención.

El Centro Coordinador realiza una valoración telefónica inicial con la finalidad de concretar las características de la demanda que se solicita, para después proceder a la movilización de los recursos necesarios para la intervención:

- El Equipo de Atención Primaria (EAP).
- El transporte sanitario adecuado a la situación. Aunque en muchos casos esta opción podrá ser decidida por el médico del EAP tras realizar una valoración inicial del caso.
- Los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad. En muchos casos esta opción podrá ser decidida por el médico del EAP tras realizar una valoración inicial del caso.

7.7.3. La intervención del Equipo de Atención Primaria (EAP).

El EAP debe disponer de recursos y de un protocolo específico de intervención para las urgencias por motivo de trastorno mental que se produzcan en el horario de atención de 8 a 15 horas de lunes a viernes laborales. Las funciones del EAP en estos casos son las siguientes:

- Recepción de la demanda de atención, cuyo origen puede ser el propio paciente, familiares y allegados, 112, los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, los Servicios Sociales, etc. El lugar en el que se produce puede ser dentro o fuera de los dispositivos de atención sanitaria, por lo que deben existir procedimientos de intervención en ambos casos.
- Desplazamiento hasta el lugar de atención. Para aquellos casos en los que la urgencia se produce fuera de los dispositivos sanitarios, siendo lo ideal utilizar un transporte del Centro de Salud al que está adscrito.
- Valoración inicial del caso. Se recabarán lo más rápidamente posible los antecedentes y se valorará la situación clínica del paciente. Se evaluará también el grado de colaboración que el paciente puede ofrecer en el procedimiento diagnóstico y en las medidas terapéuticas, así como el riesgo que su estado representa para sí mismo y para los demás.
- Decisión de la pertinencia de una intervención urgente. Una vez realizada una evaluación inicial del caso, el médico del EAP debe determinar si procede o no una intervención sanitaria urgente.
- Solicitud de los recursos necesarios. Si tras la evaluación se estima indicada la atención sanitaria urgente, el facultativo debe requerir los recursos y ayuda necesaria para lograr una intervención rápida, eficaz y segura.
- Decisión de solicitar el auxilio de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad. Si se presume o se comprueba que la conducta del paciente, o su oposición a ser atendido o trasladado, puede poner en peligro la integridad física de las personas y la conservación de bienes materiales, o provocar una alteración del orden público, el médico del EAP podrá solicitar el auxilio de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad sin necesitar ningún trámite previo con el Juzgado, de manera directa o a través del “112”, si dicha intervención no ha sido solicitada previamente por el Centro de Coordinación.
- Decisión de la pertinencia de contención y del tipo (física y farmacológica) siguiendo lo establecido por las guías de recomendaciones existentes a tal

fin. Se asume que para aplicar una contención química o farmacológica debe garantizarse previamente la seguridad de paciente, del personal y de terceras personas, por lo que el médico responsable de la intervención, para proceder, debe asegurarse con antelación de que se cuenta con los recursos necesarios –arquitectónicos, materiales, humanos (incluyendo los CFS si fuera preciso), organizativos (protocolos y/o vías de contención química y física) y que a lo largo del proceso se van a respetar los derechos del paciente.

- Evaluación diagnóstica y orientación terapéutica. Una vez que se puede garantizar la seguridad de la intervención, se puede profundizar en el diagnóstico y en la orientación del tratamiento. Para ello se puede recabar, si se estima necesario, asesoramiento especializado, siendo siempre la decisión final responsabilidad del facultativo del EAP.
- Solicitud de asesoramiento especializado. Este asesoramiento no ha de sustituir la valoración inicial. Aunque no es estrictamente necesario, siempre que el profesional médico del EAP lo estime oportuno, podrá solicitar asesoramiento especializado por teléfono, a través del teléfono 112 o bien indicando el desplazamiento del paciente al ESM (en horario laboral de lunes a viernes, de 8 a 15 horas) o al Servicio de Urgencia del hospital de referencia (en horario de guardia).
- Decisión de indicar el traslado cuando se requiera. El médico del E.A.P. procederá a valorar en función de cada caso la necesidad de traslado del paciente. Para ello se pondrá en contacto con el “112” con la finalidad de que este Centro de Coordinación movilice los recursos necesarios para proceder al desplazamiento. El traslado en contra de la voluntad de una persona con enfermedad lo decide el Médico responsable de la atención de dicho enfermo.

Tabla 4. Contenidos del informe médico para el traslado.

DATOS RELATIVOS A LA ASISTENCIA	DATOS RELATIVOS AL TRASLADO
<ul style="list-style-type: none"> – Datos del dispositivo que atiende. – Datos de identificación del paciente. – Fecha, hora y lugar de la atención. – Motivo de la intervención (especificando si fue por requerimiento judicial). – Antecedentes del paciente. – Breve descripción clínica del episodio, realizando una estimación del riesgo. – Si se contó con supervisión especializada. – Diagnóstico provisional. – Medidas tomadas durante la intervención previa al traslado, concretando especialmente los protocolos de contención física y farmacológica, y la colaboración de los CFS. – Datos del médico y firma. 	<ul style="list-style-type: none"> – Indicación de la necesidad de traslado. – Lugar de destino. – Tipo de transporte sanitario (ver Tabla 2). – Personal sanitario necesario durante el desplazamiento (ver Tabla 1). – Necesidad de acompañamiento familiar. – Necesidad de acompañamiento de los CFS. – Necesidad de protocolos de contención física y química y pautas para su aplicación durante el traslado. – Constancia escrita de que dichas medidas restrictivas son de índole terapéutica y el motivo de las mismas. – Otro tipo de medidas terapéuticas durante el traslado.

- El facultativo responsable de la asistencia debe realizar un informe clínico firmado (Tabla 4) para el dispositivo de destino.
- Para finalizar, el facultativo anotará el episodio en la Historia clínica y en la agenda de incidencias del EAP a fines de registro de actividad.

7.7.4. Intervención del equipo de Salud Mental (ESM).

El ESM se considera el dispositivo de referencia para la atención de los casos que requieren consulta preferente por estar en pródromos de crisis o para aquellos pacientes en crisis en las cuales el paciente solicita consulta en el Centro de Salud Mental en horario de 8 a 15 horas de lunes a viernes en días laborables.

La intervención del ESM puede ser de dos tipos:

- Atención indirecta (supervisión telefónica). La misión del ESM en estos casos es el asesoramiento al E.A.P. o a la familia en aquellos aspectos del proceso de atención psiquiátrica. Se produce en los casos en que la familia o el E.A.P. solicitan interconsulta telefónica en lugar de derivar al paciente.
- Atención directa. El paciente puede haber acudido voluntaria o involuntariamente. El ESM ha de disponer de un protocolo de intervención consensuado con A.P. para la atención de casos preferentes y crisis psiquiátricas. La intervención ha de hacerse en un entorno seguro y ha de incluir aproximación diagnóstica, indicación terapéutica, valoración de la necesidad y tipo de sedación y de contención, valoración del apoyo de los CFS y valoración de la pertinencia del traslado a otro dispositivo. Para ello el EAP prestará apoyo al ESM con los recursos arquitectónicos, humanos y materiales necesarios. Por otra parte el ESM podrá recabar el apoyo de los CFS directamente o a través del 112. En los casos en los que el paciente se desplazará en ambulancia hasta el hospital, será valorada la pertinencia de que los CFS sigan en su desplazamiento al transporte sanitario durante su desplazamiento hacia el hospital. Además el facultativo responsable de la asistencia debe realizar un informe clínico firmado para el dispositivo de destino (ver Tabla 4), y después anotará el episodio en la agenda de incidencias en la atención urgente del ESM a fines de registro de actividad.

7.7.5. Intervención de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad (CFS).

La solicitud ha de hacerla el facultativo a través del 112 médico. Ha de primar el aspecto de atención médica sobre otras consideraciones, y la intervención irá dirigida a garantizar la protección del paciente y terceras personas.

- Criterios para solicitar la intervención de los CFS. En aquellos casos en los que la manifiesta oposición de la persona con trastorno mental a ser atendido y/o trasladado, provoque una alteración del orden público, ponga en peligro la integridad física de las personas o la conservación de los bienes materiales. En el mismo sentido, cuando exclusivamente por criterios de urgencia médica vaya a ser necesario efectuar una entrada forzada en un domicilio particular.
- Función de los CFS. Facilitar la actuación sanitaria sobre la base de criterios médicos y terapéuticos.

- Previniendo situaciones de riesgo.
- Procediendo a la reducción del paciente agitado.
- Facilitando su contención.
- Acompañando al transporte sanitario en vehículo oficial, si las circunstancias lo aconsejan.
- Registro de incidencias: La comunicación a los mandos se hará según los procedimientos establecidos al efecto por los CFS.

7.7.6. Funciones del servicio de Urgencias Hospitalarias.

El Servicio de Urgencias del hospital de referencia es el dispositivo de destino de la mayoría de los traslados de pacientes con crisis psiquiátricas que requieren atención urgente. Intervenciones a realizar en (Tabla 5).

7.7.7. Atención Psiquiátrica Hospitalaria.

En aquellos casos en los que el médico (EAP, ESM o “112”) estime más indicado para el paciente el desplazamiento directo al Servicio de Urgencias. Tras la Evaluación y atención en el Servicio de Urgencias se decidirá:

- Si es necesario el internamiento urgente en la Unidades de hospitalización psiquiátrica. En el caso de que el ingreso se produzca en contra de la voluntad de la persona se notificará a la Autoridad Judicial lo antes posible, y siempre dentro de las siguientes 24 horas del mismo (Artículo 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil).

Tabla 5. Intervenciones en el servicio de urgencias hospitalario en la atención de pacientes con trastorno mental.

INTERVENCIONES
<ul style="list-style-type: none"> – Admisión y recepción del paciente. – Triage o clasificación según la estimación de riesgos. – Garantizar la seguridad del paciente, de otras personas y enseres a lo largo de todo el proceso asistencial en la medida que se desarrolla en el Servicio de Urgencias. – Ubicación del paciente en lugar adecuado y seguro. – Rápida evaluación diagnóstica. – Recabar si es posible el consentimiento informado. – Aplicar pautas de contención química y física si resulta pertinente. – Realizar y escribir la HC: anamnesis, exploración y pruebas complementarias necesarias para orientar el diagnóstico y aplicar un tratamiento específico. – Remitir al Juzgado el parte de lesiones si las hubiera. – Siempre que el paciente presente un trastorno mental subsidiario de recibir atención especializada psiquiátrica urgente, recabará la intervención directa o indirecta del psiquiatra encargado de la atención urgente. Es necesario que el paciente no presente alteraciones físicas o tóxicas que invaliden la exploración psiquiátrica, o que supongan un riesgo vital que las haga acreedoras de atención urgente o preferente por parte de otros especialistas.

- Trasladar al paciente a otra unidad de hospitalización de un Área de salud diferente, en cuyo caso el psiquiatra de guardia del hospital remitente emitirá un informe clínico de asistencia que especifique el tipo de transporte idóneo y las medidas y recursos necesarios para el traslado, incluyendo el hospital de destino, el tipo de sedación, la contención y el personal acompañante si fuere necesario. Las causas más corrientes para el traslado a otro hospital:
 - los casos en los que las unidades de internamiento se encuentran emplazadas en un hospital distinto a aquel en el que se encuentra emplazado el servicio de urgencias,
 - cuando el hospital de referencia del paciente está en otra ciudad,
 - cuando no hay plazas de internamiento en el Área de salud de origen.
- Dar de alta al paciente y su devolución al Servicio de Urgencias de referencia, al domicilio del mismo, a su EAP o a su ESM para asegurar un adecuado seguimiento del paciente. Se entregará al paciente o a su representante legal un informe de la evaluación efectuada. También se comunicará dicha valoración a la estructura de responsabilidad social adecuada en casos específicos (menores, incapaces, etc.).

Tabla 6. Selección del tipo de recursos en función del riesgo del caso durante el traslado de pacientes con trastorno mental.

			Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV
Presenta riesgo inminente y grave por trastorno mental.			No	Sí	No	Sí
Presenta riesgo inminente y grave por trastorno físico.			No	No	Sí	Sí
La preparación en el origen y la recepción en el destino	Medio de desplazamiento	Bipedestación	No	No	No	No
		Silla de ruedas	Posible	No	No	No
		Camilla	Posible	Posible	Posible	Posible
		Cama	Posible	Posible	Posible	Posible
	Medidas de seguridad	Química	No	Si	No	Posible
		Física	No	Si	Posible	Si
		SVB	No	Si	Si	Si
		SVA	No	No	Si	Si
	Personal implicado	Medico	Si	Si	Si	Si
		Enfermería	Si	Si	Si	Si
		P. celador	Si	Si	Si	Si
		P. seguridad	No	Posible	No	Posible





			Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV
Medidas durante los itinerarios fuera de los dispositivos sanitarios	Vehículo sanitario (Ambulancia)	Convencional	Si	No	No	No
		SVB	No	Si	Si	Si
		SVA (UME)	No	No	Si	Si
	Medidas de seguridad	Química	No	Si	No	Posible
		Física	No	Si	Posible	Si
	Personal implicado	Conductor	Si	Si	Si	Si
		Médico	No	No	Si	Si
		Enfermería	No	Si	Posible	Posible
		CFS del estado	No	Posible	No	Posible
	<p>UME: Unidad Medicalizada de Emergencias. SVA: soporte vital avanzado. SVB: soporte vital básico. CFS: Cursos y Fuerzas de Seguridad del Estado. Nota: las casillas que se han marcado con un "Si" debe ser evaluada la pertinencia de la medida</p>					

7.8. PROCEDIMIENTOS Y FASES DE APLICACIÓN EN LOS ITINERARIOS INTRAHOSPITALARIOS E INTERHOSPITALARIOS.

El procedimiento de traslado seguro se inicia en el dispositivo de origen con las medidas de seguridad y de preparación del paciente hasta que se hagan cargo del caso los profesionales encargados del transporte, y finaliza una vez que es recogido por los profesionales en el dispositivo de destino en las condiciones de seguridad adecuadas a cada caso.

El función del riesgo previsible el facultativo responsable del caso en cada itinerario de trayecto debe valorar la pertinencia de cada una de las siguientes medidas básicas como son el medio de transporte que se va a utilizar dentro de los dispositivos sanitarios (silla móvil, cama, camilla), las medidas de contención (química o física), el personal necesario y el tipo de vehículo sanitario en los desplazamientos interhospitalarios (ambulancia convencional, con soporte vital básico o con soporte vital avanzado).

En la *Tabla 6* se orienta sobre la selección de recursos en función del tipo de riesgo que presenta el caso.

Los distintos profesionales que se encuentran en los dispositivos hospitalarios de origen o de destino, deben coordinarse para que el proceso transcurra con seguridad para el paciente y otras personas. En la *Tabla 7* se recogen las principales tareas durante dicho procedimiento.

Tabla 7. Procedimiento de recogida y traslado seguro de pacientes en el medio hospitalario e interhospitalario.

PROFESIONAL	INTERVENCIONES
Facultativo responsable del caso	<ul style="list-style-type: none"> – Atención médica al paciente en el S. Urgencias, en las U. de hospitalización y otros dispositivos asistenciales del hospital desde su admisión hasta que sale del mismo. – Decisión del ingreso o traslado, recabando si procede el consentimiento informado. – Solicitud de traslado mediante informe clínico (ver Tabla 4), parte de interconsulta, para prueba diagnóstica o intervención terapéutica, según proceda. – Estimación del riesgo y determinación de los recursos necesarios para el traslado seguro: tipo de contención (química y/o física), otras medidas terapéuticas, medio de transporte (ambulancia, silla, camilla, cama), personal acompañante (sanitario, celador, personal de seguridad, CFS, familia). – Información de forma directa o telefónicamente al facultativo receptor del caso. – Notificación a servicios administrativos (Secretaría, S. Admisión) del ingreso (parte de ingreso), del alta (hoja clínico-estadística) y/o del traslado (informe clínico para el traslado). – Notificaciones al juzgado de los ingresos no voluntarios (recabando autorización en un plazo no mayor a 24 horas), el traslado de un ingreso no voluntario y cuando el paciente se fuga siendo previsible riesgos, informando en este caso también a los CFS.
Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> – Aplicar las prescripciones facultativas durante todo el procedimiento. – Informarse en los S. Administrativos, de la fecha y la hora del traslado y comunicarlo al facultativo. – En caso de alta definitiva y si procede utilizar una ambulancia, entregar al personal de la ambulancia el informe y los enseres del paciente, previa contabilidad y registro. – En los itinerarios intrahospitalarios entregar al celador la HC cerrada para que la lleve, junto al paciente. – En caso de traslado transitorio (sin alta del paciente) remitir a Secretaría del destino, a través del celador, la solicitud de interconsulta o de intervención diagnóstica o terapéutica. – Informar a familiares, si el traslado se produce fuera del horario laboral. – Tras el alta definitiva remitir la HC a Secretaría o al Archivo de HC.
Personal celador	<ul style="list-style-type: none"> – Colaborar en las tareas de movilización, contención, desplazamiento y acompañamiento del paciente desde la puerta de S. de Urgencias y entre los distintos dispositivos del hospital. – Transportar en el ámbito hospitalario el equipamiento y documentos (sillas, camillas, camas, aparatos, muestras diagnósticas, formularios de peticiones, HC., etc) relativos al proceso asistencial.
Personal de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> – Colaborar con el personal sanitario y celador en la contención y el desplazamiento seguro del paciente y de otras personas, ejerciendo una labor preventiva del riesgo cuando exista. – Colaborar en la custodia de enseres valiosos del paciente hasta el alta según los procedimientos de cada centro.





PROFESIONAL	INTERVENCIONES
Secretaría	<ul style="list-style-type: none">– Tramitar partes e informes al juzgado y a los dispositivos de destino intrahospitalarios.– Archivar o remitir al Archivo de HC. el historial del paciente tras el alta clínica.
Servicio de admisión	<ul style="list-style-type: none">– Remitir copia del informe clínico al dispositivo de destino extrahospitalarios, y solicitar fecha y hora para el traslado o para la intervención transitoria (ej. prueba diagnóstica).– En base al informe clínico y a los acuerdos vigentes para traslados extrahospitalarios, acordará la disponibilidad de los recursos para el traslado.
CFS del Estado	<ul style="list-style-type: none">– Podrán ser requeridos por el facultativo para acompañar al vehículo sanitario si hay riesgos graves durante el traslado (ej. fuga, importante agresividad, detenidos. etc.).

HC: historia clínica. CFS: cuerpos y fuerzas de seguridad del estado).

7.9. PERIODICIDAD DE LA REVISIÓN EN CADA CENTRO:

Bianual.

8. Protocolo de garantía de derechos en la hospitalización

8.1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

Son frecuentes los casos en los que los pacientes sufren crisis a lo largo de su proceso requiriendo ingreso hospitalario para su adecuado tratamiento. En los ingresos no voluntarios se ocasiona un conflicto entre el derecho a la salud del paciente y su derecho a la libertad. Por ello resulta inexcusable garantizar el cumplimiento de la normativa vigente y realizar procedimientos éticos y profesionales.

La regulación legal protege los derechos de los ciudadanos requiriendo para ingresos en contra de la voluntad personal que los tribunales autoricen la hospitalización para evitar posibles abusos o arbitrariedades. La normativa aplicable a estos casos se recoge en el Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (Ley 1/2000), aprobada en enero de 2000 y en vigor desde el 8 de enero de 2001, que deroga y amplía el contenido del artículo 211 del Código Civil, regulando los mecanismos de supervisión de la actividad psiquiátrica, al objeto de proteger al paciente.

En el ámbito de la asistencia psiquiátrica, entendemos por ingreso no voluntario aquel que está indicado por un médico y bajo el control previo o posterior de un juez, se basa estrictamente en la necesidad de salud de un paciente que no tiene la competencia mental necesaria para prestar un consentimiento responsable.

Así pues, los criterios a efectuar para un ingreso no voluntario son:

- Existencia de un trastorno mental que implique un riesgo grave para la integridad física, la salud, la vida familiar o relacional, o los intereses en general de la propia persona.
- El paciente no está en condiciones de decidir de manera responsable sobre su salud y velar por sus intereses de manera puntual o permanente.
- Situaciones en las que la medida de hospitalización es, según los conocimientos disponibles, razonablemente más efectiva y beneficiosa para el paciente que cualquier otra alternativa terapéutica menos restrictiva.

Ateniéndonos a la Ley, el Juez debe ratificar o no en un plazo máximo de 72 horas la necesidad del internamiento mediante la expedición del “Auto de Internamiento Involuntario”, que se basa en el resultado del examen de la persona y en el dictamen del facultativo designado por el Juzgado (médico forense). La persona

afectada por la hospitalización en contra de su voluntad ha de disponer si lo desea, de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la Ley arriba citada, pudiendo recurrir la decisión judicial en instancias superiores.

La acción del Juez, que es materializada en la Autorización (no la orden), reválida o confirma la necesidad del internamiento atendiendo a los criterios facultativos y motivo clínico que lo justifica. La decisión del alta de estos pacientes corresponde a los facultativos encargados de su tratamiento, con la obligación de comunicarlo al Juzgado competente.

Dada la variedad de circunstancias que rodean las intervenciones asistenciales en los trastornos mentales se ve conveniente establecer procedimientos homogéneos para que los profesionales de la Comunidad autónoma realicen en condiciones similares.

8.2. OBJETIVOS.

- Contribuir a garantizar el cumplimiento de la normativa vigente relativa a la protección de los derechos del paciente durante la hospitalización.
- Facilitar a los profesionales procedimientos homogéneos para el cumplimiento de la normativa.

8.3. PROFESIONALES QUE DEBEN CONOCERLO.

- Profesionales de los E. A. P (Médicos, Enfermeros, Trabajadores Sociales, etc.).
- Profesionales de los diferentes dispositivos de Salud Mental.
- Profesionales Sanitarios de las Unidades de Hospitalización.
- Profesionales de los Servicios de Emergencias Sanitarias.

8.4. USUARIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO.

- Personas con Trastornos mentales que requieren tratamiento en régimen de hospitalización y que no están en condiciones de decidir sobre su salud.
- Menores que requieren hospitalización psiquiátrica.
- Personas incapacitadas que requieren hospitalización.
- Personas con presunción de incapacidad que requieren hospitalización.

8.5. ESCENARIOS DE APLICACIÓN.

- Atención domiciliaria a los pacientes para los que se solicita intervención urgente de los Servicios de Atención Primaria o de los Servicios de Salud Mental.
- Atención ambulatoria en Centros de Salud o de Salud Mental en los que se detecta la necesidad de hospitalización de alguno de los pacientes que son atendidos ambulatoriamente, y en la aplicación del Programa de gestión de casos.

- Atención en régimen de hospitalización cuando un paciente se niega a recibir de forma ambulatoria, tratamientos que son necesarios.
- Situaciones en las que los Servicios de Emergencias (112) valoran la necesidad de hospitalización.
- Situaciones en las que el juez autoriza un internamiento atendiendo a la demanda o solicitud de la familia, profesionales, etc.

8.6. PROCEDIMIENTO.

- En el momento de la admisión se verificará el carácter voluntario o no voluntario del ingreso del paciente mediante la cumplimentación del Formulario incluido en el Anexo I, que formará parte de la documentación de la Historia clínica.
- Los ingresos no voluntarios no urgentes requieren autorización judicial previa que habrá de acompañarse en el momento de la admisión.
- Los ingresos no voluntarios urgentes requieren una valoración en el servicio de urgencias sobre la pertinencia del ingreso, informando al paciente y familia sobre la necesidad del mismo.
- En el momento en que se decide prescribir el ingreso no voluntario se hará entrega de un documento explicativo del procedimiento al paciente, familiares y/o representante legal (Anexo 2).
- En el caso de menores o personas con incapacidad legal la información sobre el procedimiento se hará utilizando el formulario del Anexo 3.
- Notificación por escrito al Juzgado en las primeras 24 h de la necesidad de hospitalización no voluntaria con independencia del día de la semana en que esto se produzca (Anexo 4).
- La notificación de ingreso de menores y personas legalmente incapacitadas se hará mediante el formulario del Anexo 5.
- Anotación en la Historia clínica del proceso llevado a cabo así como de las incidencias ocurridas, adjuntando copia de todos los documentos entregados a la familia y emitidos al Juzgado.
- Proporcionar al paciente la oportunidad de contactar con un representante legal si lo quiere así, facilitando el uso del teléfono de la unidad para este fin.
- Decisión sobre el régimen a seguir durante la hospitalización: tratamiento y medidas restrictivas si son precisas, acordes a las necesidades del paciente y siguiendo los protocolos establecidos al efecto.
- Habilitación de espacios adecuados para examen medico legal en las primeras 72 horas.
- El paciente será informado en todo momento de la evolución del proceso, así como de la expectativa de un examen médico legal en previsión de que quiera contar con la presencia de su representante legal.
- En el caso de que durante una hospitalización inicialmente voluntaria sea necesario mantener el ingreso de forma no voluntaria se procederá a notifi-

car el cambio de situación al Juzgado mediante el formulario de ingreso no voluntario. (Anexo 6).

- La finalización del ingreso no voluntario puede producirse en tres situaciones:
 - Cuando se produzca el alta hospitalaria del paciente a criterio médico.
 - Cuando el paciente decide continuar hospitalizado voluntariamente, hasta que el médico decida el alta.
 - Si el juez no autoriza el ingreso no voluntario.
- En los dos primeros casos el médico responsable enviará una notificación al Juzgado (Anexo 7).

8.7. PERIODICIDAD DE LA REVISIÓN EN CADA CENTRO:

Bianual.

Tabla 1. Protocolo de garantía de derechos en la hospitalización					
ACCIÓN	TIEMPO	CONTENIDO	RESPONSABLE	INSTRUMENTO	RESULTADO
Valoración psiquiátrica	Primer contacto con el paciente	Exploración psicopatológica Anamnesis	Psiquiatra	Entrevista Historia Clínica	Identificados signos y síntomas de enfermedad mental que justifican el internamiento. Paciente y familia son informados de la necesidad de ingreso y tratamiento.
Entrega de Documento explicativo del procedimiento del ingreso	En el momento del ingreso en la unidad de hospitalización	Información relevante para paciente y familia sobre la naturaleza del ingreso (voluntario o no voluntario), y los derechos y deberes del paciente	Psiquiatra	Documento informativo (Anexos 1, 2 y 3)	Entrega de información escrita sobre el procedimiento de ingreso así como normativa legal para el ingreso no voluntario y garantías del paciente.
Notificación al Juzgado de Guardia de la necesidad de hospitalización	Primeras 24 horas	Justificación de la necesidad de hospitalización. Solicitud de autorización para el internamiento involuntario	Psiquiatra	Formulario para solicitar la hospitalización no voluntaria (Anexos 4 y 5)	Traslado del informe de solicitud al Juzgado.
Registro de los procedimientos llevados a cabo para el internamiento	Primeros 45 minutos del ingreso	Descripción y justificación clínica del proceso llevado a cabo e inclusión en la Historia Clínica	Psiquiatra	Historia Clínica Copia de los documentos emitidos	Constancia en la Historia Clínica de la necesidad de hospitalización y procedimientos llevados a cabo.





ACCIÓN	TIEMPO	CONTENIDO	RESPONSABLE	INSTRUMENTO	RESULTADO
Facilitar la comunicación con representante Legal	Tras el ingreso y previo a la visita del Juez y Forense	Atender el derecho del paciente a ser defendido o representado judicialmente. Proporcionar la oportunidad de contactar por teléfono con un representante legal.	Psiquiatra / Personal de Enfermería	Teléfono	El paciente ve atendido su derecho a la representación legal.
Valoración del régimen de internamiento y necesidad de medidas restrictivas	Primera hora del ingreso.	Decisión del régimen de hospitalización, tratamiento y plan de cuidados, acorde a las necesidades del paciente	Equipo Multidisciplinar	Plan terapéutico Protocolos existentes	Anotación por escrito de las medidas de ingreso, tratamiento y cuidados acordes a la necesidad en la HC. Aplicación de las medidas y protocolos oportunos a cada caso.
Visita del juzgado al paciente	Primeras 72 horas del ingreso	Valoración del estado de salud del paciente por parte del médico forense. Consideración judicial sobre la pertinencia de la medida.	Juez de Guardia Médico Forense	Entrevista al paciente Comunicación oficial de Auto de Internamiento Involuntario o Desautorización del ingreso	El juez y forense evalúan el estado de salud del paciente y necesidad de ingreso. Informe de la decisión que se comunicará por escrito, al centro y al propio paciente.
Finalización del ingreso	Cuando el paciente decide el cambio de situación	Paso a internamiento voluntario	Psiquiatra y paciente	Formulario de ingreso voluntario Formulario de comunicación al Juzgado (Anexo 7)	El paciente decide continuar hospitalizado voluntariamente, hasta que el médico decida el alta.
	En el momento en que el juez notifica la desautorización del ingreso	Inicio del procedimiento de alta.	Psiquiatra		Entrega de informe de alta por escrito al paciente y al Juzgado.
	Situación de estabilización o mejoría	Alta hospitalaria a Criterio médico	Psiquiatra	Informe de alta Formulario de comunicación al Juzgado de guardia (Anexo 7)	Alta por mejoría.

ANEXO 1

HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA VOLUNTARIA

Yo D/Doña:.....
mayor de edad, con D.N.I.
con domicilio en
localidadProvincia.....
con número de teléfono y en posesión de todos
mis derechos y capacidades, acepto ingresar voluntariamente en este Centro para
recibir asistencia.

Fdo.:

En, a de de 20.....

ANEXO 2

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE INGRESO NO VOLUNTARIO PARA EL PACIENTE Y FAMILIA

D./Dña
Psiquiatra del Hospital
con nº de colegiado, tras haber realizado la valoración de
D/Dña.,
con DNI., de años de edad, le informa que:

A la vista de los resultados del examen clínico efectuado considero que la citada persona precisa atención en régimen de hospitalización para su adecuado tratamiento.

Dado que D/Dña.,
no acepta de forma voluntaria el ingreso y considerando que en este momento su estado mental no le permite decidir adecuadamente sobre su estado de salud, procedo a realizar los trámites de ingreso urgente no voluntario conforme a lo establecido en el artículo 763 de La Ley de Enjuiciamiento Civil (Ley 1/2000). Antes de 24 horas se notificará esta situación al Juzgado de guardia, a la espera de que en el plazo máximo de 72 horas se autorice este ingreso.

Tiene Vd. derecho a ser asistido por un representante legal si así lo cree conveniente.

Lo que informo al interesado y a la familia o representante legal que le acompaña a los efectos oportunos.

Fdo.:

En, a de de 20.....

ANEXO 3

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE INGRESO PSIQUIÁTRICO DE MENORES E INCAPACITADOS PARA EL PACIENTE, FAMILIA Y TUTORES LEGALES

D./Dña.,
Psiquiatra del Hospital
con nº de colegiado, tras haber realizado la valoración de
D/Dña.,
con DNI....., de años de edad, le informa que:

A la vista de los resultados del examen clínico efectuado considero que la citada persona precisa atención en régimen de hospitalización para su adecuado tratamiento.

Dado que D/Dña.,
es menor de edad o está incapacitado legalmente, y por lo tanto no está en condiciones de decidir adecuadamente sobre su estado de salud, procedo a realizar los trámites de ingreso urgente no voluntario conforme a lo establecido en el artículo 763 de La Ley de Enjuiciamiento Civil (Ley 1/2000). Antes de 24 horas se notificará esta situación al Juzgado de guardia, a la espera de que en el plazo máximo de 72 horas se autorice este ingreso.

Tiene Vd. Derecho a ser asistido por un representante legal si así lo cree conveniente.

Lo que informo al interesado y a la familia o representante legal que le acompaña a los efectos oportunos.

Fdo.:

En, a de de 20.....

ANEXO 4

NOTIFICACIÓN DE INGRESO NO VOLUNTARIO AL JUZGADO

Ilmo. Sr. Juez de de la provincia
D./Dña.,
Psiquiatra del Hospital
colegiado/a nº.....

Comunica que:

En el día, a las horas, se ha procedido a ingresar de forma no voluntaria a Don/Doña., de años de edad y provisto de DNI.....

A la vista de los resultados del examen clínico efectuado considero que la citada persona precisa atención en régimen de hospitalización para su adecuado tratamiento. Sin embargo el estado mental del/la paciente interfiere en este momento de forma severa con su capacidad de juicio y volitiva. De no realizarse el ingreso para recibir el tratamiento que precisa podrían derivarse riesgos para el afectado u otras personas. De la valoración clínica efectuada en el día de la fecha de esta notificación no se puede inferir la capacidad de autogobierno en el futuro de la persona citada.

Lo que informo a Vd. A los efectos oportunos.

Fdo.:

En, a de de 20.....

ANEXO 5

NOTIFICACIÓN DE INGRESO DE MENORES O PERSONAS LEGALMENTE INCAPACITADAS AL JUZGADO

D./Dña.,
Psiquiatra del Hospital
colegiado/a nº.....

Comunica que:

En el día, a las horas, se ha procedido a ingresar de forma no voluntaria a Don/Doña.,
de años de edad y provisto de DNI.....

A la vista de los resultados del examen clínico efectuado considero que la citada persona precisa atención en régimen de hospitalización para su adecuado tratamiento Sin embargo el paciente no está en condiciones de valorar sus intereses. De no realizarse el ingreso para recibir el tratamiento que precisa podrían derivarse riesgos para el/la afectado/a u otras personas.

Lo que informo a Vd. a los efectos oportunos.

Fdo.:

En, a de de 20.....

ANEXO 6

NOTIFICACIÓN AL JUZGADO DE MODIFICACIÓN DEL INGRESO VOLUNTARIO A NO VOLUNTARIO

Ilmo. Sr. Juez de de la provincia
D./Dña.,
Psiquiatra del Hospital
colegiado/a nº.....

Comunica que:

Don/Doña.,
de años de edad y provisto de DNI
ingresó voluntariamente el día, a las horas, en la
Unidad del
Centro

Con fecha la persona citada no está de acuerdo en
continuar su tratamiento en régimen de hospitalización. A la vista de los resultados
del examen clínico efectuado considero sin embargo que sigue siendo necesario
mantener el ingreso actual. Su estado mental interfiere en este momento de forma
severa con su capacidad de juicio y volitiva. De no mantenerse el ingreso para reci-
bir el tratamiento que precisa podrían derivarse riesgos para el/la afectado/a u otras
personas.

Lo que informo a Vd. a los efectos oportunos.

Fdo.:

En, a de de 20.....

ANEXO 7

**NOTIFICACIÓN DE FINALIZACIÓN DE INGRESO
NO VOLUNTARIO AL JUZGADO**

Ilmo. Sr. Juez de de la provincia
D./Dña.,
Psiquiatra del Hospital
colegiado/a nº.....

Comunica que:

Don
con DNI....., de años de edad, ingresó de forma
no voluntaria con fecha en la Unidad de
del Centro

Este paciente ha permanecido hospitalizado hasta el día de hoy. La situación
clínica que en su momento hizo necesario el ingreso no persiste en la actualidad,
por lo que ya no existen motivos para prolongar el ingreso no voluntario.

Lo que informo a Vd. a los efectos oportunos.

Fdo.:

En, a de de 20.....

9. Protocolo de evaluación e intervención en pacientes con riesgo de suicidio y autolesiones

9.1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

La tentativa de suicidio es una de las más importantes urgencias psiquiátricas siendo además una urgencia vital. El elevado número de pacientes con riesgo de autolesión o de conductas autodestructivas justifica la necesidad de protocolizar procedimientos y cuidados asistenciales en las unidades de Salud Mental ambulatorias y hospitalarias. El comportamiento autolesivo es el tercer tipo más común entre los incidentes notificados al Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje del Reino Unido (NRLS 2006). A pesar de que es presumible que se produzca un fenómeno de subnotificación, especialmente cuando se dan fuera de un contexto hospitalario.

Un 25% de las personas que cometen suicidio en Inglaterra y Gales han consultado con los servicios de salud mental en el año previo (NLRS, 2006). Los pacientes hospitalizados en Unidades de Salud Mental tienen alto riesgo de suicidio, así como los que acaban de ser dados de alta. En los casos en los que el suicidio se produce durante una hospitalización, fuga o un permiso terapéutico es necesario realizar un estudio pormenorizado del incidente que permita aprender de la experiencia. Appleby y cols. (2000) estiman que un 31% de los suicidios en hospitales y un 22% fuera de ellos podrían haberse evitado. El lugar más frecuentemente utilizado durante la hospitalización para cometer suicidio son los dormitorios. El estrangulamiento o colgamiento en quicios de puertas, ventanas, riel de las cortinas, techos y vallas es el método más común de suicidio en hospitales. Las ligaduras más utilizadas son objetos de vestir, lo que incluye cordones de zapatos, pañuelos, cinturones y bolsas de plástico, seguido de ropa de cama, cables, cuerdas, alambres y cables de equipo eléctrico.

Se sabe que la observación, los chequeos rutinarios y la vigilancia por parte del personal y otros pacientes previenen los intentos de suicidio y que el personal asistencial puede detectar cambios en una proporción de pacientes hospitalizados que planean suicidarse, lo que lleva a impedirlo.

Tanto en la asistencia ambulatoria como hospitalaria es importante tener en cuenta que la existencia de un intento de suicidio es un factor de riesgo crucial de cara a la consumación ulterior de un suicidio, un acontecimiento potencialmente letal y un indicador de la posible existencia de otros problemas de salud tales como

el abuso de sustancias, trastornos depresivos o reacciones desadaptativas (Junta de Castilla y León, 1994).

En lo que se refiere a las medidas para proteger a las personas que presentan factores de riesgo de suicidio hay que tener en cuenta que la capacidad de predicción de conductas suicidas o de suicidio consumado es muy baja, ya que se encuentran muchos falsos positivos, es decir, pacientes con varios factores de riesgo de realizar tentativas pero que finalmente no lo hacen, y falsos negativos, esto es, pacientes que aparentemente no tienen factores de riesgo pero que acaban consumándolo (APA, 2006).

La normalización de procedimientos que establece la guía, permite a los trabajadores extremar y ordenar las medidas de seguridad, ayuda al reconocimiento de signos y síntomas de riesgo y ayuda en la planificación de intervenciones y toma de decisiones. Aunque no se pueda predecir con seguridad qué persona intentará o consumará un suicidio, el desarrollo de estrategias, permite prever razonablemente los riesgos de cada paciente, y responder al reto que supone el tratamiento de los pacientes con riesgo autolítico.

9.2. OBJETIVOS.

- Crear y mantener un entorno protector que contribuya a reducir las autolesiones y el suicidio.
- Ayudar al paciente a comprender la naturaleza de las crisis suicidas y a buscar opciones alternativas.
- Contribuir a que la persona restablezca la vinculación con personas significativas y consigo mismo.
- Ayudar al paciente a reconocer y aceptar sus sentimientos, a entender sus motivaciones, a controlar sus impulsos y a afrontar las crisis de manera adaptativa.

9.3. PROFESIONALES QUE DEBEN CONOCERLO.

Todos los profesionales de las unidades de salud mental (personal sanitario y no sanitario).

9.4. USUARIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO.

La valoración individual del riesgo de suicidio y autolesiones debe realizarse con:

- Pacientes ambulatorios que expresan ideas o sentimientos suicidas.
- Pacientes ambulatorios que expresan ideas o sentimientos de autolesión.
- Pacientes ambulatorios u hospitalizados que presentan factores de riesgo.
- Todos los pacientes ingresados y particularmente:
 - Aquellos de historial personal o familiar de suicidio.
 - Antecedentes de autolesiones en otras ocasiones.

9.5. PROCEDIMIENTOS Y FASES DE APLICACIÓN.

9.5.1. Identificación y evaluación del riesgo suicida y/o de autolesiones.

La identificación del riesgo puede ser realizada por cualquiera de los profesionales de los dispositivos de Salud mental, correspondiendo la evaluación clínica al psiquiatra y/o psicólogo. El resultado de la evaluación es necesario registrarlo por escrito en la Historia clínica y traducirse en la adopción de las medidas pertinentes.

La valoración del riesgo suicida es una de las más difíciles en la práctica psiquiátrica no sólo debido a la existencia de falsos positivos y negativos, sino a la ansiedad que genera en el evaluador (Wasserman, 2001).

Existe una variedad de ideas y conductas suicidas. Clínicamente es necesario discriminar el punto en que se encuentra el sujeto a lo largo de la progresión descrita entre (Junta de Castilla y León, 1994):

- ideas de muerte
- ideas suicidas
- planes suicidas
- tentativas de suicidio
- suicidios consumados
- equivalentes suicidas: se engloban aquellas conductas que aunque no conducen directamente a la muerte pueden sin embargo terminar con la vida del sujeto.
- cabe además reseñar los suicidios disfrazados o encubiertos, entre los que se pueden incluir un cierto número de accidentes de tráfico.

Los procedimientos de valoración clínica han de ser respetuosos. Puede ser útil comenzar la conversación con un tema neutro, dando tiempo para la respuesta y evitando un asalto verbal a base de preguntas. Es preferible realizar preguntas abiertas, pidiendo aclaración a las respuestas para evitar interpretaciones subjetivas por parte del evaluador. El interrogatorio debe ser directo para poder obtener toda la información relevante que permita evaluar el riesgo.

– **Exploración psicopatológica:**

- Aspecto y comportamiento general del paciente (aspecto, higiene, vestimenta, expresión facial, actividad motora, reacciones o comportamientos, actitud ante la entrevista, etc.).
- Nivel de contacto: contacto visual, contacto suficiente o insuficiente, abordable o inabordable.
- Nivel de conciencia, orientación en el tiempo y el espacio.
- Alteraciones de la atención y concentración.
- Alteraciones de la memoria y del fondo de conocimientos apropiado al nivel de estudios del paciente.
- Capacidad de cálculo apropiado al nivel de estudios del paciente.
- Habla y lenguaje del paciente (rapidez, ritmo, estructura, etc.).
- Rapidez de movimientos y presencia o no de movimientos o posturas involuntarias, repetitivas o poco comunes.

- Alteraciones sensorio-perceptivas: alucinaciones, pseudoalucinaciones, alucinosis, ilusiones, etc.
 - Expresiones del estado de ánimo y afectividad del paciente incluidas las manifestaciones no verbales: tristeza patológica, ideas de muerte, expresión facial, tono de voz, actividad motora en las relaciones o interacciones con otras personas, suspiros, llantos, risas, expresión de dolor, expresión de angustia o tristeza, rabia o expresión de agresividad, cambios frecuentes de humor sin aparente desencadenante, dificultad o incapacidad para experimentar o desear placer, abatimiento, desinterés por lo habitual ó falta de concordancia de la afectividad expresada con el contexto.
 - Impulsos suicidas.
 - Nivel de tolerancia a las frustraciones.
 - Alteraciones de la forma y contenido del pensamiento, especialmente ideas de muerte, suicidas, pesimistas, sobrevaloradas, ideas de minusvalía, de culpa, de autolesión, delirios, preocupaciones, rumiaciones, pensamientos obsesivos, etc.
 - Alteraciones en el razonamiento abstracto, funciones ejecutivas y capacidad de juicio.
 - Conocimiento que el paciente tiene de su estado actual.
 - La utilización de escalas validadas para la detección de Intencionalidad Suicida, escalas de Actitudes disfuncionales y escalas de Impulsividad, pueden acortar la entrevista y aportar datos precisos para la valoración. Todas ellas pueden ser aplicadas por el psiquiatra o enfermera. (Escala de Intencionalidad Suicida de Beck; Escala de Actitudes disfuncionales de Beck; Escala de Impulsividad de Plutchick).
- **Valoración de los factores de riesgo.**
- Deseos de morir inferidos.
 - Verbalización del deseo de morir, que puede responder a motivaciones diversas: intención de destruirse, dejar de sufrir, salir de la crisis, etc.
 - Existencia de planes suicidas: Planificación del acto, método a emplear y grado de letalidad del mismo, precauciones para no ser descubierto, intento de búsqueda de ayuda antes y después.
 - Impulsividad en las tentativas.
 - Conductas sugerentes o indicativas de autolesión tales como fugas, caídas, convulsiones, accidentes.
 - Fallecimientos o pérdidas recientes de familiares o amigos.
 - Separación, divorcio o ruptura de una relación.
 - Heridas narcisistas.
 - Estrés crónico.
 - Dificultades académicas o laborales.
 - Procesos legales inminentes, encarcelamiento o próxima excarcelación.

- Abusos físicos o sexuales recientes o en la infancia o recientes. Abuso y humillaciones sociales, bullying, acoso laboral, etc.
 - Antecedentes personales de violencia, agresión, tentativas de suicidio o autolesiones. El intento de suicidio es el predictor más fuerte de suicidio y el más universal de todos los conocidos (Retterstol y Melum, 2001).
 - Historia familiar de suicidio o autolesiones.
 - Baja tolerancia a la frustración.
 - Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Bipolar.
 - Desesperanza.
 - Coexistencia de un Trastorno de Personalidad con un Trastorno afectivo.
 - Angustia intensa.
 - Alcoholismo y toxicomanías.
 - Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
 - Síndrome de abstinencia o intoxicación.
 - Delirium.
 - Estado crepuscular.
 - Patología somática grave (dolor no tratado, pérdida de movilidad, desfiguración física), con pérdidas de relación o rol y problemática asociada a la enfermedad.
 - Presencia de depresión clínica asociada al padecimiento somático (hipotiroidismo, déficit de vitamina B12) y depresiones de etiología orgánica.
 - Ingreso en salas médicas o quirúrgicas motivado por las complicaciones secundarias a un intento autolítico.
 - Reacciones adversas o alérgicas a fármacos.
- **Valoración de los factores de protección.**

Las conductas suicidas son el resultado del desequilibrio entre los factores de riesgo y los de protección. El sentimiento de valor personal y autoestima, de tener relaciones y actividades significativas, de confianza en las propias consecuencias, así como la búsqueda de ayuda cuando se precisa, la apertura a las experiencias de los demás y al aprendizaje, y la capacidad para comunicarse son factores protectores ante el suicidio. La religiosidad es un conocido factor protector. Se sabe que el grado de desaprobación del suicidio es tanto mayor cuanto mayor es el grado de práctica religiosa de los encuestados (Stack y Lester, 1991). El efecto de la religiosidad sobre el riesgo de suicidio es independiente del sexo, la edad, el estado civil y el nivel educativo. También las mujeres durante el embarazo y el primer año después del parto tienen un riesgo de suicidio bajo, a pesar de la elevada tasa de morbilidad psiquiátrica que presentan (Appleby, 1991). Otro factor importante de protección es disponer de una red social de apoyo, relaciones estables y figuras de vinculación segura. El volver a disfrutar de relaciones, trabajos, ocupaciones y hábitos que fueron significativos en el pasado es un importante factor protector para el sujeto. También lo es el volver a establecer o

redescubrir lazos con la familia, los padres, los hermanos, los hijos, los nietos, la pareja, los amigos, etc. El establecer vínculos significativos con grupos sociales, culturales, religiosos o políticos. La integración social a través de la participación y el trabajo. El haber disfrutado de una parentalización infantil dedicada y consistente. También el poseer o desarrollar un estilo cognitivo flexible, recopilar información sobre los problemas vitales, encontrar soluciones alternativas, relativizar los aspectos negativos de la vida, buscar ayuda cuando se necesita, desarrollar esperanza, etc. (Wasserman, 2001). Esta autora también cita algunas condiciones ambientales protectoras tales como iluminación natural apropiada, hábitos higiénicos de sueño, dieta, ejercicio físico, no consumo de drogas o de tabaco, etc.

– **Perfil de alto riesgo suicida.**

La evaluación nos permitirá la identificación de un grupo de pacientes considerados de **Alto Riesgo Suicida**, en el que se da la presencia o combinación de algunas de las siguientes características (Retterstol y Mehlum, 2001):

- Depresión clínica o Trastorno psiquiátrico mayor con o sin otros Trastornos mentales comórbidos.
- Mayor de 45 años.
- Estado civil de separación, divorcio o viudedad.
- Desempleo o jubilación.
- Enfermedad somática crónica.
- Trastornos de la personalidad.
- Antecedentes de tentativas de suicidio, especialmente cuando se han utilizado métodos violentos.
- Verbalización de deseos manifiestos de muerte, ideas o planes de suicidio.
- Intento previo.
- Alcoholismo o a abuso de otras sustancias con pérdida significativa reciente y/o depresión.
- Esquizofrenia con depresión.
- Falta de soporte psicosocial y aislamiento interpersonal.
- Existencia de trastornos confusionales tipo delirium.

9.5.2. Plan de protección y tratamiento.

- Establecer una relación terapéutica de confianza:
 - Aceptando al paciente y sus problemas, si bien no su conducta.
 - Entendiendo relacionamente sus acciones, muchas veces como una llamada desesperada de ayuda o una forma de evocar reacciones en las personas significativas.
 - Evitando juicios de valor y la culpabilización.
- Identificar el problema central.

- Seleccionar el problema que parece central.
 - Efectuar una formulación tentativa para el paciente y discutirlo.
 - Iniciar conjuntamente una exploración de soluciones y alternativas de conducta a seguir.
- Elaborar un contrato terapéutico: Conjuntamente con el paciente es necesario, al menos:
- Conseguir un compromiso por parte del paciente de posponer el acto suicida.
 - El compromiso de examinar la idea de la muerte como solución.
 - Elaborar medidas de protección para el paciente:

Las personas con ideación, intención o planes suicidas requieren ser sometidos a vigilancia continuada. En caso de que el facultativo estime que la vinculación terapéutica es insuficiente como para garantizar la estabilidad del contrato de no suicidio formulado por el paciente, o que no existen condiciones ambientales suficientes como para confiar la seguridad del paciente a las personas de su entorno, será necesario hospitalizarlo. Las indicaciones para el ingreso pueden ser:

- Necesidad de protección para el paciente.
- Existencia de antecedentes personales o familiares de suicidio.
- Estresores sociales recientes graves, pérdidas o traumas emocionales.
- Existencia de un trastorno psiquiátrico grave.
- Existencia de desesperanza y/o impulsividad.
- Angustia intensa.
- Edad avanzada.
- Asegurar la ingesta medicamentosa y minimizar los riesgos del uso de fármacos.

9.5.3. Hospitalización.

Una evaluación rigurosa al ingreso de todos los pacientes, permitirá el reconocimiento de los riesgos, incluso en aquellos pacientes que no comunican sus intenciones, así como establecer la urgencia de las actuaciones terapéuticas y el plan de cuidados adecuado a cada caso.

- **Eliminación de objetos potencialmente lesivos.**

Bajo la supervisión de la enfermera, el personal auxiliar con la colaboración del celador y personal de seguridad, retirará al ingreso todos los objetos peligrosos (cinturones, medias, cordones, bolsas, cables, medicamentos, objetos punzantes o cortantes, etc.) y fármacos. Es útil disponer de una lista de verificación de objetos peligrosos. Se valorará la oportunidad de realizar registros periódicos sobre las pertenencias de los pacientes (útiles de aseo, armarios, etc.), y se darán instrucciones a familiares y cuidadores acerca de las cuestiones relevantes sobre seguridad, no accediendo a peticiones del paciente para conseguir objetos potencialmente peligrosos. Los objetos peli-

grosos serán depositados en las dependencias establecidas al efecto por la dirección de cada centro. En la historia clínica se registrará el tipo de objetos a los que el paciente no puede acceder durante su estancia en el centro al efecto de salvaguardar su seguridad personal.

– **Restringir el acceso a espacios de riesgo.**

Mediante sistemas de seguridad (bloqueo de apertura de ventanas o puertas) y restricción de uso de determinadas dependencias o salas. La enfermera y personal auxiliar identificarán riesgos ambientales y valorarán la necesidad de modificar la estructura, uso y funcionamiento de las instalaciones atendiendo a las necesidades de seguridad de cada paciente. Es útil a estos efectos contar con una lista de comprobación y pactar con el paciente la utilización de espacios seguros alternativos para hacer su estancia más comfortable.

– **Establecer el nivel de vigilancia, control de permanencia y/o observación continuada.**

Las personas con ideación, intención o planes suicidas requieren ser sometidos a vigilancia continuada. Para ello es necesario protocolizar individualmente y anotar en la historia clínica el nivel requerido y aplicar de manera específica el Protocolo de observación y vigilancia intensiva:

- Tiempo y momentos del día en que será preciso mantener al paciente bajo observación y vigilancia, incluyendo las actividades de aseo y acceso a servicios higiénicos.
- Necesidad de mantener o no contacto visual.
- Lugar, espacio y modo decidido para el control: Habitación, sala común, cámaras de vigilancia, etc.
- Persona o personas responsables de la observación y controles periódicos. Generalmente, la enfermera designará a la persona indicada para cada uno de los controles (auxiliar o celador) en base a la disponibilidad y características de los controles.

– **Estructuración de las actividades del paciente:**

Con el objeto de disminuir la ansiedad y ayudar a estructurar la experiencia durante la hospitalización se puede invitar al paciente a participar en actividades terapéuticas. Con este objeto se puede informar sobre las actividades existentes y solicitar la colaboración y participación del paciente.

- **Valorar la necesidad de reorganización** del personal de la unidad mientras persistan las necesidades de monitorización del paciente, teniendo en cuenta los periodos de máxima actividad de la unidad, turno de noche, relevos y otros periodos, etc., de modo que se garantice la vigilancia de los pacientes.
- **Aplicación en caso de necesidad de medidas de contención** más restrictivas, para garantizar la seguridad del paciente: Esto incluye la aplicación de medidas apropiadas según lo establecido en Protocolo de aplicación de medidas restrictivas.
- **Toma controlada de la medicación:** al objeto de garantizar la ingesta, monitorizando efectos deseados y no deseados. Verificar la ingesta permiti-

rá minimizar los riesgos del uso inadecuado de los medicamentos (incumplimiento o acumulación de fármacos que podrían ser utilizados para una ingesta masiva).

– **Protección mediante el establecimiento de una relación terapéutica adaptada a las necesidades del paciente:**

- **Facilitación de la expresión de emociones y sentimientos.** Algunos pacientes, son capaces de comunicar de forma activa su intención, pero son incapaces de transmitir los sentimientos y emociones que le llevan a esta idea. La clave para facilitar la expresión es:

- ◊ **Realizar una Escucha Activa** sin juzgar, sin polemizar con las creencias, demostrando interés y transmitiendo confianza.

- ◊ **Mostrar Disponibilidad de Ayuda**, respondiendo a dudas y preguntas sin prisa.

- ◊ **Facilitar la Identificación de las Emociones y Sentimientos** para relacionar su aparición con el problema raíz.

- ◊ **Autoobservación contratransferencial.** El profesional ha de ser capaz de reconocer sus propias reacciones emocionales al paciente (ansiedad, remordimiento, culpabilidad, enfado o ira), que si no son elaboradas pueden provocar interferencias en la relación.

- **Ayudar al paciente a elaborar generalizaciones, ideas erróneas y sobrevaloradas, especialmente en lo referido a su autoestima.** El paciente suicida suele realizar evaluaciones extremadamente negativas sobre si mismo, sobre el mundo y sobre su futuro, llegando a interpretar los sucesos como el resultado de su derrota. Percibe su entorno como amenazante y se valora a si mismo incapaz para afrontar las exigencias o adaptarse a las necesidades, haciendo que aparezcan sentimientos de inutilidad y minusvalía, además del miedo a la desaprobación y temor a las repercusiones sociales o familiares. Es necesario ayudar al paciente a identificar sus aspectos positivos, así como señalar los progresos obtenidos.

- **Buscar la interacción.** La interacción es la clave para que el paciente restablezca lazos consigo mismo y con los otros, por lo es útil promover la interacción con otras personas mediante actividades de grupo (juegos de mesa, pasatiempos, etc.).

- **Promover actividades que favorezcan la autonomía, confianza y control** de si mismo, haciendo al paciente participe del proceso de tratamiento y autocuidados, aumentando la responsabilidad sobre si mismo y estimulándole para la toma de decisiones.

– **Intervenciones para el control de síntomas psicóticos.** A veces subyace a la conducta suicida un síndrome psicótico o confusional sobre el que es preciso actuar para mejorar la seguridad del paciente mediante:

- **Valoración de la capacidad para identificar e interpretar el entorno** inmediato.

- **Identificación de alteraciones sensorio-perceptivas** relacionadas con la conducta suicida.

- **Exploración de la existencia y contenido de ideas delirantes y otros síntomas psicóticos y clarificación de la realidad.**
- **Identificación de factores estresantes** que precipiten las ideas delirantes.

9.5.4. Elaboración de un plan de alta.

El momento del alta es de especial significación para el paciente que vuelve a su entorno sin la protección del equipo terapéutico. Diversos estudios longitudinales muestran que los pacientes hospitalizados por un intento de suicidio están expuestos a un riesgo particularmente alto de consumir el suicidio durante el primer año tras el alta (Hawton y Fagg, 1988). Según diversas investigaciones aproximadamente un 10% de los que han sido hospitalizados tras un intento de suicidio lo consumarán en el futuro (Retterstol y Mehlum, 2001). Un porcentaje adicional, que varía entre el 10 y el 50% repetirá los intentos de suicidio, siendo el riesgo mayor en los tres meses siguientes y la tasa de suicidios consumados más elevada en la primera semana tras el alta. Por ello es muy importante planificar el alta cuidadosamente y disponer de un programa de tratamiento y seguimiento postalta organizado en torno a las necesidades del paciente. El plan postalta debería prever la manera de equilibrar el sistema de factores de riesgo y de protección. Esto es especialmente importante para los pacientes que no cumplimentan las prescripciones o que tienen dificultades en buscar ayuda cuando la necesitan. En diversos estudios de seguimiento (Hawton y cols., 1999) se ha encontrado que los mejores resultados en términos de reducción de nuevas tentativas están asociados a la provisión de contacto continuado, disponibilidad para los momentos de crisis, pautas de seguimiento intensivo, psicoterapia de resolución de problemas o dialéctica conductual, etc. Así pues, el plan de alta ha de prever la intensidad y frecuencia del seguimiento del paciente que puede requerir consultas frecuentes o visitas domiciliarias si es preciso. Es precisa una planificación coordinada entre los equipos de Atención Primaria y Equipo de Salud Mental para realizar un Plan de alta individualizado en el que se tenga en cuenta la posibilidad de intervención inmediata en crisis o recaída, tiempo máximo de consulta o primera cita tras el alta y posibilidad de valoración del caso en la siguiente reunión de Área. Se considerará la oportunidad de contactar telefónicamente con los profesionales de ambos equipos antes del alta o derivación.

9.5.5. Evaluación de acontecimientos indeseados.

Tanto en los casos de autolesiones dentro del hospital como de tentativas de suicidio o suicidio consumado, el equipo de la unidad requiere aprender de la experiencia mediante la realización de una sesión específicamente destinada a entender mejor las variables que han determinado el resultado indeseado. Esta sesión habría de traducirse en la adopción de medidas o cambios en los procedimientos existentes con la finalidad de prever nuevos acontecimientos indeseados. Por otra parte es necesario identificar el impacto emocional en los trabajadores y miembros del equipo y adoptar las medidas de apoyo necesarias.

9.6. PERIODICIDAD DE LA REVISIÓN EN CADA CENTRO:

Bianual.

Tabla 1. Protocolo de atención al suicidio y a las conductas autolesivas

ACCIÓN	TIEMPO	CONTENIDO	RESPONSABLES	INSTRUMENTO	RESULTADO
Identificación y evaluación del riesgo de suicidio o autolesiones	En cualquier momento a lo largo del tratamiento ambulatorio u hospitalario	Identificación de conductas autolesivas o suicidas. Evaluación psicopatológica. Evaluación de los factores de riesgo. Evaluación de los factores de protección. Establecer relación terapéutica.	Psiquiatra y/o Psicólogo	Examen mental. Recopilación de antecedentes personales y familiares. Escala específicas.	Juicio diagnóstico y pronóstico Estimación del riesgo suicida Elaboración de un plan de tratamiento Adopción de medidas de seguridad Registro en la Historia clínica
Elaboración de un Plan de protección y tratamiento	En cualquier momento, especialmente tras la valoración del riesgo	Establecer medidas de protección y asignar responsables de las tareas correspondientes Elaborar contrato de no suicidio. Maximizar factores de protección. Instaurar tratamiento.	Psiquiatra y/o Psicólogo. D.U.E.	Contrato de autocontrol. Plan de cuidados Protocolos Específicos (Ej. De Traslado, etc.)	Registro en la Historia clínica ambulatoria de las medidas de protección establecidas y de la asignación de responsabilidades. Inclusión en la Historia de una copia del contrato de no suicidio. Puesta en marcha de protocolos. Registrar el tratamiento.
Hospitalización	Inmediato a la tentativa o la estimación de riesgo elevado y ante la carencia de medidas de seguridad suficientes.	Suministrar protección y tratamiento.	Psiquiatra D.U.E.	Protocolo de actuación ante autolesiones y suicidio	Establecimiento de medidas de control externo para evitar el suicidio. Plan de tratamiento Registro en la Historia Clínica.
Eliminación de objetos potencialmente peligrosos	Inmediato al ingreso. Revisiones periódicas.	Recogida y custodia de pertenencias/objetos con potencial lesivo.	Personal de Enfermería Celador Seguridad	Lista de comprobación. Inspección.	Depósito de objetos peligrosos en las dependencias adecuadas al efecto.
Restringir el acceso a espacios de riesgo	Inmediato desde el momento de la identificación del riesgo.	Bloqueo de apertura de ventanas. Cierre de puertas en dependencias de riesgo.	Personal de Enfermería y Celador	Lista de comprobación.	Limitación del acceso a espacios de riesgo y a lugares sin garantía de vigilancia y control.





ACCIÓN	TIEMPO	CONTENIDO	RESPONSABLES	INSTRUMENTO	RESULTADO
Vigilancia, control de permanencia y observación continuada.	Desde el momento de la identificación de la necesidad. Se mantiene en función de la evolución del cuadro clínico.	Mantener sistema de observación visual o mediante cámaras Mantener contacto visual. Acompañamiento.	Personal Enfermería y Celador	Protocolo de observación y vigilancia intensiva. Sistema de Observación. Cámaras de vigilancia.	Conocimiento en todo momento por parte del personal de la situación y estado del paciente.
Aplicación del Protocolo de medidas restrictivas	Desde el momento de la identificación de la necesidad. Se mantiene en función del nivel de riesgo y evolución del cuadro clínico	Confinamiento. Utilización de química.	Psiquiatra. D.U.E. Personal sanitario y Celador	Protocolo de de medidas restrictivas	Restricción de actividades y movimientos del paciente para su seguridad.
Toma controlada de Medicación	Durante la toma.	Monitorización de la administración y toma de medicación. Comprobación de la ingesta de los fármacos. Monitorización de efectos primarios y secundarios.	Personal Enfermería.	Técnicas de enfermería	El paciente toma la medicación. Se evitan los riesgos por incumplimiento y acumulación de fármacos.

10. Protocolo de atención a pacientes con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales

10.1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

Los incidentes en seguridad del paciente que implican comportamientos agresivos y/o antisociales, representan el segundo tipo de incidente más notificado al Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje del Reino Unido (NRLS 2006). Suman una cuarta parte del total. El comportamiento agresivo es claramente una cuestión relacionada con la seguridad del paciente a causa del riesgo de daño que conlleva tanto para el mismo paciente como para otros pacientes. El desafío de los profesionales es gestionar el comportamiento agresivo, de forma que se optimice a la vez la seguridad del paciente y la del personal y se respeten los derechos humanos.

De todas las intervenciones psiquiátricas urgentes esta es la que requiere por su exigencia inmediata una actuación más rápida. La valoración adecuada de la situación en unas condiciones poco favorables (presión del medio donde se produce, estado del paciente, sentimientos de temor que genera en el profesional y la necesidad de tomar decisiones en un corto periodo de tiempo), justifica la existencia de protocolos de actuación que hagan más segura y eficaz la actuación sanitaria.

El abordaje de pacientes con conductas agresivas o violentas implica intervenciones con individuos que no quieren o no pueden colaborar, por lo que es especialmente importante que dichas actuaciones sean acordes con la mejor práctica clínica. El disponer de un protocolo de actuación ante estas conductas podrá facilitar la labor de los profesionales sanitarios además de aumentar su seguridad. Un ambiente violento en los dispositivos de hospitalización puede dificultar la recuperación del paciente.

Debemos diferenciar:

Agitación psicomotriz o estado de inquietud, ansiedad o reacción emocional intensa acompañada de un aumento de la actividad motora sin finalidad. Su graduación va desde la inquietud motora a casos extremos de tempestad de movimientos.

Agresividad: hostilidad, tendencia más o menos manifiesta a conductas destructivas verbales o físicas dirigidas contra personas u objetos. Podemos decir que

la agresión es un comportamiento fisiológico normal que utiliza un organismo para sobrevivir en su medio ambiente. Sin embargo, en los trastornos mentales, puede ser el resultado de un estado de agitación mantenido que no se ha resuelto; la reacción emocional inadecuada ante una frustración o una reacción defensiva, ante afrentas o amenazas reales o imaginarias.

Conductas antisociales: comportamientos que implican una violación directa o indirecta de los límites y reglas de convivencia y organización de los límites asistenciales. Pueden conllevar variables grados de agresividad si se frustran.

Violencia: según la OMS, consiste en el uso deliberado o planificado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (Krug, 2002).

10.2. OBJETIVOS.

Garantizar la seguridad del propio paciente, de otros usuarios del servicio o del personal sanitario encargado de atenderlos mediante una serie de actuaciones regladas dirigidas a conseguir un abordaje adecuado y eficaz de las conductas de agitación, agresividad o violencia.

10.3. PROFESIONALES QUE DEBEN CONOCERLO Y APLICARLO.

Todos los profesionales de los dispositivos de Asistencia Psiquiátrica del Área, dado que el paciente con conductas de agitación, agresividad y/o violencia, puede presentarse en diferentes contextos: en su domicilio, en la calle, en los centros de Atención Primaria, Servicios de Urgencias, consultas de Salud Mental o en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

10.4. USUARIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO.

Pacientes que atendidos por los distintos recursos sanitarios, presenten un estado de agitación psicomotriz, conductas agresivas, violentas y/o antisociales que potencialmente puedan suponer un riesgo para si mismas o para otras personas.

Siguiendo la clasificación de Hyman (1996), los pacientes que pueden presentar un episodio de agitación o violencia en el ámbito sanitario son:

- Pacientes con un trastorno psiquiátrico diagnosticable.
- Pacientes con un trastorno neurológico u otra patología médica que produce una alteración de la conducta.
- Pacientes que perciben sus actos o impulsos violentos como algo no deseado y solicitan ayuda psiquiátrica.
- Intoxicados por alguna droga o con abstinencia a ella.

10.5. ESCENARIOS CLÍNICOS DE APLICACIÓN.

El paciente puede ser atendido en su domicilio, en la calle, en un Centro de Atención Primaria, en un Centro de Salud Mental, en la Urgencia de un Hospital General, en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica al ingreso o de manera pre-

via al alta, o tratarse de pacientes atendidos en cualquier servicio de un Hospital General. En cada caso se intentará que las condiciones del entorno sean las más adecuadas para poder tratar la situación de la mejor forma posible.

10.6. PROCEDIMIENTOS DEL PROTOCOLO Y FASES DE APLICACIÓN.

10.6.1. Identificación y evaluación del riesgo de agitación, agresividad, violencia y/o conductas antisociales.

La identificación de situaciones de riesgo de agitación, agresividad, violencia y/o conductas antisociales la realiza cualquier profesional que trabaje en los contextos arriba citados:

- en el tratamiento ambulatorio en Centros de Salud Mental,
- en la atención Urgente,
- en el momento de ingresar al paciente en una Unidad de Hospitalización
- y de manera previa al alta.

La evaluación del riesgo la realizan los facultativos y/o D.U.E.s. y ha de traducirse en un registro documentado en la historia clínica y en la adopción de las medidas pertinentes. La predicción del riesgo de actuaciones agresivas, violentas o antisociales es relativamente válida si se hace a corto plazo (Binder, 1999).

Determinar los diferentes factores que pueden influir en el aumento o disminución de las conductas violentas de los pacientes con enfermedad mental, supone el primer paso en la prevención de estas manifestaciones. Aun cuando los factores de riesgo se muestran de forma individual, la mayoría de las veces se relacionan e interactúan entre sí. La confluencia de aspectos biológicos, psicológicos y sociales, hace necesario considerar las diferentes variables que pueden intervenir en el origen de la conducta agresiva para ejercer una acción profiláctica adecuada.

Signos de alarma para posible conducta violenta:

- Expresión facial tensa y enfadada.
- Aumento de la inquietud, necesidad de deambular.
- Signos de sobreexcitación: respiración rápida, jadeo, pupilas dilatadas.
- Aumento del volumen de voz.
- Contacto visual prolongado.
- Aislamiento, irritación.
- Mutismo, negativa a comunicarse.
- Alucinaciones de contenido violento.
- Pensamientos extraños, pobre concentración.
- Amenazas verbales o gestos agresivos.
- Réplicas o conductas semejantes que comuniquen enfado o sentimientos violentos.
- El paciente se sitúa obstruyendo la zona de salida.

Exploración psicopatológica

El instrumento más eficaz para manejar estas situaciones es su predicción a través de una adecuada valoración del riesgo. Posteriormente se determinarán las medidas adecuadas para prevenir su aparición, evitar una escalada del problema y minimizar el riesgo de complicaciones.

El resultado de la exploración psicopatológica proporciona al clínico información sobre las posibles causas de la conducta disruptiva y el riesgo potencial de daños en el paciente, los que le rodean o los profesionales.

El riesgo potencial ha de valorarse durante la entrevista determinando (Tardiff, 2004):

- El grado de inquietud o agitación del paciente.
- La existencia o no del deseo de agredir.
- El grado de impulsividad o de planificación de las amenazas.
- Los medios de que dispone el paciente para dañar a los demás.
- Los antecedentes de violencia previa o de conductas impulsivas (conducción temeraria, actuaciones sexuales, gastos excesivos, etc.) y los factores precipitantes, las víctimas y la gravedad de los daños.

El clínico ha de evaluar rápidamente la etiología posible de la situación de agitación, agresividad, violencia o comportamiento antisocial y valorar si es debida a la existencia de (Tardiff, 2004):

- Trastorno mental orgánico subyacente.
- Intoxicación por sustancias.
- Trastorno psicótico.
- Trastorno de la personalidad.

Esta distinción es de importancia capital dado que en el primer caso la aplicación de medidas de contención química puede resultar insuficiente mientras no se trate el trastorno orgánico subyacente, mientras que en los dos últimos casos la contención verbal adquiere mucha más importancia. En el caso de los Trastornos de la personalidad incluso se puede ofrecer al paciente la opción de ser medicado con la finalidad de que pueda sentir mayor control sobre su entorno y disminuya su agitación y hostilidad.

A veces será necesario entrevistar a otras personas (familiares, policía, médico de familia, etc.) dado que el paciente puede haber minimizado la existencia de conductas disruptivas o la presencia de factores de riesgo.

Los pacientes agitados o agresivos despiertan emociones intensas en los profesionales: miedo, irritación, malestar; de forma que el temor subjetivo que provocan puede servir de orientación sobre el potencial de violencia del paciente y ayudar a formular un juicio. Sin embargo la valoración del riesgo de conducta violenta debe ser lo más objetiva posible, considerando el grado con el que el riesgo percibido puede ser verificado. Siempre que se pueda, se utilizarán herramientas como escalas o entrevistas estructuradas que apoyen la evaluación, sin olvidar que no existe un estándar de oro.

Los componentes del riesgo de conducta violenta/agresiva pueden cambiar en función de diferentes circunstancias, lo que exige que la valoración sea continuada durante el período de tiempo en que se mantenga el riesgo elevado.

La valoración debe ser multidisciplinaria y quedar registrada adecuadamente, reflejando el lugar donde se realiza (servicio de urgencias, consulta externa, hospitalización) y el profesional que la hace. La información deberá pasarse a los diferentes dispositivos asegurando el mantenimiento de la confidencialidad.

Características de la entrevista

La entrevista clínica con el paciente será estructurada y sensible, y cuando sea necesario se hará con sus familiares. No sólo proporciona datos sino que es un inicio de la actuación terapéutica dirigida a disminuir o reducir la tensión emocional del paciente.

Ambiente terapéutico

La entrevista se realizará en un ambiente adecuado que garantice la seguridad de los profesionales y aporte tranquilidad al paciente. Un espacio adecuado puede tener un efecto mitigador de la conducta violenta:

- El despacho no debe estar aislado y dispondrá de mecanismos de alarma o de aviso (timbres o botones antipánico) de fácil acceso para los profesionales. No dispondrá de pestillo para cerrar la puerta desde el interior. Se deberá realizar un mantenimiento y comprobación regular y sistemática de los dispositivos de alarma.
- Los pacientes potencialmente violentos no deben entrevistarse en habitaciones llenas de gente, especialmente si el paciente está inquieto y necesita pasear.
- La habitación no debe tener objetos que puedan ser utilizados en un momento determinado como armas (ceniceros, instrumental, etc.).
- Los muebles de la habitación deberán estar colocados de forma que no dificulten el acceso a los mecanismos de alarma o dificulten la salida en caso de necesidad.
- El profesional se situará en un lugar con un acceso fácil a la salida. Se evitará, en lo posible, que el paciente se sienta acorralado, especialmente si tiene un trastorno paranoico.
- Si el paciente tiene algún arma, no se procederá a efectuar la evaluación hasta que no haga entrega de ella. Nunca debemos pedirle que nos la de en la mano, sino que la deposite en una zona neutral. Si no la entrega se deberá avisar al servicio de seguridad o a las fuerzas de orden público.
- Se valorará si los acompañantes del paciente ejercen una función desestabilizadora aumentando la agresividad, en cuyo caso debemos pedir que salgan de la habitación. Si por el contrario, sirven de apoyo y ayudan al control, se mantendrán presentes.

Realización de exámenes complementarios:

Es necesario descartar las causas orgánicas o tóxicas que generan cuadros de agitación y/o agresividad. Para ello es necesario realizar entre otros, y cuanto antes sea posible a lo largo del proceso, las siguientes pruebas:

- Sistemático de sangre.
- Bioquímica hemática.
- Análisis de tóxicos en orina.
- Pruebas de neuroimagen.
- Electroencefalograma.

Valoración de los factores de riesgo

Características demográficas:

No permiten hacer predicciones sobre un paciente individual pero son orientativas, ya que indican las características de los grupos con mayor riesgo de violencia:

- Sexo masculino.
- Edad entre 15 y 25 años.
- Bajo nivel educativo.
- Ausencia de raíces (baja estabilidad en el empleo, traslados, ausencia de vínculos familiares).
- Problemas económicos.

Factores relativos a la historia personal:

- Historia de conductas violentas o disruptivas.
- Historia de abuso de tóxicos o de alcohol.
- Antecedentes de haber sufrido abusos o violencia durante la infancia y adolescencia.
- Abuso de alcohol y otras sustancias.
- Actos impulsivos peligrosos.
- Negar actos previos peligrosos comprobados.
- Severidad o gravedad de estos actos previos.
- Acontecimientos vitales estresantes especialmente situaciones de pérdida o amenaza de pérdida reales o imaginarias.

Factores relativos a la situación clínica:

Las patologías que se asocian con más frecuencia a situaciones de agitación, violencia o comportamientos antisociales son:

- Intoxicaciones por alcohol, anfetaminas, cocaína, etc.
- Síndromes de abstinencia, en especial a hipnótico-sedantes.

- Síntomas de actividad de la enfermedad de base (Esquizofrenia, fase maníaca del Trastorno Bipolar, Demencia, etc.). Por ejemplo:
 - Ideas paranoicas independientemente del diagnóstico subyacente.
 - Alucinaciones auditivas de carácter imperativo que dan órdenes de realizar actos violentos.
 - Delirios de control.
 - Preocupaciones con fantasías violentas.
 - Susplicacia, hostilidad.
 - Irritabilidad (más que euforia) en Trastornos Bipolares.
 - Episodios confusionales sobre todo si está presente un menor control de impulsos.
- Rasgos de personalidad explosiva o antisocial.
- Poca adherencia al tratamiento.

Variables situacionales a considerar:

- Existencia o ausencia de soporte social.
- Disponibilidad inmediata de armas potenciales.
- Existencia de posibles víctimas: la violencia puede ser difusa o puede ir dirigida contra individuos concretos. Deberemos en este caso saber el potencial acceso a la víctima si existen planes concretos y disponibilidad de medios para hacerlo.

10.6.2. Elaboración de un Plan de protección y tratamiento.

El resultado de la evaluación ha de indicar si es necesario ingresar al paciente en un hospital, o, si es necesario realizar un plan de atención ambulatoria o post-alta que reduzca la exposición del sujeto a los factores de riesgo. El objeto es proteger al paciente de su agitación o de una escalada agresiva que pueda dañarle a sí mismo o a los demás.

Asimismo deberá valorarse la necesidad de implementar medidas de protección para las víctimas potenciales cuando existan pruebas suficientes de que el paciente atenta contra alguien en particular.

En el caso de conductas antisociales será necesario confrontar al paciente con dichas conductas, explicitar las consecuencias y acordar con el paciente el plan de acción a seguir.

En la implementación del Plan de protección y tratamiento será necesario prever las medidas necesarias para constituir o reforzar una relación terapéutica de confianza y evolucionar hacia una alianza de trabajo que permita evaluar conjuntamente el significado de las actitudes hostiles o disruptivas. Para ello es necesario:

- Aceptar al paciente y sus problemas, si bien no su conducta.
- Entender relacionamente su comportamiento como una forma de defenderse de amenazas, o ataques reales o imaginarios, o como una forma de mantener el sentimiento de autoestima ante humillaciones u ofensas reales o

imaginarias. En otras ocasiones como una forma de reforzar el sentimiento de autonomía y control.

- Evitar juicios de valor.
- Identificar el problema central relacional o la etiología orgánica, por abuso de drogas, etc. En cualquier caso:
 - Seleccionar el problema que parece originar el comportamiento disruptivo.
 - Efectuar una formulación tentativa para el paciente y discutirlo.
 - Valorar conjuntamente alternativas de conducta a seguir y sus posibles resultados.
- Elaborar un contrato terapéutico en los casos en que sea posible, y en todo caso después de realizada la contención.
- Elaborar medidas de protección para el paciente y los que le rodean. Las personas con ideación o fantasías agresivas o violentas requieren ser sometidas a vigilancia continuada. En caso de que el facultativo estime que la vinculación terapéutica es insuficiente como para garantizar la estabilidad del contrato formulado por el paciente, o que no existen condiciones ambientales suficientes como para confiar la seguridad del paciente a las personas de su entorno, será necesario hospitalizarlo. Las indicaciones para el ingreso pueden ser, entre otras, alguna o varias de las siguientes:
 - Necesidad de protección para el paciente o quienes le rodean.
 - Existencia de antecedentes personales o familiares de abusos físicos, sexuales, violencia o agresiones.
 - Acontecimientos vitales estresantes recientes graves, pérdidas o traumas emocionales.
 - Existencia de un trastorno psiquiátrico grave.
 - Existencia de impulsividad.
 - Angustia intensa.
 - Asegurar la cumplimentación de las prescripciones.

En aquellas situaciones en las que la violencia no tiene que ver con un problema de salud, ha de requerirse la intervención de las fuerzas de orden público.

10.6.3. Aplicación de técnicas relacionales para la reducción o desescalada de la agresividad.

El médico responsable asumirá el control en el caso de las situaciones de crisis, y determinará las medidas a emplear en cada momento. La aplicación de técnicas de desescalada a lo largo de la hospitalización la hará todo el personal asistencial que en el curso de su trabajo interactúe con el paciente. Se realizará de forma permanente aunque sea necesario utilizar adicionalmente otros tipos de intervención, y en ocasiones, será suficiente para controlar la conducta problema.

Recomendaciones a seguir:

- Hablar al paciente con voz baja y pausada.

- Dejarle tomar decisiones, por ejemplo, dónde quiere sentarse; manifestar señales de empatía y la no existencia de actitudes hostiles por parte del personal, por ejemplo, ofrecerle un vaso de agua puede ayudar a calmarlo.
- Mostrar tranquilidad y control sin llegar a ser sobreprotectores o desconsiderados.
- El profesional manejará su propia comunicación no verbal para no resultar amenazante ni provocador: controlar el contacto visual sin mantener demasiado la mirada para que no sea interpretada como desafiante por el paciente; proporcionar un espacio corporal más amplio de lo normal, adoptar una postura relajada.
- Mostrar preocupación e interés mediante respuestas verbales y no verbales buscando la empatía e intentar crear relación personal antes de iniciar las preguntas específicas dirigidas a entender su conducta o su actitud violenta. Al hablar de ello las preguntas serán directas, sinceras y centradas sobre los hechos, estimulando el razonamiento.
- Reconocer cualquier motivo de preocupación o queja que exhiba el paciente, sin ser paternalistas o minimizar las preocupaciones que muestre.
- Detectar qué puede calmar y qué puede incrementar el malestar del paciente, tanto de forma general como específica a partir de una escucha activa y de considerar las anotaciones de los profesionales que le han atendido previamente.
- Explicar al paciente y a los que se encuentran en el entorno el motivo de la intervención y lo que se debe hacer. Se darán instrucciones breves, claras y asertivas.
- Ofertar ayuda al paciente para el control de sus emociones poniendo límites claros a la conducta, evitando las amenazas o mostrando enfado. Los pacientes que temen perder el control responden bien a la fijación de límites; si el personal asistencial no los marca, el paciente puede sentir que está ya fuera de control.
- Evitar las provocaciones, reconocer la situación como una crisis y no responder a los desafíos.

10.6.4. Tranquilización con Psicofármacos.

El responsable de esta medida es el psiquiatra. Cuando las técnicas de desescalada son insuficientes es necesario aplicar otros tipos de intervenciones complementarias:

- Intervenciones físicas o contención mecánica.
- Reducción de estímulos externos, restricción de movimientos y en su caso aislamiento estimular y relacional preventivo.
- Tranquilización rápida y reducción de estímulos internos.

Todo lo relativo al empleo de la contención mecánica y a medidas de restricción de estímulos externos, restricción de movimientos y en su caso aislamiento estimular y relacional preventivo, está recogido en el protocolo para la Aplicación de Medidas Restrictivas que deberá consultarse a tal efecto.

Las consideraciones legales de la aplicación de un tratamiento farmacológico en un paciente agresivo y/o violento serán las mismas que cuando realizamos otras intervenciones terapéuticas no consentidas por el paciente cuya capacidad de toma de decisiones está reducida por su estado psicopatológico.

– **Tranquilización Rápida**

Se entiende por “Tranquilización rápida” el uso de fármacos para calmar o sedar ligeramente al paciente agitado y así reducir el riesgo de que se lesione a sí mismo o a otros. Se entiende por “sedación ligera” un estado de reposo y una reducción de la actividad psicológica que permite al paciente mantener el contacto verbal. Busca una rápida disminución del estado de intranquilidad, alcanzando una calma suficiente sin llegar a una sedación completa con pérdida de la consciencia, que podría tener complicaciones importantes. Se usa cuando otras técnicas como las técnicas verbales de desescalada han fallado.

Se prefiere, siempre que sea posible, la administración del medicamento por vía oral y, en su caso, la intramuscular. Se utilizarán pautas que implican de una a cuatro dosis distribuidas a intervalos de 30 a 60 minutos. Sólo se utilizará la vía intravenosa si se dispone de equipos de reanimación cardiorrespiratoria (el haloperidol a pesar de su eficacia demostrada por vía intravenosa no está autorizado por la FDA).

Se ha de efectuar un registro en las hojas de prescripciones evitando el uso de abreviaturas (como v.o. ó im).

Si el paciente está sometido al protocolo de reducción de estímulos externos, restricción de movimientos y en su caso de aislamiento estimular y relacional preventivo deberá estar en observación permanente y si se consigue el efecto del tranquilizante deberá reevaluarse la interrupción de la medida.

– **Pautas de administración de los tranquilizantes**

- En el paciente moderadamente agitado que acepta medicación oral y no hay síntomas psicóticos se administrará una benzodiacepina vía oral, por ejemplo 1 ó 2 mg. de lorazepam, de vida más corta que el diazepam. También se puede administrar una de vida larga, pero de inicio de acción rápido, como el diazepam 5 a 10 mg. Se pueden repetir las dosis cada 30 minutos hasta conseguir la tranquilización.
- Cuando el paciente no acepta la vía oral, debemos tener en cuenta que la absorción de benzodiacepinas por vía intramuscular es irregular, salvo en el caso del lorazepam (no disponible en España).
- Si hay historia de consumo de alcohol o sedantes y se trata de una intoxicación con alteración de la conducta, se utilizarán de inicio y según el grado de agitación, dosis bajas de neurolépticos, preferiblemente los de alta potencia (5 mg de haloperidol: 50 gotas oral ó 1 ampolla intramuscular) que se puede repetir a los 45 minutos en función de la evolución.
- Si se sospecha un Síndrome de abstinencia, la elección serán las benzodiacepinas como diazepam 10 mg., cada 6 h.; ó cloracepato 50 mg., cada 6 h.; ó lorazepam 2 mg., cada 6 h. Otra opción es utilizar clometiazol 576 mg (3 cápsulas) cada 6 h.

- Si se sospecha una intoxicación por sustancias, como anfetaminas, cocaína o fenciclidina también se aconsejan las benzodiacepinas pudiendo añadir 5 a 10 mg de haloperidol si aparecen síntomas psicóticos. En intoxicaciones por fenciclidina hay que tener precaución con el haloperidol porque puede empeorar la agitación.
- Si el paciente tiene antecedentes o clínica psicótica Se utilizarán neurolepticos, siendo de elección el haloperidol.
- Si el paciente admite la vía oral se aconseja utilizar una posología de 5 mg (50 gotas), repetida si es necesario a los 30 minutos, pudiendo añadir al haloperidol 1 ó 2 mg de lorazepam.
- Si no admite la medicación oral se administrarán 5 a 10 mg intramusculares repetidos cada 30 minutos hasta conseguir la sedación (máximo de 100 mg al día para un adulto).
- Otra opción es administrar junto al haloperidol 10-20 mg de diazepam ó 50 mg de cloracepato dipotásico, sobre todo si hay inquietud, lo que permite además emplear dosis más bajas de neurolepticos.

Tabla 1. Farmacocinética de diferentes Psicofármacos frecuentemente utilizados en la Tranquilización.

Fármaco	Vía	Niveles plasmáticos
haloperidol	oral	2-6 horas
haloperidol	intramuscular	15-60 minutos
lorazepam	oral	2 horas
lorazepam	intramuscular	60-90 minutos
olanzapina	oral	5-8 horas
olanzapina	intramuscular	15-45 minutos

- Si se administran neurolepticos de baja potencia como la clorpromazina, se puede alcanzar antes la sedación (25 ó 50 mg., evitando repetir antes de 4 ó 5 horas, ya que es el tiempo que tarda en alcanzar la actividad máxima y aumenta el riesgo cardiorrespiratorio), pero tiene más efectos secundarios de tipo anticolinérgico, tales como, hipotensión, arritmias, confusión, etc.
- La utilización de neurolepticos atípicos se está incorporando a la práctica clínica habitual por su mayor seguridad y menores efectos secundarios. Hay estudios sobre la eficacia de olanzapina, consiguiendo la sedación con dosis de hasta 20 mg., pero parece que éstos se han realizado en pacientes moderadamente agitados y sería necesario demostrarla en agitaciones graves. Otra opción a utilizar es la risperidona a dosis entre 2 a 6 mg. Sin embargo hay que considerar el aumento del riesgo de enfermedad cerebrovascular y muerte cuando se utilizan neurolepticos atípicos en pacientes de edad avanzada. Por ello se recuerda que la Dirección Gene-

ral de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo estableció para el grupo de antipsicóticos atípicos la exigencia a partir del 1 de febrero de 2005 de restricción de su uso en mayores de 75 años a las indicaciones terapéuticas recogidas en la ficha técnica así como a visado de inspección previo a su dispensación.

- Si la agitación es por una causa orgánica se recomienda haloperidol 3 mg (30 gotas) por vía oral ó 5 mg (1 ampolla) por vía intramuscular, repitiendo cada 30 ó 45 minutos hasta un máximo de 12 mg (120 gotas) ó 4 ampollas. Es el más seguro salvo en casos en los que haya posibilidad de bajar el umbral convulsivo tales como delirium tremens, abstinencia a benzodiazepinas, agitaciones comiciales o en cuadros extrapiramidales.
- Las complicaciones más frecuentes de la tranquilización rápida con psicofármacos son: pérdida de la conciencia, fallo de la vía respiratoria, colapso cardiorrespiratorio. Otras complicaciones pueden derivarse de las interacciones con tóxicos que el paciente hubiera podido ingerir o de la existencia de enfermedades médicas subyacentes.
- La tranquilización con psicofármacos es una medida puntual y de carácter temporal. Siendo una intervención rápida, los efectos desencadenados favorables y especialmente los no favorables (complicaciones) deben de estar previstos de antemano, y en especial las medidas correctas para paliarlas, por ello es necesario tener acceso a un equipo médico que pueda intervenir con carácter de urgencia (psiquiatra, internista, intensivista, etc.) y una equipación de soporte vital adecuado (carro de paradas, medicación de urgencias, tomas de oxígeno etc.). Periódicamente deben ser revisados la disponibilidad y accesibilidad, tanto de la equipación como de los síntomas.

Tabla 1. Pautas de tranquilización en pacientes agresivos

TIPO DE PACIENTE	ADMITE MEDICACIÓN ORAL	NO ADMITE MEDICACIÓN ORAL	AUMENTA LA AGITACIÓN	MAYOR AGITACIÓN
Sin síntomas psicóticos ni antecedentes previos de psicosis	Lorazepam 1 a 2 mg ó Diazepam 5 a 10 mg	Diazepam 10 mg intramuscular ó Clorazepato 20 mg intramuscular (absorción irregular)	Repetir dosis a los 30'	Seguir repitiendo cada 30' hasta conseguir tranquilizar
Consumidor de alcohol en abstinencia	Diazepam 10 mg/6h ó Clorazepato 50 mg/6h ó Lorazepam 2mg/6h ó Clotrimazol 1/6h Añadir: Tiamina 100mg intramuscular, Acido fólico 1mg oral, Magnesio 2mg intramuscular-intravenoso	Diazepam 10 mg/6h	Misma dosis cada 4 horas en benzodiazepinas ó clotrimazol 2/6h	Utilizar la dosis intravenosa garantizando equipo de reanimación cardiorrespiratoria





TIPO DE PACIENTE	ADMITE MEDICACIÓN ORAL	NO ADMITE MEDICACIÓN ORAL	AUMENTA LA AGITACIÓN	MAYOR AGITACIÓN
Intoxicación etílica	Haloperidol 30 a 50 gotas Vitamina B6 B1 intramuscular	Haloperidol una ampolla intramuscular Vit B6 B1 intramuscular	Repetir haloperidol a los 45'	Repetir cada 45' hasta tranquilizar
Consumidor de cocaína, anfetaminas	Diazepam 10 mg ó Clorazepato 20 mg	Diazepam 10mg intramuscular ó Clorazepato 20 mg intramuscular	Si aparecen síntomas psicóticos añadir ½ o 1 ampolla de haloperidol ó bien Olanzapina 10-20mg ó Risperidona 3-6 mg o	Repetir en 45' benzodiacepinas con o sin neuroléptico Evitar haloperidol si la intoxicación es por fenciclidina
Antecedentes de síntomas psicóticos	Haloperidol 50 gotas Se puede asociar 1-2 mg de lorazepam ó 10mg diazepam ó 50 mg clorazepato	1 o 2 amp Haloperidol intramuscular (si se asocia 25mg de Largactil o de Sinogan no se repetirán estos últimos, hasta pasadas 4 horas) ó 20 mg Olanzapina ó 3-6 mg Risperidona	Repetir Haloperidol cada 30' hasta tranquilizar	Dosis máxima de 100 mg de Haloperidol Sólo utilizar benzodiacepinas vía intravenosa (Midazolam 5mg ó Diazepam 10mg) si se dispone de equipo de reanimación
Agitación por causa orgánica	Las benzodiacepinas pueden aumentar la confusión. Haloperidol 30 gotas salvo riesgo de convulsión. Dar entonces Lorazepam 1-2mg.	1 ampolla haloperidol intramuscular	Repetir cada 45'	Dosis máxima de 12 mg oral ó 4 ampollas intramuscular

10.6.5. Establecer Nivel de Observación y Seguimiento.

Los síndromes de agitación, violencia o conductas antisociales requieren el establecimiento de un régimen apropiado de observación clínica y de seguimiento de la respuesta del paciente a las intervenciones terapéuticas.

El facultativo encargado del caso, o el médico de guardia, son los responsables de establecer el nivel adecuado de observación y seguimiento reflejando por escrito en la historia clínica y en las hojas de tratamiento la frecuencia de observación, las variables a observar, y, en su caso, si alguna persona dentro del equipo ha de realizar tareas especiales a este respecto. A estos efectos es necesario poner en marcha lo establecido en el Protocolo de Observación y vigilancia.

En los síndromes arriba citados hay ciertas circunstancias que requieren especial cuidado:

- Pacientes con QTc prolongado de forma congénita.
- Administración concomitante de drogas que alarguen el QTc.

- Presencia de alteraciones metabólicas, hipo o hipertermia.
- Estrés y esfuerzos extremos.

También se debe realizar una monitorización más intensa en las circunstancias siguientes:

- Cuando el paciente está dormido/sedado.
- Si se ha administrado medicación intravenosa.
- Si por las circunstancias, se han excedido las dosis recomendadas.
- Si el paciente tiene una enfermedad asociada que complique el riesgo.
- Si hay antecedentes de consumo de sustancias tóxicas.

Cuando el paciente no responde adecuadamente a la estimulación física, requerirá los mismos cuidados que un paciente anestesiado.

Es importante la realización de cursos de entrenamiento sobre el manejo de tranquilizantes y sus complicaciones. El uso de tranquilizantes en el paciente agitado puede conllevar riesgo, especialmente, si ha consumido otras sustancias, está deshidratado o padece alguna enfermedad física. Así mismo el personal ha de estar formado en técnicas de reanimación cardiorrespiratoria, resucitación y uso de desfibriladores.

10.6.6. Si procede, aplicación de Contención Mecánica.

La prescripción de la aplicación de medidas físicas de contención debe tomarla el psiquiatra responsable del caso, en su defecto el médico de guardia, y en caso de ausencia de ambos el D.U.E. y quedar reflejada por escrito en la Historia clínica y Formularios de tratamiento.

El objeto de la contención mecánica es la protección del paciente, de otros pacientes, de la familia y/o del personal cuando han fracasado las medidas verbales y farmacológicas para contener la agitación, la agresividad o la violencia. Su aplicación no requiere necesariamente que la situación violenta se haya producido sino que, sobre la base del conocimiento del paciente y de sus reacciones, los profesionales estimen que se va a producir de manera inminente (Tardiff, 2004).

Las indicaciones para el uso de la contención mecánica en situaciones de urgencia incluyen entre otras (Tardiff, 1984, 2004):

- Prevenir un daño inminente hacia los demás (otros pacientes, familia, personal), cuando otros métodos han resultado ineficaces o inapropiados.
- Prevenir un daño inminente al propio paciente cuando otros métodos de protección han resultado ineficaces o inapropiados.
- Prevenir una grave interrupción del programa de tratamiento o un daño significativo al entorno.
- Como parte de un programa de tratamiento conductual diseñado para el tratamiento del paciente.

En el caso de requerirse esta medida se debe seguir lo establecido en el Protocolo de aplicación de medidas restrictivas, estableciéndose la pauta de seguimiento, de reevaluación de la medida de contención, las variables físicas y menta-

les a monitorizar, etc., además de aplicar las medidas médico legales establecidas en el mismo y la notificación a la familia con el consentimiento del paciente.

Hay que recordar que el grupo de expertos de la APA (1984, 1993 y 1994) sobre usos psiquiátricos del aislamiento y la inmovilización recomienda que han de ser consideradas análogamente a la resucitación cardiopulmonar, requiriendo instrucciones escritas específicas y un manual para el uso del procedimiento, la aprobación de estas instrucciones por la administración del hospital, formación del personal sanitario y comunicación entre el personal sobre los problemas con las instrucciones y revisiones consiguientes.

Por ello los miembros del equipo han de conocer el protocolo y estar entrenados para su aplicación sabiendo el papel a desempeñar en cada momento. Es importante la realización de cursos de entrenamiento sobre el uso de medidas de contención física.

10.6.7. Elaboración del episodio de agresividad, violencia y/o contención o aislamiento.

Tras el episodio es necesario discutir con el paciente lo sucedido haciendo énfasis en la experiencia subjetiva del paciente, lo que experimentaba, sus ideas y sentimientos al objeto de ayudarlo a ser consciente de su forma de procesar la realidad y su situación emocional. Es importante buscar opciones con el paciente para prevenir nuevos episodios y realizar un contrato terapéutico consensuado en el que el paciente participe voluntariamente al objeto de aprender de la situación.

Por otra parte es necesario discutir lo sucedido con otros pacientes en las reuniones ordinarias existentes en la unidad o mediante una reunión extraordinaria destinada a que los pacientes puedan expresar su vivencia ante las agresiones ocurridas, o las medidas de control establecidas por el equipo terapéutico.

Así mismo es necesario discutir el episodio con el equipo terapéutico para entender mejor lo ocurrido, poner en común observaciones sobre las variables relevantes que disparan situaciones de agresividad en un paciente en concreto o en la unidad, repasar la actuación realizada y analizar posibles mejoras para episodios futuros.

10.7. PERIODICIDAD DE LA REVISIÓN EN CADA CENTRO:

Bianual.

Tabla 3. Protocolo de actuación ante el paciente agresivo y/o violento

ACCIÓN	TIEMPO	RESPONSABLE	CONTENIDO	INSTRUMENTO	RESULTADO
Identificación de signos de alarma	En cualquier momento del proceso asistencial	Cualquier profesional de los servicios de salud mental	Observación de actitudes y comportamientos de inquietud, agitación y/o conducta antisocial.	Relación de signos de alarma. Observación	Registro documentado en la Hª clínica. Adopción de medidas preventivas. Creación de un ambiente protector.
Valoración psicopatológica y del riesgo	En el momento que se detecten signos de alarma. Continuada durante el período de tiempo en que se mantenga el riesgo elevado	Psiquiatra, Enfermera/o, Psicólogo Médico de Atención Primaria Personal 112 Médicos de urgencias	Valoración de los síntomas psicopatológicos. Elaboración de hipótesis diagnóstica. Valoración de los factores de riesgo y protección. Establecimiento de relación terapéutica. Disminución del nivel de agitación y agresividad. Elaboración de Plan de protección.	Entrevista clínica Escala de Barrat de impulsividad Escala riesgo de violencia de Plutchnik Escala de agresividad manifiesta OAS de Yudofsky	Registro en Hª clínica, reflejando el lugar donde se realiza (servicio de urgencias, consulta externa, hospitalización) y el profesional que hace. Diagnóstico de la patología subyacente. Valoración del grado de riesgo para el paciente y los demás. Adopción de medidas preventivas por escrito. Creación de un ambiente protector. Eliminar estímulos contextuales de la agitación o agresividad.
Plan de Protección y tratamiento	Tras la valoración del riesgo	Psiquiatra, D.U.E., Psicólogo. Médico de Atención Primaria Personal 112 Médicos de urgencias	Reducir los factores de riesgo. Maximizar los factores de protección. Asignar responsabilidades Elaborar contrato de no violencia. Instaurar tratamiento	Plan de cuidados Contrato terapéutico. Manejo de factores ambientales.	Registro de medidas adoptadas en la Historia clínica Registro del tratamiento instaurado en la Historia clínica.
Realización de exámenes complementarios indicados por el médico responsable	En cuanto sea posible.	Enfermería	Identificar o descartar alteraciones físicas o tóxicos	Sistemático de sangre, bioquímica hemática, tóxicos en orina, pruebas de neuroimagen, E.E.G, etc.	Diagnóstico diferencial. Registro en Hª Clínica Informes de resultados





ACCIÓN	TIEMPO	RESPONSABLE	CONTENIDO	INSTRUMENTO	RESULTADO
Aplicar técnicas de desescalada de la agresividad	Desde la identificación de signos de alarma y a lo largo de la intervención	Todos los profesionales que intervengan en cada momento	Disminuir la tensión del paciente favoreciendo un ambiente de confianza y seguridad	Relación terapéutica Tono de voz Control de la comunicación no verbal Evitar amenazas Ambiente de respeto y protección.	Tranquilización del paciente Anotación en Hª Clínica
Administración de tranquilizantes	En el momento en que sea conveniente o cuando falle la desescalada verbal.	Enfermería y si fuera necesario ayudada por auxiliares, celadores, excepcionalmente por personal de seguridad	Rápida disminución de la intranquilidad para aminorar los riesgos de la agitación	Fármacos tranquilizantes Hojas de registro de prescripciones Observación adecuada al grado de sedación. Observación de efectos secundarios	Tranquilizar al paciente Prevención de los riesgos asociados al uso de tranquilizantes
Establecer Nivel de Observación	Al ingreso o cuando sea necesario. Revisar periódicamente	Facultativo y/o D.U.E.	Determinar el Nivel de Observación y seguimiento: variables a observar, frecuencia y personal encargado de realizarlo	Protocolo de observación y vigilancia.	Anotar en la Historia clínica el inicio y especificaciones del protocolo de Observación y Vigilancia Revisión periódica fechada y firmada.
Contención Mecánica	Cuando la situación clínica lo aconseje	Facultativo y/o D.U.E. Equipo asistencial	Proteger el paciente de dañarse a sí mismo o a los demás	Material homologado Procedimientos de contención y asignación de responsabilidades Formación continuada	Aplicar Protocolo de Medidas Restrictivas y anotación en Historia clínica.
Elaboración del episodio	Tras la finalización de la conducta y en una fase de estabilidad psíquica	Psiquiatra responsable, Psicólogo y equipo asistencial	Análisis en la relación terapéutica del episodio y elaboración intrapsíquica. Análisis por el equipo de los factores precipitantes y de la actuación realizada	Reuniones de equipo Reuniones ordinarias entre pacientes y profesionales	Aprendizaje a partir de la experiencia para el paciente y el equipo. Modificación si es necesario del protocolo de actuación. Incorporación de acciones de mejora. Elaboración de metas específicas en el tratamiento del paciente con relación a las respuestas de agitación, agresividad o conducta antisocial.

11. Protocolo de actuación ante pacientes con riesgo de fuga

11.1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

No es infrecuente que algunos pacientes hospitalizados en un momento determinado decidan abandonar el hospital o planificar una fuga, especialmente en los casos en que desconfían del entorno terapéutico o han sido ingresados en contra de su voluntad. Las fugas y las desapariciones corresponden al 9% de los incidentes de seguridad notificados al Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje del Reino Unido (NRLS 2006) en los dispositivos de agudos. En el 39% de los casos el paciente había expresado una clara intención de irse, haciéndolo por la puerta principal en la mayoría de los casos.

Debido a la vulnerabilidad del paciente en el contexto de una crisis, las fugas y abandonos son un riesgo para la seguridad del paciente y potencialmente de otras personas.

Bowers y cols. (1998) han identificado cuatro áreas de riesgo asociadas con la fuga: riesgo de suicidio y autolesiones, riesgo de agresión y violencia, riesgo de negligencia del propio cuidado y muerte, y riesgo de perder confianza en el servicio y daño a la organización.

La responsabilidad de los profesionales en cuanto a la custodia de los pacientes en salud mental, se ve en ocasiones en conflicto con el cumplimiento de la normativa vigente que salvaguarda el derecho a la autonomía del paciente (Ley 4/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente).

Es el caso de aquellas personas que estando en desacuerdo con el criterio médico e indicaciones para su tratamiento e internamiento, deciden abandonar el hospital. La organización sanitaria deberá procurar una atención que además de respetar la dignidad de la persona y libertad individual, garantice la seguridad de los pacientes a su cargo. En esta labor de custodia juega un papel importante el personal de enfermería, auxiliar y celadores.

Es necesario que las medidas a adoptar sean congruentes para “garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud” (Artículo 6, punto 4) establecido por la Ley General de Sanidad, 14/1986 de 29 de abril, y a la vez con el respeto a la Libre elección del paciente y a su consentimiento (Artículo 10, punto 6). Así mismo es preciso valorar los riesgos que la no intervención pudiera suponer

para el interesado cuando está afectado por una incapacidad para la toma de decisiones y cuando la urgencia no permita demoras.

11.2. OBJETIVOS

- Garantizar la seguridad del paciente y su permanencia en la unidad.
- Asegurar el cumplimiento de la normativa vigente relativa a los derechos del paciente.
- Garantizar la administración de cuidados y tratamientos.
- Prevención de accidentes.

11.3. PROFESIONALES QUE DEBEN CONOCERLO Y APLICARLO.

El presente documento está destinado a todo el personal sanitario, auxiliar, celador y personal de seguridad de las Unidades de hospitalización de salud mental, tanto para pacientes en crisis como pacientes crónicos, que potencialmente puedan intervenir para garantizar la seguridad del paciente y su permanencia en los dispositivos sanitarios mientras persista la necesidad de tratamiento.

La seguridad del paciente y por extensión de los propios trabajadores, depende de la actuación conjunta de todos los profesionales, personal sanitario (médicos y personal de enfermería) y personal no sanitario (celadores y personal de seguridad).

Todos ellos deberán estar familiarizados con las normas de la unidad, conocer la estructura y disposición de las instalaciones (barreras y sistemas de seguridad) y estar preparados para las acciones que de forma coordinada deben llevarse a cabo para el control de riesgos.

11.4. USUARIOS A QUIENES VA DIRIGIDO.

Pacientes de la red de Salud Mental en riesgo de abandonar las unidades de hospitalización psiquiátrica para quienes se ha considerado por razones clínicas la necesidad de tratamiento en régimen de hospitalización.

11.5. ESCENARIOS CLÍNICOS DE APLICACIÓN.

La aplicación de este protocolo, deberá ser tenida en cuenta en aquellas Unidades de Hospitalización Psiquiátrica y Servicios de Urgencias (pacientes en espera de valoración o ingreso psiquiátrico), en las que es preciso garantizar la estancia de los pacientes para valoración o tratamiento.

11.6. PROCEDIMIENTOS DEL PROTOCOLO Y FASES DE APLICACIÓN.

11.6.1. Identificación y evaluación de factores de riesgo de fuga y/o desaparición.

– Evaluación de factores de riesgo clínicos

La evaluación de la presencia de factores de riesgo de fuga ha de formar parte de la evaluación general de riesgos clínicos que se realiza en el momento de la admisión del paciente y durante la elaboración de la historia

clínica y la exploración psicopatológica, así como durante la valoración de enfermería.

- La baja o nula conciencia de enfermedad acompañada o no de internamiento involuntario.
- Alteraciones en la percepción de la realidad (ideas delirantes, alucinaciones, etc.).
- Síndromes de Demencia.
- Desorientación temporoespacial y Estados confusionales relacionados o no con trastornos mentales orgánicos, consumo de tóxicos y otros.
- Angustia o ansiedad psicótica.
- Trastornos de personalidad, estados disociativos, conductas impulsivas y otros.
- Dificultades para la aceptación de normas y límites.
- Antecedentes de conductas transgresoras en general (agresiones, consumo de tóxicos, fugas, etc.).

– **Evaluación de factores de riesgo no clínicos**

La evaluación de los riesgos no clínicos se realizará periódicamente, reflejando por escrito el resultado de la misma y las acciones a emprender en un tiempo determinado. Dicho informe podrá ser remitido en su caso, al equipo directivo. Entre los riesgos no clínicos deberemos tener en consideración todo lo relacionado con:

- Estructura del edificio e instalaciones en cuanto a estándares de seguridad establecidos para unidades de salud mental: bloqueo de apertura ventanas, apertura de puertas hacia el exterior, limitación para el acceso a determinadas instalaciones, etc.
- Organización de los servicios: que determinará la conveniencia de hospitalización en una u otra unidad dependiendo de la patología que presente el paciente, necesidades de cuidados, vigilancia o custodia y disponibilidad de personal y recursos.
- Situación del Equipo terapéutico, influenciada por variaciones en:
 - ◊ Dotación de personal (ausencias, bajas, disponibilidad, etc.).
 - ◊ Condiciones de trabajo (aumento o disminución del número de pacientes asignados a cada trabajador y carga de trabajo originada por cada uno de los pacientes, prolongación de las jornadas y horarios de trabajo, etc.).
 - ◊ Situación de los profesionales (fatiga, estrés, etc.).
- Circunstancias especiales de sobrecarga de trabajo tales como el aumento de la demanda asistencial o actividad en momentos puntuales de la jornada, coincidencia de ingresos, aumento de los requerimientos y necesidades de cuidados de los pacientes y/o familiares, traslados de pacientes a otros departamentos o consultas, etc.

Es responsabilidad de todos los profesionales el conocimiento sobre la estructura del edificio, disposición de dependencias e instalaciones y uso de los mismos, para que en lo posible podamos anticiparnos a los riesgos. Mantener un adecuado uso del edificio e instalaciones y comunicar inmediatamente la necesidad de reparaciones contribuirá a eliminar riesgos.

Las incidencias sobre la organización de los servicios y necesidades de reorganización, situación del equipo y circunstancias especiales de sobrecarga serán tenidas en cuenta por todos, comunicando lo antes posible al responsable o responsables de cada unidad (Jefe de Servicio, Supervisora, Responsable de celadores, Mantenimiento, etc.).

– **Valoración del nivel de riesgo.**

El análisis de la presencia de factores de riesgo en un caso dado es necesario completarlo con la valoración del impacto previsible en el curso del tratamiento. Así pues es necesario emitir un juicio sobre el riesgo que la conjunción de diversos factores de riesgo puede suponer y anotarlo en la historia clínica:

- Falta de conciencia de enfermedad y/o dificultades para valorar la realidad (Síndromes confusionales o delirantes) que ponen al sujeto en riesgo de perderse o desaparecer del dispositivo.
- Ingreso en contra de la voluntad del paciente.
- Verbalización de ideas o sentimientos de rechazo al equipo terapéutico.
- Evidencia de conductas que sugieren el deseo de irse.
- Expresión de planes para irse de la unidad.
- Amenazas si se impide la salida.

11.6.2. Elaboración de un Plan de Protección y Tratamiento.

– **Atención a las necesidades específicas del paciente en relación con el riesgo de fuga.**

Es necesario entender las necesidades subyacentes de la persona que tiene riesgo de fuga y elaborar un plan en consecuencia: por ejemplo, facilitando al paciente la experiencia de estar en un hospital en contra de su voluntad, ayudando al sujeto a conectar con la realidad, estableciendo un entorno amigable y de confianza, etc.

La fuga de pacientes psiquiátricos de las unidades de agudos plantea un problema importante para los profesionales que les atienden, y puede implicar riesgos significativos para ellos mismos y otros. Bowers y cols (1999), describe la metodología de un importante estudio prospectivo sobre la fuga de pacientes psiquiátricos de unidades de agudos en el East End de Londres, aportando informes y conclusiones sobre los motivos de la fuga de pacientes, como:

- El aburrimiento.
- Miedo a otros pacientes.

- Sentimiento de claustrofobia, sentimiento de sentirse atrapados y confinados.
- Responsabilidades en sus hogares.
- Sentimientos de abandono por parte de sus familiares.
- Preocupación por la seguridad del hogar y sus propiedades.

La fuga en la mayor parte de los casos es una reacción de autopreservación que tranquiliza al paciente ante la ansiedad, el abandono, o ante amenazas fantaseadas delirantes o no, para sí, sus familiares o sus propiedades. Por lo tanto es necesario crear un clima de seguridad que tranquilice al sujeto.

En otras ocasiones la fuga es una forma de recuperar el sentimiento de autonomía y una reacción ante un sentimiento de humillación. En este sentido el equipo ha de crear un clima de respeto con el paciente que prevenga niveles intolerables de ansiedad y un riesgo elevado de fuga.

– **Establecimiento del nivel de observación y vigilancia.**

Dependiendo del nivel de riesgo de fuga estimado. Implica la activación del protocolo correspondiente, descrito en otra parte de esta Guía.

El nivel de observación y vigilancia habría de establecer:

- Tareas protocolizadas y horarios para la comprobación de los sistemas de seguridad.
- Protocolización de rutinas y rondas de comprobación de permanencia de los pacientes, estableciendo al ingreso el nivel de observación que precisa.
- Medidas de seguridad para el traslado de pacientes o desplazamiento fuera de la unidad (realización de pruebas, consultas, visitas, etc.) y designación del personal responsable de su custodia (auxiliar, celador, seguridad).
- Modos de control de entradas y salidas de la unidad. (Tabla 1).

– **Implementación de medidas relacionales de seguridad.**

Medidas generales

Este conjunto de intervenciones acciones vienen indicadas por el psiquiatra, psicólogo o enfermera desde el mismo momento en que hayan sido detectados indicios de riesgo de fuga y han de ser reflejadas por escrito:

- Buscar una relación de confianza básica realizando una acogida al ingreso que transmita seguridad, disposición de ayuda, facilite la comunicación y colaboración.
- Ayudar a que el paciente y los familiares estén informados de lo que es previsible en la unidad y tengan información sobre las normas generales de la unidad, (horarios, situación y dotación de las instalaciones) y situaciones especiales o límites a ciertas actuaciones.
- Mantener una comunicación fluida con el resto del equipo, para conseguir intervenciones coordinadas.

- Estar atentos a las claves y verbalizaciones que denotan el deseo de abandonar la unidad y comunicarlas al resto del equipo.

Intervenciones con pacientes con baja o nula conciencia de enfermedad:

Los indicadores de riesgo de fuga relacionados con baja conciencia de enfermedad son conductas (ej.: la oposición al ingreso) o verbalizaciones (ej.: expresión del deseo de no permanecer en la unidad). Algunos pasos a seguir son:

- Informar a pacientes y familiares del tratamiento y cuidados necesarios, y de la necesidad de permanencia en la unidad.
- Buscar el acuerdo, durante la estancia explicando las razones de nuestra actuación, explorando con el paciente las mejores formas de conseguir sus objetivos y advirtiéndole sobre las consecuencias e inconvenientes del incumplimiento de las normas.
- Explorar mejoría en el grado de conocimiento sobre la enfermedad y necesidades de internamiento, cuidados y tratamiento.
- Apoyar y favorecer la manifestación de sentimientos, percepciones y temores.
- Explorar la capacidad para asumir el propio control de sus actos y responsabilidad, facilitar la expresión de desacuerdos y apoyar la asunción de responsabilidad sobre sus actos.
- Establecer acciones que garanticen la seguridad del paciente y posibiliten el tratamiento. En el plan de cuidados, quedarán concretados: técnica a emplear, lugar, duración y profesionales responsables de cada una de las acciones.

Intervenciones para el control de alteraciones de conciencia, estados confusionales y desorientación:

- Realización de un plan individualizado de cuidados de enfermería con indicaciones precisas sobre la necesidad de vigilancia, observación o contacto visual, custodia, etc., y en el que se valorará:
 - ◊ Necesidad de aplicación de técnicas de reorientación (tiempo, espacio y persona).
 - ◊ Necesidad de mantener determinadas condiciones de luminosidad o estímulos.
 - ◊ Necesidad de asignar personal de referencia que mantenga contacto visual.
 - ◊ Necesidad de confinamiento a un determinado espacio según lo establecido en el Protocolo de Aplicación de Medidas Restrictivas en lo referido a la Restricción terapéutica de estímulos y movimientos.
- Reorganización de las intervenciones de enfermería y actividad de la unidad, para garantizar la administración de cuidados relacionados con las necesidades básicas del paciente (higiene, alimentación, eliminación, sueño).

- Aplicar las medidas del Protocolo de Observación y Vigilancia: frecuencia de comprobaciones del estado de instalaciones y dispositivos (mobiliario, puertas, ventanas e instalaciones en general) y reorganización de la actividad programada.

Intervenciones para el control de síntomas psicóticos o alteraciones sensorceptivas.

Las intervenciones pueden ser las siguientes acciones:

- Aplicar las medidas del Protocolo de Observación y Vigilancia: frecuencia de comprobaciones del estado de instalaciones y dispositivos (mobiliario, puertas, ventanas e instalaciones en general) y reorganización de la actividad programada.
- Asegurar la toma de medicación y tratamientos. Por parte del equipo y a través de la relación terapéutica, permitir la expresión de la sintomatología, la exploración de medidas de afrontamiento eficaz y conseguir la colaboración para proseguir el tratamiento.
- Evaluar la capacidad para asumir el control de sus actos y nivel de responsabilidad.
- Valorar la necesidad de aplicar el Protocolo de Medidas Restrictivas, contemplando la necesidad de revisión de planes de cuidados ó necesidad de reorganización de la unidad que garanticen la seguridad del paciente y ajustándose a lo establecido en la normativa vigente sobre garantías de derechos del paciente.

11.6.3. Actuaciones ante una fuga o desaparición (Tabla 1).

- La persona que ha detectado la fuga o ausencia de un determinado paciente, comunicará inmediatamente esta incidencia a la enfermera de la unidad.
- La enfermera ha de poner en conocimiento al médico responsable de la unidad o psiquiatra de guardia la desaparición y se valorarán las medidas a adoptar.
- El psiquiatra valorará si es necesario o no poner el hecho en conocimiento de las fuerzas de orden público o de emergencias así como de la familia, teniendo en cuenta:
 - Los riesgos para el paciente y otras personas asociados al cuadro clínico.
 - La pertinencia de dar prioridad a la seguridad sobre la confidencialidad.
- Se decidirá la persona apropiada para las comunicaciones pertinentes a los distintos ámbitos:

En los casos de ingreso involuntario, el psiquiatra de guardia, notificará la fuga o desaparición al Juez de Guardia y al Juzgado que autorizó el internamiento mediante el formulario al efecto y archivará una copia de estos documentos en la historia del paciente (Anexo 1).

En los casos de pacientes que ingresaron voluntariamente y que abandonan la unidad sin previo aviso o sin haber solicitado el alta voluntaria, será necesaria la valoración del nivel de conciencia de enfermedad y grado de auto-

gobierno del paciente, así como del riesgo para sí y para terceros derivados del cuadro clínico.

- Si se concluyera la necesidad de mantener el ingreso en contra de la voluntad del paciente se notificará al Juzgado de guardia (Anexo 1).
- En los casos en que no se considere necesario mantener el régimen hospitalario de tratamiento:
 - ◊ El personal se pondrá en comunicación con la persona afectada para averiguar las razones de su marcha y renegociar la fórmula óptima para continuar el tratamiento.
 - ◊ En caso de no poder localizar al paciente se dará prioridad a la seguridad sobre el mantenimiento de la confidencialidad.
- En las situaciones en que se considere preciso el auxilio de los Servicios de Emergencias 112 y/o Fuerzas de Orden Público (Policía Municipal, Policía Nacional o Guardia Civil) el aviso se realizará mediante el formulario existente a tales efectos (Anexo 2) en el que se incluirá la información relevante para la localización del paciente (nombre, edad, peso, talla, ropa, etc.) así como una descripción detallada de aquellas características singulares que faciliten su localización.
- En todos los casos se anotará el suceso en la hoja de observaciones o incidencias de enfermería y en la historia clínica, describiendo el modo y circunstancias de la fuga así como la hora en la que se ha producido o detectado la ausencia del paciente.
- Comunicación al Servicio de Admisión de la ausencia detectada. El primer día laborable siguiente, y si el paciente aún no ha sido localizado, hay que valorar si se comunica al Servicio de Admisión:
 - Un alta por fuga o desaparición, para poder disponer de la cama.
 - La necesidad de mantenerla reservada.

11.7. PERIODICIDAD DE LA REVISIÓN EN CADA CENTRO:

Bianual.

Tabla 1. Protocolo de actuación ante pacientes con riesgo de fuga

ACCIÓN	TIEMPO	CONTENIDO	RESPONSABLE	INSTRUMENTO	RESULTADO
Evaluación de factores de riesgo	Al ingreso	Identificación y evaluación de riesgos clínicos y no clínicos.	Facultativo, D.U.E. y otro personal.	Entrevista al paciente y familia. Exploración psicopatológica.	Valoración del nivel de riesgo.
Elaboración de plan de protección y tratamiento	Tras la valoración de riesgos	Diseñar medidas orientadas a satisfacer las necesidades relacionadas con el riesgo de fuga, estableciendo el nivel de observación y vigilancia	Facultativo y D.U.E.	Análisis de necesidades relacionales del paciente Reunión de Equipo.	Prescripción del nivel de observación y vigilancia requerido. Listado de intervenciones relacionales.
Implementación de las medidas del plan	Inmediatamente tras el diseño y antes de 24 horas	Medidas generales Medidas relacionales en función del estado clínico (nivel de conciencia, síntomas psicóticos, etc.).	D.U.E., y personal sanitario.	Relación terapéutica Protocolo de observación y vigilancia Protocolo de aplicación de medidas restrictivas si fuera necesario	Mejora en la satisfacción de las necesidades relacionadas con la fuga.
Detección de la fuga o desaparición	En cualquier momento	Ausencia del paciente en las actividades asignadas o en las instalaciones	Todo el personal sanitario	Protocolo de Observación y Vigilancia	Comunicación a la enfermera y Psiquiatra. Anotación en historia clínica.
Evaluación de la actuación a seguir	Inmediata	Valoración del riesgo para el paciente y otras personas. Valoración de la comunicación a los familiares, Juzgado, 112 y Policía.	Facultativo, D.U.E	Valoración del estado psicopatológico y capacidad de autogobierno del paciente. Análisis situacional.	Comunicación a familia, y/o Juzgado, y/o Policía y/o 112 Asignación de responsabilidades.
Notificación al Juzgado	Inmediatamente	Comunicación de fuga en un ingreso no voluntario o en casos voluntarios en los que se requiere la continuidad del tratamiento	Facultativo	Formulario al efecto Fax	Comunicación urgente por Fax Comunicación por escrito antes de 24 horas.
Comunicación con el interesado y/o familia	Inmediatamente	Averiguar los motivos y renegociar el ingreso.	Facultativo y/o D.U.E.	Teléfono	Reingreso





ACCIÓN	TIEMPO	CONTENIDO	RESPONSABLE	INSTRUMENTO	RESULTADO
Comunicación con los Servicios de Emergencias 112	Inmediatamente	Alertar sobre la necesidad de localización del paciente	Enfermera	Teléfono	Anotación en la historia clínica.
Comunicación a los Servicios de Admisión	60 primeros minutos después de la ausencia	Alertar sobre la posibilidad de que el paciente acuda a los servicios de urgencias y/o admisión	Enfermera	Comunicación Telefónica	El servicio de Urgencias tiene en cuenta la posibilidad de asistencia del paciente.
	Siguiente día laborable	Comunicación de reserva de cama o de alta	Enfermera	Comunicación Telefónica	Conocimiento de la disponibilidad de cama
Estudio causal	Al finalizar el episodio	Analizar las causas e identificar mejoras en los procedimientos actuales.	Todo el equipo	Sesión de análisis causal	Informe de mejoras y modificación de procedimientos

ANEXO 1

NOTIFICACIÓN DE DESAPARICIÓN/FUGA AL JUZGADO

Ilmo. Sr. Juez de de la provincia
D./Dña.,
facultativo del Complejo Asistencial/Hospital.....,
colegiado/a nº.....

Comunica que:

En el día, a las horas, se ha advertido que Don/Doña....., de años de edad e ingresado/a en este servicio desde el día no se encuentra en estas dependencias. Sobre la base de la evaluación del estado clínico previo a su desaparición/fuga, se considera que subsiste la necesidad de tratamiento en régimen de hospitalización pudiendo de otra manera derivarse riesgos para el afectado u otras personas.

De las anteriores consideraciones no se puede inferir la capacidad de autogobierno en el futuro de la persona citada.

Lo que informo a Vd. a los efectos oportunos.

En, a de de 20.....

Fdo.:

ANEXO 2

NOTIFICACIÓN DE DESAPARICIÓN/FUGA PARA LA POLICIA

D./Dña.,
facultativo del Complejo Asistencial/Hospital.....,
colegiado/a nº.....

Comunica que:

En el día, a las horas, se ha advertido que Don/Doña....., de años de edad e ingresado/a en este servicio desde el día no se encuentra en estas dependencias. Sobre la base de la evaluación del estado clínico previo a su desaparición/fuga, se considera que subsiste la necesidad de tratamiento en régimen de hospitalización pudiendo de otra manera derivarse riesgos para el afectado u otras personas.

Descripción del paciente e información relevante para su búsqueda:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Lo que informo a Vd. a los efectos oportunos.

En, a de de 20.....

Fdo.:

12. Protocolo para la aplicación de medidas restrictivas

Durante la hospitalización de una persona que padece un trastorno mental, sobre todo si se encuentra en situación de crisis, a veces existe la necesidad terapéutica, ética y legal de utilizar medidas restrictivas en beneficio del paciente en el contexto de un plan de tratamiento. La aplicación de estas medidas requiere que se garanticen el respeto a la dignidad de la persona, el cumplimiento de sus derechos fundamentales y los que le asisten en la normativa vigente. Las medidas restrictivas que son objeto de este protocolo incluyen:

- Restricción Terapéutica de Estímulos y Movimientos.
- Restricción de comunicaciones con el exterior.
- Permanencia en Sala de Hospitalización.
- Tratamiento Médico sin Consentimiento del Paciente.
- Contención Física.

Son escasos los datos epidemiológicos sobre el uso de medidas coercitivas en psiquiatría. Los datos disponibles muestran sin embargo que estas medidas son frecuentemente utilizadas durante la hospitalización de pacientes psiquiátricos: entre 15-51 (Philips y Nasr, 1983; Okin, 1985), 32,3% (Kaltiala-Heino, Korkeilla, Tuohimäki y cols., 2000), 66% (Wadeson, 1976). En el estudio de Kjellin y Westrin (1998) el 65% de un grupo de pacientes ingresados en contra de su voluntad refirieron haber recibido medidas coercitivas incluso un 28% de los pacientes ingresados voluntariamente.

En la actualidad algunos países disponen de programas orientados a reducir la utilización de sujeciones mecánicas en los cuidados hospitalarios habiendo realizado el Instituto Joanna Briggs diversas revisiones sistemáticas sobre el tema que muestran como las alternativas a las sujeciones físicas, la formación del personal y la utilización de protocolos específicos, pueden reducir la aplicación de estas medidas en unidades de pacientes psiquiátricos, aunque esta reducción es menor que en residencias (NHMRC, 1999; Evans, Wood, Lambert y Fitzgerald, 2002).

Como señalan Mayoral y Torres (2005) la Constitución Española establece una protección del derecho a la libertad individual a dos niveles. Por un lado considera que la libertad tiene el carácter de valor superior del ordenamiento jurídico (Articu-

lo 1.1.C.E.). Por otro se protege de un modo especialmente intenso con un procedimiento especial y reforzado (artículo 53.2) la libertad física del individuo (Artículo 17.1). Estos autores recuerdan que en la Constitución no existe una mención a los tratamientos sanitarios obligatorios al contrario de lo que sucede en otros ordenamientos de nuestro entorno, lo que afecta especialmente al caso de los pacientes ambulatorios que se niegan a recibir un tratamiento. Efectivamente, la aplicación de un tratamiento forzoso en contra de la voluntad del paciente afecta al derecho general a la libertad establecido en el artículo 1.1.

El internamiento psiquiátrico no voluntario limita la libertad de movimientos ambulatoria a que hace referencia el artículo 17 de la Constitución, mientras que el resto de medios coercitivos afecta al derecho general a la libertad que protege el artículo 1.1. de la misma. En particular las medidas restrictivas de movimientos, especialmente la contención física, se producen en una situación de restricción general que es el internamiento no voluntario. No obstante si el internamiento no voluntario se justifica por la necesidad de tratamiento, éste debiera suponerse implícito en el conjunto de medidas restrictivas en el curso de una hospitalización no voluntaria.

En cualquier caso, como afirman Mayoral y Torres (2005) la intervención judicial ante las diferentes medidas coercitivas en psiquiatría se justifica sobre la base de la restricción de un derecho fundamental como es la libertad. Según estos autores los límites y garantías de cualquier medida coercitiva habrían de ser la idoneidad, la temporalidad, la revisabilidad y el control judicial. A pesar de que no existe ninguna norma explícita en el derecho español, ni en cuanto a supuestos de aplicación de medidas restrictivas, ni en lo referido a vigencia temporal, personal autorizado para la aplicación de las mismas, etc., la doctrina jurisprudencial del Tribunal Constitucional sobre las medidas restrictivas de derechos y libertades fundamentales es de tipo garantista.

Por otra parte el artículo 5 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (ratificado por España con fecha 26 de septiembre de 1979, y publicado en el Boletín Oficial del Estado de 10 de octubre de 1979; posteriormente revisado en conformidad con el Protocolo nº 11; Fecha de entrada en vigor 1 de noviembre 1998), y la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos equiparan el internamiento a la detención y que cuando esta tiene su origen en un proceso penal, detenidos, presos y penados son titulares de toda una serie de derechos y obligaciones establecidas en la Constitución Española, la Ley de Enjuiciamiento Criminal, el Código Penal. De tal suerte que si se produce una lesión en los mismos pueden invocar la correspondiente tutela judicial.

Así pues, la aplicación de medidas terapéuticas restrictivas han de cumplir los siguientes criterios:

- Han de contemplarse como medidas terapéuticas excepcionales.
- Se ha de realizar una valoración exhaustiva y sistemática del paciente, así como un seguimiento frecuente y observación continua, por parte del personal.
- Deben asegurar la garantía de los derechos de la persona.
- Se intentará indicar la medida menos restrictiva posible, entre las disponibles.

- Se requerirá la indicación individualizada del médico responsable por escrito, aún cuando el procedimiento haya sido iniciado por algún otro miembro del personal.
- En situaciones de riesgo grave para el paciente o los que le rodean, la indicación puede partir del personal de enfermería, requiriéndose a la mayor brevedad posible la valoración del médico.
- La orden deberá especificar un límite de tiempo.
- No deben ser utilizadas como medidas de castigo o intimidación, ni para compensar la escasez de personal.
- Se registrará por escrito todo el proceso, en formularios adecuados, que se incorporarán a la Hª clínica.
- Se informará al paciente y/ o a sus familiares del procedimiento que se le va a realizar, así como los motivos y objeto del mismo.

❖ **REGULACIÓN DE ESTÍMULOS, MOVIMIENTOS, COMUNICACIONES Y/O APLICACIÓN DE TRATAMIENTO EN CONTRA DE LA VOLUNTAD DEL PACIENTE.**

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

En muchos cuadros clínicos se requiere proteger al paciente de sus impulsos o de sus reacciones ante los estímulos externos. Las situaciones altamente emocionales que acompañan a la mayor parte de los cuadros psiquiátricos conllevan una sobreestimulación interna y/o externa para el paciente. Se genera un círculo vicioso en el que el sujeto responde excesivamente a las interacciones y acontecimientos habituales, y a la vez puede involucrarse en mayor número de contactos. Parte del tratamiento consiste en ayudar con fármacos a que el sujeto pueda tolerar mejor sus vivencias. En ocasiones, sin embargo, se necesita adicionalmente realizar una regulación estimular y de las reacciones del sujeto cuando éste carece de control sobre sí mismo.

Es preciso distinguir el control estimular y el aislamiento. La reducción de estímulos es una medida de tratamiento orientada a regular y controlar en grado diverso las aferencias estimulares, lo que puede incluir el control sobre alguno o varios de los siguientes aspectos:

- Las actividades en las que participa.
- Las comunicaciones externas: visitas, llamadas, correo, etc.
- Los movimientos del paciente fuera de la Unidad: permanencia y observación en la Unidad de Hospitalización.
- Las interacciones con el medio.
- Los movimientos del paciente y el espacio utilizable dentro de la unidad.

Se trata de una escala de medidas crecientes de control, de manera que la regulación de estímulos no comporta necesariamente la confinación del paciente a su habitación o a un espacio específico dentro de la unidad. De hecho la propia rela-

ción terapéutica puede ser el contexto que permita regular los influjos que llegan al paciente desde el entorno y ayudar al sujeto a interpretarlos de una forma que prevenga la sobreestimulación traumática y la agitación. En conjunto son medidas que solas o combinadas son menos restrictivas que el aislamiento o la contención física. El periodo de tiempo de aplicación ha de ser el mínimo imprescindible.

Por su parte el aislamiento y la privación estimular que acompaña a la contención física pueden aumentar la agitación y la desorganización mental si el paciente se ve sometido a condiciones de privación sensorial o de falta de conexión emocional con el equipo de tratamiento (Tardiff, 2004). Por lo tanto es necesario valorar sistemáticamente intervenciones alternativas a éstas.

A su vez, estas limitaciones no deben confundirse con las normas de régimen interno que existan en cada unidad, que no son restricciones sino pautas para el correcto funcionamiento.

Por otra parte en los casos de falta de conciencia de enfermedad, y con independencia del carácter voluntario o no voluntario del ingreso, hay pacientes que se niegan a dar su consentimiento para recibir un tratamiento psicofarmacológico o de otra naturaleza.

OBJETIVOS.

- Regular las aferencias estímulares adaptándolas a las necesidades psicobiológicas del paciente, con la finalidad de mejorar su estado mental.
- Prevenir las consecuencias psicológicas, sociales o físicas de acciones emprendidas bajo la influencia de alteraciones psicopatológicas que comprometen la conducta del paciente.
- Observar la conducta, síntomas y signos a efectos diagnósticos o de evaluación de la respuesta al tratamiento.
- Establecer límites seguros y protección para el paciente y otras personas.
- Controlar conductas de agitación, auto o heteroagresividad o conductas impulsivas.
- Controlar conductas perturbadoras.

PROFESIONALES QUE DEBEN CONOCERLO Y APLICARLO.

Todos los profesionales de las unidades de hospitalización psiquiátrica han de conocer el protocolo y participar en su aplicación según las normas que se establezcan en el plan terapéutico del paciente.

La indicación de un régimen de restricción de estímulos corresponde al médico responsable del paciente. En situaciones de urgencia y siempre que se cumplan las indicaciones, el personal de enfermería iniciará el procedimiento informando de ello al médico, que se personará para realizar la valoración, preferentemente antes de una hora y siempre antes de dos (Recomendaciones APA 1993).

El personal de enfermería se ocupará de la vigilancia, o en su caso del acompañamiento del paciente aislado, según las necesidades.

USUARIOS A QUIENES VA DIRIGIDO.

En función de la evolución de su estado clínico podrían ser tributarios de la aplicación del protocolo:

- Pacientes en estado de agitación que se exagera con la estimulación externa.
- Pacientes con umbral de estimulación disminuido.
- Pacientes con estados emocionales sobreestimulantes y/o excesivamente reactivos.
- Pacientes con conductas maníacas.
- Pacientes con conductas impulsivas.
- Pacientes con estado de desorganización conductual y/o disgregación.
- Pacientes con trastornos mentales orgánicos en estado de confusión mental o delirium.
- Pacientes con procesos orgánicos intercurrentes que requieran encamamiento o control médico estricto para su tratamiento (cardiopatías, infecciones, alteraciones metabólicas, etc.).
- Pacientes que requieren observación diagnóstica o evaluación de la respuesta al tratamiento.

ESCENARIOS CLÍNICOS DE APLICACIÓN.

Es un procedimiento para aplicar casi exclusivamente en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica tanto de corta como de media o larga estancia. A lo largo del tratamiento el paciente puede entrar en estados en los que experimenta una sobrestimulación agravada por los acontecimientos usuales en una unidad de tratamiento. Es durante estos períodos durante los que es valorable si está indicado o no aplicar el protocolo.

PROCEDIMIENTOS DEL PROTOCOLO Y FASES DE APLICACIÓN.

- La indicación de la medida le corresponde al médico responsable del paciente en ese momento, tras la valoración oportuna. Si por cuestiones de urgencia no es posible la presencia de éste, será el personal de enfermería quienes inicien el procedimiento informando de ello al médico, que se personará lo antes posible y realizará una valoración antes de una hora.
- Es necesario informar al paciente de la medida que se va a tomar, de las razones por las cuales se adopta y el método que se seguirá. Siempre que sea posible se acordará la medida con el paciente. La información ha de ser lo más comprensible posible, teniendo siempre en cuenta el estado mental del paciente.
- Durante el proceso, el personal ha de mostrarse respetuoso.
- Valorar en cada momento la seguridad del propio paciente y del personal, mostrando serenidad, respeto y seguridad evitando comportamientos provocativos.

- Se definirá el área de la unidad a la que se restringen los movimientos del paciente habilitando en ella las medidas de seguridad necesarias y asegurando que no existen objetos o dispositivos potencialmente peligrosos.
- La restricción de movimientos ha de compatibilizarse con el mantenimiento de una relación terapéutica por parte del personal de enfermería que sea apaciguadora y no sobreestimulante.
- Ha de respetarse la intimidad y la comodidad del paciente lo más posible. El área de restricción ha de ser suficientemente cómoda y estar bien ventilada, especialmente en los casos en los que los pacientes están sometidos a tratamiento neuroléptico dado que este puede interferir con la regulación de la temperatura corporal.
- El médico ha de anotar de manera motivada en la hoja de tratamiento la prescripción del protocolo, el nivel de vigilancia requerido y las variables psicopatológicas a monitorizar en el paciente. Así mismo debe figurar en la historia de enfermería.
- Comunicar al Juzgado la aplicación de la medida antes de las tres horas siguientes del inicio de la misma. Los supuestos legales que nos encontraremos serán:
 - Paciente que efectuó ingreso voluntario y que da su consentimiento por escrito a las medidas terapéuticas restrictivas: En este caso es necesario enviar al juzgado el formulario de consentimiento informado.
 - Paciente que efectuó un ingreso voluntario pero no da su consentimiento para la aplicación del protocolo:
 - ◊ Notificar al Juzgado el cambio de carácter del ingreso de voluntario a no voluntario mediante el formulario incluido en el Anexo VI del Protocolo de Garantía de Derechos durante la Hospitalización (Formulario de notificación de modificación del ingreso voluntario a no voluntario).
 - ◊ Acompañar el formulario de medidas restrictivas con fines terapéuticos.
 - Paciente que está ingresado con carácter no voluntario: enviar al juzgado el formulario de aplicación de medidas restrictivas por motivos terapéuticos.
- Valoración médica y seguimiento periódico del paciente, al menos cada cuatro horas valorando la evolución, la respuesta del paciente a la medida y la conveniencia de mantenerla o suspenderla.
- Observación por parte del personal de enfermería, al comienzo de cada turno, posteriormente cada quince minutos y a la finalización del turno.
- En caso de restricción de movimientos a la habitación, visitar al paciente al menos cada dos horas en el interior de la habitación para verificar su estado psicopatológico, conducta, signos y síntomas.
- Llevar a cabo el registro del seguimiento en la historia clínica y de enfermería.
- Realización de una sesión de discusión de la aplicación del protocolo tras cada episodio al objeto de aprender de la experiencia.

- Revisar y actualizar periódicamente el protocolo local basándose en los resultados clínicos.
- Monitorizar periódicamente el número de casos que han precisado la aplicación de este protocolo en la Unidad e introducir propuestas de mejora.

❖ **CONTENCIÓN FÍSICA O INMOVILIZACIÓN.**

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

En la atención de un paciente en estado de agitación y/o conducta violenta, la contención física o inmovilización puede utilizarse como una herramienta terapéutica. Los estados de agitación pueden acontecer tanto en pacientes con enfermedad mental, como en numerosos cuadros orgánicos, tóxicos, incluso como reacción al estrés. Por ello la contención física o inmovilización no es un procedimiento exclusivo de los dispositivos de ingreso psiquiátrico, sino que también puede ser requerida en otros dispositivos hospitalarios y extra hospitalarios.

La inmovilización de un paciente y/o su aislamiento, es una medida terapéutica preventiva que se suele aplicar para evitar que un enfermo se lesione a sí mismo o lesione a otros. Así, en esta medida concurren dos circunstancias: se aplica un plan terapéutico casi siempre sin el consentimiento del paciente y se le priva de libertad. La regulación de estas acciones se encuentra recogida en el Art.763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (internamientos involuntarios) y en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (consentimiento informado). La contención de una persona es un acto de privación de libertad, aún cuando la propia persona o su familia lo consientan.

OBJETIVOS.

- Evitar lesiones al propio paciente o daños a otras personas en situaciones de urgencia que impliquen un riesgo para la integridad física.
- Evitar daños materiales en la ubicación donde se encuentra el paciente.
- Evitar interferencias con el plan terapéutico del propio paciente o de otros pacientes (vías, sondas, etc.).
- Evitar otros riesgos inmanejables (fuga, intento autolítico).

Existe el riesgo de utilizar esta medida con fines diferentes. Hay que evitar siempre la contención física si se puede recurrir con eficacia a la contención verbal o química. No se debe usar como castigo, o como medida de control ante la falta de personal suficiente, etc. Tampoco estará indicada cuando exista una conducta violenta que no es síntoma de una enfermedad sino que es de carácter voluntario y por tanto constitutivo de delito.

PROFESIONALES QUE DEBEN CONOCERLO Y APLICARLO.

Psiquiatras, Personal de Enfermería, Personal Auxiliar, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Celadores.

USUARIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO.

Pacientes que sufran estados de agitación psicomotriz o conductas agresivas que supongan un riesgo para su integridad física o para la de otras personas y no respondan a la tranquilización verbal o química. También pacientes cuyo comportamiento suponga una interferencia en su proceso terapéutico o en el de otros pacientes.

ESCENARIOS CLÍNICOS DE APLICACIÓN.

Lo más habitual es que las contenciones tengan lugar en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica. También puede requerirse durante la recogida y traslado hasta el servicio de urgencias. Puede darse en otras Unidades de Hospitalización no psiquiátricas, Servicio de Urgencias, etc.

PROCEDIMIENTOS DEL PROTOCOLO Y FASES DE APLICACIÓN.

Se trata de una medida de tratamiento, por lo que es un procedimiento sanitario que tiene que ser indicado y llevado a cabo por personal sanitario, quienes en su momento podrían solicitar asistencia de otro tipo de profesionales, siempre manteniendo la dirección del proceso y su responsabilidad.

1. Espacio para efectuar la inmovilización.

Con la contención física se pretende la inmovilización parcial o de la mayor parte del cuerpo de un paciente, utilizando la cama como soporte. Lo óptimo es disponer de una habitación individual que cuente con las medidas de intimidad y seguridad necesarias, como por ejemplo disponer de una cama fijada al suelo o con sistema de frenado, sin objetos al alcance, etc. y asegurando la privacidad.

2. Material necesario para la contención.

El material que se emplee deberá reunir las condiciones necesarias para evitar lesiones o erosiones en el paciente. En cada dispositivo asistencial o unidad de hospitalización donde se pueda requerir la contención mecánica ha de haber al menos un juego completo de sujeción, que estará a cargo del responsable de enfermería. Es necesario asegurarse de que esté homologado, completo y en condiciones de ser usado, revisándose al menos con una periodicidad anual. Tendrá que estar guardado en el control de enfermería, en un lugar de fácil acceso y cómodo. Cada juego de sujeción contará con:

- Sujeción o cinturón de tronco.
- Dos sujeciones o cintas para las muñecas.
- Dos sujeciones o cintas para los tobillos.
- Cuatro alargaderas, ganchos para cada sujeción y un imán o botón de fijación.

3. Tipos y técnicas de contención.

- De tronco: Quedan libres las extremidades. Sólo se sujeta la zona toraco-abdominal a la cama. Se colocará al paciente semiincorporado en la cama, siendo necesario comprobar que no se interfiere la respiración. La sujeción

ha de colocarse a nivel lumbar, sujetando cada extremo a un soporte fijo o al somier de la cama de manera que quede tensa.

- De extremidades: Situar al paciente en posición cómoda y con las diferentes partes del cuerpo correctamente alineadas. Fijaremos un extremo de la cinta a un soporte fijo o somier de la cama, ajustando el otro extremo al tobillo o la muñeca del paciente mediante cierre de imán o botón de fijación.
- Contención completa. Se utilizarán a la vez la contención de tronco y la de extremidades.

4. Fases de la contención física.

- Identificación de factores de riesgo del paciente que aconsejan la aplicación del protocolo y valorar alternativas que eviten el uso de la contención física.
- En cualquier caso la sujeción física debería utilizarse como último recurso, y sólo cuando los beneficios potenciales sean mayores que el daño potencial que se ha descrito en estudios empíricos (BestPractice 2007). Entre estos daños cabe reseñar:
 - Lesiones directas por presión del sistema de sujeción: laceraciones, hematomas, estrangulamiento, lesiones de plexos nerviosos, lesiones isquémicas, asfixia, muerte súbita.
 - Lesiones indirectas: aumento de la tasa de mortalidad, desarrollo de úlceras por presión, caídas o imposibilidad para dar el alta.
- Si debe utilizarse sujeción física se recomienda que se emplee el nivel mínimo que garantice la seguridad del paciente o que facilite el tratamiento (BestPractice 2007).
- La indicación ha de darla el médico responsable del paciente en ese momento, tras la valoración del paciente. En el caso de que se produzca la necesidad urgente de contención en ausencia del médico, (no se encuentra en la planta, guardias localizadas), el enfermero/a puede iniciar el procedimiento, pero siempre comunicándoselo al médico y obteniendo su consentimiento lo antes posible. El psiquiatra responsable deberá valorar al paciente y ratificar esta necesidad preferentemente antes de una hora y siempre antes de dos (Recomendaciones APA 1993).
- Verificar que los materiales a utilizar están homologados y son seguros.
- El documento de registro de la contención mecánica ha de ser específico y aplicable tanto a la prescripción como al seguimiento.
- El documento de registro debe ser cumplimentado y firmado tanto por el médico como el enfermero/a. Si el médico no se encuentra, el enfermero/a hará constar en el formulario que se lo ha comunicado, y lo firmará con la mayor brevedad posible.
- Informar al paciente de la medida que se va a tomar, porqué se realiza y el método que se seguirá. La información ha de ser lo más comprensible posible teniendo siempre en cuenta las condiciones clínicas.
- De manera verbal y no verbal, ha de comunicarse al paciente que se trata de una medida de tratamiento y no de castigo.

- Durante el proceso de la contención, el personal ha de mostrarse respetuoso.
- Durante el proceso es necesario valorar en cada momento la seguridad del propio paciente y del personal, mostrando serenidad, respeto y seguridad.
- El personal mínimo para realizar una contención son 4 personas. El enfermero/a dirigirá las actuaciones. El resto de los profesionales que pueden intervenir dependerá del lugar donde se realice la contención. En el hospital serán auxiliares de enfermería, pudiéndose solicitar la colaboración de celadores y del personal de seguridad. Siempre que el médico responsable se encuentre en el lugar en el que se va a realizar la contención, sería conveniente su presencia, salvo en casos específicos en los que no se considere oportuno.
- Se retirarán todos los objetos potencialmente peligrosos. Asegurar que los pacientes que son fumadores no tengan a su alcance mecheros o cerillas. Se colocará la contención favoreciendo siempre la seguridad, comodidad e intimidad del paciente.
- Si el paciente se encuentra en posición supina comprobar que puede mover la cabeza libremente y puede levantarla de la cama para minimizar el riesgo de aspiración. No cubrir el rostro del paciente. Si el paciente se encuentra en decúbito prono asegurar que las vías aéreas no se encuentran obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada, lo que es especialmente importante en pacientes ancianos y obesos. Proteger los sitios de contacto con la piel para evitar lesiones (CISCP, 2009).
- La indicación de la contención, el tipo y la duración, así como la frecuencia del seguimiento deseable se registrará en el apartado de indicaciones terapéuticas de la historia clínica, Así mismo, reseñar en el apartado de curso clínico y en la historia de enfermería, la situación clínica del paciente y los motivos por los cuales se ha tomado la decisión.
- Comunicar al Juzgado la aplicación de la medida antes de las tres horas siguientes del inicio de la misma. Los supuestos legales que nos encontraremos al efectuar una contención serán:
 - Ingreso voluntario con consentimiento por escrito del paciente para su contención: En este caso es necesario enviar al juzgado el formulario de consentimiento informado.
 - Ingreso voluntario y ausencia de consentimiento del paciente para su contención:
 - ◊ Notificar al Juzgado el cambio de carácter del ingreso de voluntario a no voluntario mediante el formulario incluido en el Anexo 6 del Protocolo de Garantía de Derechos durante la Hospitalización (Formulario de notificación de modificación del ingreso voluntario a no voluntario).
 - ◊ Acompañar el formulario de restricción de movimientos con fines terapéuticos.
 - Ingreso no voluntario: enviar al juzgado el formulario de restricción de movimientos por motivos terapéuticos.

- Valorar los riesgos de la contención y prescribir medidas encaminadas a minimizarlos: ahorcamiento, dificultad respiratoria, compresión nerviosa, obstaculización de la circulación sanguínea (cianosis), compresión de edemas, hematomas, alteración de la integridad cutánea, caídas, broncoaspiración, incontinencia, estreñimiento, afectación psicológica (depresión, confusión, ruptura de la relación terapéutica, ideas paranoides, aislamiento social, etc.). Hay que tener especial cuidado con pacientes fumadores, inmovilización en posición supina sin elevación de cabeza por riesgo de broncoaspiración, anciano, paciente con deformidades, embarazada, etc.
- Pautar y realizar el seguimiento y observación del paciente, según las indicaciones que se establezcan y llevar a cabo el registro de ese seguimiento. El documento de registro de la contención mecánica ha de firmarlo tanto el médico como el enfermero/a. Si el médico no se encuentra, el enfermero/a hará constar en el formulario que se lo ha comunicado, y lo firmará con la mayor brevedad posible.
- El médico ha de observar al paciente lo antes posible tras efectuar la contención, y en todo caso antes de una hora:
 - En los pacientes de riesgo tromboembólico se dejará una pauta de anticoagulación preventiva.
 - Durante el tiempo que dure la contención se establecerá el régimen y la periodicidad de la valoración.
 - En cualquier caso, la necesidad de la contención, debe reevaluarse cada cuatro horas valorando el nivel de autocontrol del paciente y documentar en la Hª clínica la justificación de su continuidad.
- Las personas sometidas a medidas restrictivas deben ser valoradas y tratadas como “Pacientes de alto riesgo”, dado que en el momento de la inmovilización se les somete a una situación clínica de gran vulnerabilidad y a un alto nivel de dependencia, por lo que la atención de enfermería que precisan puede ser equiparada a la de cuidados intensivos.
- Dependiendo del paciente, el médico y/o enfermera determinarán el nivel de observación y vigilancia que precisa, siendo el mínimo recomendado el nivel de observación alto, haciendo especial hincapié en la prevención de los riesgos potenciales de la contención:
 - El personal de enfermería vigilará de forma continuada la inmovilización, de modo que el auxiliar observará al paciente cada 15 minutos.
 - Visitará cada dos horas el interior de la habitación con la enfermera, momento en el que se realizará la toma de constantes vitales y registrarán los datos observados durante la vigilancia.
 - Cambiar de posición las inmovilizaciones cada dos horas y evaluar los sitios de contacto de la piel con las sujeciones (CISCP, 2009).
- Rellenar adecuadamente la hoja de registro de la contención que se incorporará a la historia clínica.
- Realización de una sesión de discusión de la aplicación del protocolo tras cada episodio al objeto de aprender de la experiencia.

- Revisar y actualizar periódicamente el protocolo local basándose en los resultados clínicos.
- Monitorizar periódicamente el número de casos que han precisado contención en la Unidad e introducir propuestas de mejora.

5. Documentación Clínica y Administrativa.

- Registro de Contención física, indicación y pautas. (Anexo 1).
- Registro de seguimiento y finalización de la Contención física. (Anexo 2).
- Notificación al juzgado de restricción de movimientos por motivos terapéuticos. (Anexo 3).
- Consentimiento informado de Contención física (paciente y familiares). (Anexo 4).
- Notificación al juzgado de modificación del carácter del ingreso a no voluntario. (Anexo 5).

PERIODICIDAD DE LA REVISIÓN EN CADA CENTRO:

Bianual.

Tabla 1. Protocolo de contención física: procedimientos de protocolo y fases de aplicación					
ACCIÓN	TIEMPO	CONTENIDO	RESPONSABLE	INSTRUMENTO	RESULTADO
Identificación de factores de riesgo que aconsejan la indicación de la medida.	Al ingreso, ante la urgencia o riesgo lesivo y tras el fracaso en el intento de medidas no restrictivas	Identificación de riesgo inminente de auto o heteroagresividad, alteración del ambiente terapéutico, trastornos de conducta y/o alteraciones que no pueden ser controlada	Psiquiatra y/o Personal de Enfermería	Observación. Exploración. Historia Clínica.	Quedan identificados criterios e indicaciones de tratamiento mediante contención, excluyendo contraindicaciones
Intercomunicación del equipo	Cinco minutos	Comunicación de la necesidad de intervención al resto del Equipo	Psiquiatra	Comunicación verbal o telefónica. Hoja de registro.	Se conoce la necesidad de medidas de contención y prescribe este tratamiento
		Comunicación al Psiquiatra con carácter de urgencia de la necesidad	Enfermera		
Agrupar suficiente número de personas miembros del equipo.	Siete minutos	Comunicación con personal sanitario, celadores y personal de seguridad. El personal mínimo son cuatro personas.	Enfermera o persona a quien ésta haya encomendado la tarea.	Comunicación verbal o telefónica	Queda agrupado suficiente número de personas capaces de llevar a cabo una contención mecánica.





ACCIÓN	TIEMPO	CONTENIDO	RESPONSABLE	INSTRUMENTO	RESULTADO
Preparación de todo lo necesario	Diez minutos	Decidir el lugar donde será llevado a cabo el tratamiento y preparación de todo el material en la cama del paciente	Auxiliar de enfermería y/o Celador	Habitación de Aislamiento, Cama y Cinturones	Se dispone de todo lo necesario para la contención
Informar al paciente de la medida que se va a tomar	En el momento en que se haya decidido.	Comunicar porqué se realiza y el método que se seguirá. La información ha de ser lo más comprensible posible teniendo siempre en cuenta las condiciones clínicas. Transmitir al paciente que se trata de una medida de tratamiento y no de castigo.	Psiquiatra Personal de enfermería	Relación terapéutica	El paciente participa en el proceso terapéutico para recuperar su salud
Conducir al paciente a la zona elegida	Quince minutos	Informar al paciente de la necesidad, invitar a que camine hacia la habitación y realizar contención humana para dirigir al paciente	Auxiliares de enfermería y/o Celadores	Contención humana	El paciente se ubica en el lugar donde va a ser llevada a cabo la contención.
Contención Física	Diecisiete minutos	Aplicación de sujeciones al paciente sobre la cama	Todo el equipo	Sujeciones de Tórax, abdomen, manos y pies	Inmovilización parcial o general del paciente
Garantizar seguridad y atención del paciente.	Durante todo el proceso y duración del tratamiento.	Retirar ropas y objetos potencialmente peligrosos Disminuir estímulos externos Protocolización de cuidados y tratamiento	Todo el equipo	Observación Tratamiento Farmacológico	Queda garantizada la seguridad de pacientes y personal, administración de tratamiento, cuidados que eviten complicaciones
Registro y comunicación de la medida	Lo antes posible.	Registro en historia Clínica Informe para comunicación judicial	Psiquiatra	Historia Clínica	Constancia escrita de la intervención, argumentando la necesidad, criterios de aplicación y comunicación judicial
Valorar los riesgos de la contención y prescribir medidas encaminadas a minimizarlos	Desde que se indica la medida hasta la finalización de la misma.	Prevención de lesiones directas e indirectas de la contención.	Personal de enfermería	Observación Medidas de prevención	Aplicación de medidas preventivas como cambiar de posición las inmovilizaciones cada dos horas, evaluar los sitios de contacto de la piel con las sujeciones, etc.





ACCIÓN	TIEMPO	CONTENIDO	RESPONSABLE	INSTRUMENTO	RESULTADO
Realizar el seguimiento y observación del paciente	Desde el mismo momento que se aplica la medida hasta la finalización de la misma.	Garantizar la seguridad del paciente.	Personal de enfermería	Protocolo de Observación y vigilancia	Se garantiza la vigilancia de forma continuada de la inmovilización.

Tabla 2. Protocolo de regulación de estímulos, movimientos, comunicaciones y aplicación del tratamiento en contra de la voluntad del paciente

ACCIÓN	TIEMPO	CONTENIDO	RESPONSABLE	INSTRUMENTO	RESULTADO
Valoración de Criterios y necesidad de aplicación	Al ingreso y a lo largo de todo el proceso asistencial y tras el fracaso en el intento de medidas no restrictivas	Identificación de riesgo inminente de auto o heteroagresividad, alteración del ambiente terapéutico, necesidad de eliminación o disminución de estímulos, trastornos de conducta y/o alteraciones que no pueden ser controlada, identificada la necesidad de evitar visitas del exterior, llamadas telefónicas, envío o reopción de correo, así como evidentes signos de un trastorno mental que precisa de un tratamiento activo.	Psiquiatra.	Observación Exploración Historia Clínica	Quedan identificados criterios e indicaciones para la regulación de estímulos, movimientos, comunicaciones y aplicación del tratamiento en contra de la voluntad del paciente.
Informar al paciente	En el momento que se decida la indicación	Informar y comunicar las razones por las cuales se adopta la medida y el método que se seguirá. Siempre que sea posible se acordará la medida con el paciente. La información ha de ser lo más comprensible posible	Psiquiatra Personal sanitario	Relación terapéutica	El paciente participa de su proceso de recuperación de la salud





ACCIÓN	TIEMPO	CONTENIDO	RESPONSABLE	INSTRUMENTO	RESULTADO
Tras definir el área elegida., conducir al paciente a la zona elegida.	Quince minutos	Respetar la intimidad y comodidad del paciente lo más posible. Informar al paciente de la necesidad, solicitando su colaboración	Auxiliares de enfermería y/o Celadores	Comunicación	El paciente es aislado
Registro y comunicación de la medida	Antes de las tres horas siguientes al inicio de la misma	Registro en historia Clínica - Indicación de la medida, el nivel de observación requerido y las variables psicopatológicas a monitorizar en el paciente. - Así mismo debe figurar en la historia de enfermería. - Informe para comunicación judicial en los casos que se requiera	Psiquiatra Enfermera	Historia Clínica	Constancia escrita de la intervención, argumentando la necesidad, criterios de aplicación y comunicación judicial
Valoración médica y seguimiento periódico del paciente	Al menos cada 4 horas	Valorar la evolución, la respuesta del paciente a la medida y la conveniencia de mantenerla o suspenderla.	Psiquiatra	Observación	Garantizar la seguridad del paciente
Observación por parte del personal de enfermería,	El establecido en el protocolo de observación y vigilancia de acuerdo al nivel requerido	Valorar la evolución, la respuesta del paciente a la medida, evitando los riesgos que puedan suceder.	Personal de enfermería	Observación Relación terapéutica	Queda garantizada la seguridad de pacientes y personal, administración de tratamiento, cuidados que eviten complicaciones

ANEXO 1

REGISTRO DE CONTENCIÓN FÍSICA

DATOS DEL PACIENTE:

Espacio Etiqueta

TIPO DE INGRESO:

- Voluntario Forzoso
- Orden Judicial
- Autorización Judicial adjunta. Forzoso
- Autorización Judicial en trámite
- Otros _____

ORDEN DE TRATAMIENTO PARA CONTENCIÓN FÍSICA

Fecha y Hora de Comienzo: ____ h.

Fecha y hora de Finalización ____ h.

Firma del Médico

Firma de la Enfermera

Nombre _____

Nombre _____

CIRCUNSTANCIAS E INDICACIONES PARA LA CONTENCIÓN

Personas que atendieron la contención mecánica:

Nombre

Categoría profesional

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Descripción del proceso de contención:

ANEXO 2

HOJA DE SEGUIMIENTO DE LA MEDIDA DE CONTENCIÓN

	0-2 h		2-4 h		4-6 h		6-8 h		8-10 h		10-12h		12-14h		14-16h		16-18h		18-20h		20-22h		22-24h	
	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no
Contención verbal																								
Contención química																								
C. M. Torax																								
C. M. Abdomen																								
C. M. Pie y mano																								
C. M. Completa																								
Tipos de control, frecuencia de revisión y parámetros a controlar																								

REGISTRO DEL FINAL DE LA CONTENCIÓN

Paciente:

Médico/a que lo indica:

Enfermero/a responsable:

Motivos:

Procedimiento:

Comunicado al juzgado en fecha/hora:

Fdo. Enfermero/a:

Fdo. Médico/a:

ANEXO 3

NOTIFICACIÓN DE APLICACIÓN DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS RESTRICTIVAS

Ilmo. Sr. Juez de de la provincia
D./Dña.,
Psiquiatra del Hospital
colegiado/a nº.....

Comunica que:

Don/Doña, de años
de edad y provisto de DNI, ingresó carácter (voluntario/no
voluntario) el día, a las horas,
en la Unidad del
Centro

A la vista de los resultados del examen clínico efectuado considero necesario
aplicar las siguientes medidas terapéuticas de tipo restrictivo:

1. Restricción de comunicaciones.
2. Restricción Terapéutica de Estímulos y/o Movimientos.
3. Permanencia en Sala de Hospitalización.
4. Tratamiento Médico sin consentimiento.
5. Contención Física.

Su estado mental interfiere en este momento de forma severa con su capaci-
dad de juicio y volitiva. De no aplicarse las medidas citadas podrían derivarse ries-
gos para el/la afectado/a u otras personas.

Lo que informo a Vd. a los efectos oportunos.

Fdo.:

En, a de de 20.....

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS RESTRICTIVAS

Yo, D./D^a,
estando ingresado/a para tratamiento en el Servicio de Psiquiatría del Complejo
Asistencial de he sido
informado/a por el Dr/a
de que como parte del tratamiento de la patología que padezco es necesaria la apli-
cación temporal de la siguiente medida terapéutica:

1. Restricción de comunicaciones.
2. Restricción Terapéutica de Estímulos y/o Movimientos.
3. Permanencia en Sala de Hospitalización.
4. Tratamiento Médico sin consentimiento.
5. Contención Física.

Entiendo correctamente la información que se me ha proporcionado, así como
el propósito de la medida, las complicaciones que pueden surgir y el marco legal
que me asiste, y estoy de acuerdo en su aplicación.

Fdo.: Paciente: Fdo.: Médico:.....

En, a de de 20.....

ANEXO 5

NOTIFICACIÓN AL JUZGADO DE MODIFICACIÓN DEL CARÁCTER VOLUNTARIO DEL INGRESO A NO VOLUNTARIO

Ilmo. Sr. Juez de de la provincia
D./Dña.,
Psiquiatra del Hospital
colegiado/a nº.....

Comunica que:

Don/Doña, de años
de edad y provisto de DNI, ingresó voluntariamente
el día, a las horas, en la Unidad
..... del Centro

Con fecha la persona citada no está de acuerdo en (señalar):

- continuar su tratamiento
- continuarlo en régimen de hospitalización.

A la vista de los resultados del examen clínico efectuado considero sin embargo que sigue siendo necesario mantener el tratamiento y el ingreso actual. Su estado mental interfiere en este momento de forma severa con su capacidad de juicio y volitiva. De no mantenerse el tratamiento que precisa y la hospitalización podrían derivarse riesgos para el/la afectado/a u otras personas por lo que solicito se autorice el cambio del régimen de ingreso a no voluntario.

Lo que informo a Vd. a los efectos oportunos.

Fdo.:

En, a de de 20.....

13. Protocolo de actuación ante el riesgo de accidentes/caídas

13.1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

Los accidentes de pacientes son el tipo de incidente más común entre los notificados al Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje del Reino Unido (NRLS 2006), con un 34,7% del total de las notificaciones. De ellas el 80,9 % corresponden a incidentes por caídas. Esto obliga a reflexionar sobre el problema de salud que supone este hecho, y las repercusiones que conlleva tanto a nivel personal como en costes sanitarios. Una caída puede traer complicaciones serias para el paciente, lo que dificulta o retrasa su tratamiento, ocasiona dolor y sufrimiento y prolonga la estancia hospitalaria. Otros accidentes notificados incluyen choques/golpes con objetos (9,3%), exposición al frío o calor incluyendo fuego (4,2%), contacto con objetos cortantes incluyendo agujas (1,6%), accidentes de tráfico/atropellos (0,1), exposición a sustancias peligrosas (0,5%), tratamiento/manejo inadecuado del paciente (0,4%), otros (3%).

La ocurrencia de accidentes en los Trastornos psiquiátricos depende por una parte de la naturaleza de los síntomas (alteraciones del nivel de vigilancia, inversión del ritmo sueño-vigilia, deambulación errática, hiperactividad, impulsividad, falta de atención, alteraciones mnésicas, incontinencia, desorientación temporoespacial, falsos reconocimientos, etc.) y, por otra, de los efectos adversos de los tratamientos (sedación, acatisia, hipertonia muscular, etc.). La seguridad en la asistencia requiere un control especial de estas variables y adaptar las condiciones de habitabilidad de las unidades de psiquiatría.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define el término “caída” como “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad”. En los hospitales de agudos las caídas de personas mayores representan una causa importante de morbimortalidad. Aunque todos los pacientes tienen riesgo de caerse durante la hospitalización se han asociado algunas variables con un aumento del riesgo, entre ellas, la edad, el estado cognitivo, el historial de caídas, los fármacos, la movilidad reducida, y las necesidades especiales de higiene. Esta evidencia ha sido clasificada en el nivel III, esto es, proviene de series temporales o estudios no controlados (Lambert y cols. 1998). Más de un 70% de las muertes por este motivo suceden en sujetos mayores de 65 años. Los accidentes son la sexta causa de muerte en personas mayores de 65 años y

las caídas son la principal causa de muerte por accidente, siendo los factores extrínsecos responsables del 22% de las caídas (Urruela, Gómez, Iglesias y cols., 2002).

La prevención de las caídas, ha de ser por tanto un indicador de calidad de las unidades asistenciales debiendo desarrollarse medidas con el fin de proteger al paciente hospitalizado.

13.2. OBJETIVOS.

- Identificar a los enfermos con mayor riesgo de sufrir accidentes/caídas.
- Diseñar acciones de prevención.
- Identificar las variables del entorno que aumentan el riesgo de accidentes y mejorarlas.

13.3. PROFESIONALES QUE DEBEN CONOCERLO Y APLICARLO.

Todos los profesionales implicados en el tratamiento y cuidado de los pacientes psiquiátricos (Médicos, DUEs, Trabajadores Sociales, Psicólogos, auxiliares, celadores, etc.).

13.4. USUARIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO.

Personas con trastornos mentales en tratamiento, especialmente aquellas con mayor riesgo de padecer accidentes/caídas: ancianos, pacientes con antecedentes de caídas o accidentes, personas polimedicadas o que reciben dosis elevadas de psicofármacos, con falta de control de los impulsos, hiperactividad, desorientación, incontinencia, inversión del ritmo sueño vigilia, comportamiento desorganizado, cuadros delirantes, etc.

13.5. ESCENARIOS CLINICOS DE APLICACIÓN.

Unidades de Hospitalización psiquiátrica, Centros de Rehabilitación psicosocial, Hospitales de Día, Unidades de Convalecencia, Unidades de Rehabilitación, Unidades de referencia regional, Equipos de salud mental.

13.6. PROCEDIMIENTOS DEL PROTOCOLO Y FASES DE APLICACIÓN.

13.6.1. Identificación de factores de riesgo asociados a Accidentes/caídas (Ver Tabla 1).

La identificación de presencia de factores de riesgo de caídas/accidentes ha de efectuarse de manera sistemática en el momento de la admisión del paciente en los dispositivos psiquiátricos. Así mismo ha de efectuarse una evaluación anual de los factores de riesgo asociados a la infraestructura de las unidades. Al margen de los factores que se citan a continuación, cada institución puede elaborar subgrupos de población con riesgos propios.

- **Factores de riesgo intrínseco.** Cuanto más aumenta el número de factores de riesgo más aumenta la probabilidad de accidentes o caídas.
 - **Cambios propios de la edad.** Algunos estudios sugieren que los mayores de 65 años tienen más riesgo de caerse (Lambert y cols., 1998).

- **Patología de base.** Varios trastornos psiquiátricos aumentan la probabilidad de autolesiones, auto/heteroagresividad, trastornos de la conducta, de la conciencia. Algunos estudios sugieren que un paciente con insuficiencia cardíaca congestiva, neoplasia o accidentes cerebrovasculares pueden tener mayor riesgo de caídas.
 - **Tratamientos psicofarmacológicos:** Los efectos secundarios pueden ser decisivos en la aparición de un accidente. Los neurolépticos y benzodiazepinas pueden disminuir los reflejos así como el nivel de conciencia. Esta circunstancia se ve agravada por las interacciones entre fármacos, (beta-bloqueantes, IMAOS, antidepresivos tricíclicos, diuréticos, hipotensores, etc).
 - **Consumo de sustancias tóxicas:** alcohol, cocaína, éxtasis, etc.
 - **Respaldo Psicosocial del Paciente.** Si bien la presencia de un familiar no garantiza la disminución del riesgo de accidentes/caídas es una variable a tener en cuenta en los tratamientos ambulatorios. Los cuidados de soporte son importantes para evitar accidentes en los casos de demencias, trastornos mentales orgánicos, trastornos límites de la personalidad, etc. La presencia de soporte psicosocial no exime a los profesionales de elaborar un estudio de riesgos y diseñar medidas de prevención.
- **Factores de riesgo extrínsecos.** Son aquellos que están relacionados con el entorno:
- **Espacio.** La estructura arquitectónica de las unidades es clave en la prevención de accidentes. Desde este punto de vista tanto paredes como suelos, ventanas, puertas, etc., deben estar adaptadas a su función de manera que sean estructuras diseñadas para evitar y, en su caso, mitigar la gravedad de un accidente.
 - **Accesos.** Deben estar clara y correctamente señalizados y coordinados con otros servicios tanto del hospital como de los agentes implicados en la actuación tras el accidente (Bomberos, 112, FOP, etc.). Es importante evitar las barreras arquitectónicas, y que las vías de evacuación estén claras y bien visibles.
 - **Mobiliario.** Tanto por su potencialidad como objetivos lesivos, por combustión o como elementos traumáticos, deben ser objeto de especial atención en el plan de prevención de accidentes de las unidades de hospitalización. Debe ser adecuado a su función, (con rebordes redondeados mínimamente traumáticos,...), compacto, ignífugo o autoextinguible. Ventanas y puertas con sistema de control de apertura y cierre. Eliminación de puntos de difícil acceso (caída entre dos camas no móviles). Salas de medicación, almacén y limpieza, de acceso restringido. Zonas de trabajo del personal o despachos sin “zonas ciegas”, y sistemas de control que anulen la posibilidad de cierre desde el interior, etc.
 - **Materiales no propios de la unidad.** Los carros de las comidas, carros de personal de mantenimiento, valijas de familiares, visitas pueden ser fuente potencial de accidentes.
 - **Infraestructura y equipamiento de apoyo.** Si hay un accidente, tiene que haber preparada una infraestructura y equipamiento para la actuación

inmediata. Cuanto antes se preste asistencia a un accidentado mejoran significativamente las posibilidades en cuanto a su pronóstico.

- **Otros factores externos.** Cortes del fluido eléctrico, escapes de gas, introducción en las unidades de tóxicos, alcohol, drogas, cerillas, objetos lesivos, etc.

13.6.2. Evaluación del riesgo de padecer accidentes/caídas.

Si pueden identificarse los pacientes con alto riesgo de accidente y caídas entonces pueden establecerse intervenciones apropiadas para disminuir dicho riesgo, estando todo ello basado en los niveles de evidencia III y IV (evidencias obtenidas de series temporales, estudios no controlados y opinión de profesionales de reconocido prestigio, estudios descriptivos o informes de comités de expertos (Instituto Joanna Briggs, 1998). Un programa de cribaje sólo es útil si existe también una intervención eficaz para las personas identificadas como de alto riesgo. A estos efectos para la cuantificación del riesgo de accidentes/caídas es útil la Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton, 1993. RIESGO ALTO > 2 puntos (Anexo 1).

No obstante factores como el personal nuevo, la gravedad del paciente y los índices de ocupación del servicio pueden tener un impacto en el número de caídas del paciente pero no están incluidos en ningún instrumento de evaluación.

Es necesario registrar en la historia clínica y de enfermería el resultado de la valoración efectuada y de las medidas a implementar.

Tabla I. Algunos factores de riesgo asociados a caídas y accidentes en unidades asistenciales	
Edad > 60 años	Trastornos de estabilidad y marcha
Debilidad muscular	Uso de sedantes hipnóticos
Polimedicación	Hipotensión ortostática
Uso de antihipertensivos	Hipoacusia
Disminución de la agudeza visual	Alteraciones cognitivas
Alteraciones sensorio-perceptivas	Alteraciones del control de los impulsos
Alteraciones del nivel de vigilancia	Calzado inapropiado
Hiperactividad	Utilización de prótesis
Incontinencia Urinaria	Alteraciones osteomusculares
Historia de caídas y/o accidentes previos	

13.6.3. Diseñar un plan de actuación.

- **Informar al paciente y la familia**, especialmente en los tratamientos en régimen ambulatorio, de los factores de riesgo detectados instruyéndoles en las medidas de prevención necesarias.
 - Explicarles las causas del riesgo y las medidas a adoptar.
 - Solicitar a la familia participación en los cuidados.
 - Mantener comunicación estrecha con el paciente y/o familia.
- **Establecer el plan de cuidados hospitalarios y las intervenciones de enfermería** que incluyan, entre otras actividades:

Verificación de la seguridad ambiental:

- Retirar de la habitación el material que pueda producir caídas (mobiliario, agua, cables, etc.).
- Comprobar que la cama esté frenada, sobre todo cuando el paciente se vaya a acostar.
- Colocar la mesita de noche en una posición fácilmente accesible.
- Situar el timbre de alarma en un sitio fácilmente accesible.
- Mantener luz difusa en la habitación durante la noche.
- Facilitar que el servicio esté accesible y con asideros.
- Asegurar la correcta posición de los laterales abatibles de las camillas cuando se realicen traslados.
- Asegurar que están al alcance las ayudas técnicas (bastones, andadores, prótesis, etc.).
- Revisar los aparatos eléctricos de la habitación por el servicio de mantenimiento para comprobar su buen estado y funcionamiento.
- Mantener los productos tóxicos fuera del alcance de los pacientes.
- Evitar suelos húmedos y encerados.

Establecimiento del nivel de vigilancia y observación adecuado a las necesidades de paciente (Ver Protocolo de Observación y Vigilancia).

Movilización y deambulación seguras:

- Concienciar al paciente en riesgo de la necesidad de solicitar ayuda para la movilización y deambulación.
- Ayudar a desplazarse a los pacientes en alto riesgo.
- Caminar con los pacientes por el pasillo una o dos veces por turno.
- Acompañar al paciente en el aprendizaje del manejo de ayudas técnicas (andador, muletas, etc.).
- Colocar a los pacientes con incontinencia cerca de los baños.
- Evitar el desorden y el amontonamiento de objetos.
- Asegurar que el paciente vista ropa y calzado adecuados.

Higiene supervisada o asistida por el personal de enfermería o familiar.

- Controlar a los pacientes que están tomando laxantes y diuréticos.
- Asear a los pacientes de riesgo rutinariamente.
- Acompañar al paciente que lo necesite, en su aseo.
- Instruir a los pacientes masculinos propensos a los mareos en la utilización del aseo estando sentados.

Intervenciones sobre el estado cognitivo:

- Situar en el tiempo y el espacio a los pacientes desorientados.
- Orientar a los pacientes en el entorno.
- Emplazar a los pacientes desorientados cerca del control de enfermería.
- Facilitar que los miembros de la familia se sienten con los pacientes desorientados.
- Procurar cuidar a los pacientes desorientados en cama baja.

13.6.4. Reevaluación periódica.

- Reevaluación del estado físico y mental del paciente en cada cambio de turno o cuantas veces sea necesario.
- Identificar causas en el empeoramiento del estado de salud.

13.6.5. Informar al paciente y familiar.

- Sobre las condiciones existentes al momento de la reevaluación.
- Rediseñar el plan de actuación: modificar medidas o mantenerlas.

13.6.6. Documentar en la Historia clínica y de Enfermería, la identificación, valoración y seguimiento de los riesgos.

13.6.7. Actuación ante accidentes/caídas.

– **Ante una caída**

Si a pesar de aplicar las medidas de prevención se produce una caída se debe actuar rápidamente y disminuir el tiempo de espera en el suelo antes de que llegue la ayuda porque aumenta el riesgo de morbi-mortalidad. Las medidas de actuación son las siguientes:

En caso de producirse una caída, el procedimiento a seguir es el siguiente:

- Tranquilizar al paciente tras la caída.
- Solicitar ayuda en caso necesario.
- Detectar lesiones y, en caso de existir, avisar al facultativo.

- No incorporar o movilizar al paciente si se sospecha que puede presentar una fractura; o en todo caso realizar una movilización correcta (entre varias personas) y trasladarlo a la cama o a la camilla para evitar desplazar el foco de fractura.
- Vigilar alteraciones o cambios en el nivel de conciencia.
- Administrar los cuidados derivados de las lesiones.
- Anotar en registros de Enfermería: hora, circunstancias de la caída y cuidados administrados.
- Rellenar la Hoja de Registro de Accidentes.

– **Parada cardiorrespiratoria (PCR)**

Se define como la situación de cese de actividad vital (respiración y circulación sanguínea) en una persona y que requiere la actuación inmediata para tener posibilidades de recuperación de la misma.

Es el resultado de algunos accidentes particularmente graves, por lo que hay que iniciar las maniobras de Soporte Vital Básico (SVB) hasta que lleguen equipos y medios especializados. En el medio que ocupa esta guía las causas más frecuentes son las intoxicaciones tanto por fármacos, como por humo, drogas,...

La actuación ha de ser inmediata ya que se dice que por cada minuto que pasa un paciente en PCR se pierde un 15% de su cerebro, con lo que pasados 5 min. de la PCR las posibilidades de recuperación significativa son mínimas. Debe ser realizada por la primera persona que acceda al paciente. Se debe Estimular al paciente, Tocar, Mirar, Oír para valorar que “NO RESPIRA” y que “NO LATE” e iniciar maniobras de SVB inmediatamente. Si el rescatador está solo ANTES DE INICIAR SVB DEBERA PEDIR AYUDA, bien llamando a otras personas o bien llamando al 112 (una ayuda que no se ha pedido no llegará).

El SVB se hace en función de que haya uno o más rescatadores haciendo compresiones torácicas y ventilaciones a razón de 30/2 (compresiones/ventilaciones) a una frecuencia de 100 compresiones/minuto.

– **Accidente con múltiples víctimas**

La primera aproximación al accidente debe conocer el número de accidentados. Si sólo hay un herido podremos concentrar todos los esfuerzos en él, pero si son más tendremos que priorizar e incluso hacer un TRIAJE en función de nuestros recursos.

Hay muchos sistemas para el Triage en los accidentes con múltiples víctimas (el concepto “Múltiples Víctimas” es relativo y depende más de los recursos de que dispongamos para tratarlo que del número en sí mismo), pero creemos que por su sencillez y operatividad para el personal no acostumbrado a hacerlo es el Método SHORT en el que se clasifica a los accidentados por su gravedad sin necesidad de recursos materiales y con una exploración mínima que consiste en comprobar si camina (color VERDE o herido leve, con posibilidad de aplazar su tratamiento sin que corra peligro su vida). Si no camina comprobar si habla y/o obedece órdenes sencillas, como mover una pierna o decir como se llama. Si esto no se cumple comprobar si respira,

mirando movimientos del pecho y si tiene buena circulación comprobando el relleno capilar presionando en una uña hasta blanquearla y comprobando cuanto tarda en recuperar en color rosado (si es mayor de 2 seg. es signo de defecto circulatorio). Si respira y tiene circulación se adjudicará el color ROJO de paciente grave que necesita asistencia inmediata, y si no cumple estos criterios el color será el NEGRO del paciente muerto o que va a morir dado que con los recursos que tenemos y/o por la cantidad de heridos no podemos desviarlos para atenderle dejando de atender a otros con más posibilidades de sobrevivir.

Este procedimiento debe ser realizado por el profesional, médico o DUE que se encuentre en el lugar del accidente y se debe realizar inmediatamente. Es necesaria la reevaluación continua porque el objetivo es optimizar los recursos dando la mejor asistencia en función de la situación.

– **Traumatismo craneo encefálico**

Es una emergencia vital que se define como la lesión física y/o deterioro funcional del contenido craneal debido a un intercambio brusco de energía. Pueden aparecer como consecuencia de agresiones, precipitaciones, etc.

La actuación ante un TCE debe ser inmediata. El primer paso será avisar a urgencias (bien si el hospital las tiene o bien al 112). Después hay que tratar de inmovilizar al herido manteniendo el eje de la columna vertebral sobre todo a nivel cervical, con inmovilización con ambas manos, sujetando el ángulo de ambas mandíbulas traccionando levemente para mantener alineada la columna cervical y abriendo la vía respiratoria con el mismo movimiento o, si hubiera otro rescatador tirando a nivel de los incisivos inferiores. Retirar con cuidado cuerpos extraños en boca (dentadura, dientes,...). Después se buscarán HEMORRAGIAS y se tratarán con compresión directa con una toalla, gasas, paños,... evitando los torniquetes. A continuación valorar el estado de conciencia con la Escala de Coma de Glasgow, estado y reactividad pupilar, así como orientación del paciente. Estas maniobras deben ser realizadas por el sanitario más experimentado y en su defecto por el primero que tenga acceso al paciente. Idealmente debería haber en la unidad collarines, y útiles de inmovilización pero son de difícil manejo por personal no entrenado y en su defecto pueden servir dos bloques compactos (mantas, almohadas rígidas, colchones,...), hasta la llegada de personal y material experto.

Los objetivos son evitar la hipoxia y el shock, así como las lesiones medulares altas que condicionan gravemente el pronóstico del paciente.

– **Politraumatizado policontusionado**

Son un escalón menos grave que el anterior pero por el contrario mucho más frecuente. Las causas son múltiples, desde caídas por inestabilidad del paciente por causas ya descritas hasta agresiones pasando por multitud de situaciones.

Ha de ser valorado por un profesional sanitario que decidirá si pone en marcha otros recursos como Urgencias del hospital, 112, u otro recurso que considere. En estos casos la gravedad puede ir desde unas contusiones que solo requerirán tratamiento local y analgésico, hasta fracturas múltiples en las que necesitará UVI, tratamiento quirúrgico, ortopédico, etc. La valoración

sigue los mismos pasos comentados en los otros apartados: primero vía aérea, inmovilizar y comprobar que respira, después control circulatorio y de hemorragias, estado neurológico (habla, obedece órdenes sencillas, alerta,...), deformidades y, estado general del paciente. Como siempre es deseable tener férulas adaptables, puede servir cualquier cosa para inmovilizar un miembro (palo de escoba envolviéndolo con una sábana, esparadrado inmoviliza dedo sano con lesionado,...). Las heridas/contusiones pueden ser curadas según criterio del personal de enfermería. Se valorará también la necesidad de establecer un tratamiento analgésico (AINES, opiáceos,...), siempre bajo supervisión médica.

– Quemados

Las quemaduras pueden ser desde simples como las de un cigarro (accidental o provocada), hasta por un incendio en la unidad (acceso a mecheros, intentos autolíticos,...). Pueden producirse una o múltiples víctimas en cuyo caso nos remitimos a los apartados específicos.

Las quemaduras deben ser valoradas por el médico de urgencia quien determina si son susceptibles de riesgo vital (quemadura facial, edema faringolaríngeo, hollín en boca y/o fosas nasales), evacuación a unidad de quemados, cirugía, o bien ser tratadas por DUE en la propia unidad, en función de la extensión, con la regla de los nueve, profundidad (1º grado: eritema superficial. 2º grado: ampollas. 3º grado: necrosis cutánea) y localización de las quemaduras (cara, genitales, pliegues cutáneos).

La cura inicial se hará limpiando las quemaduras con agua jabonosa, cubriéndolas con gasa vaselinada antibiótica (Tulgrasum Antibiótico®) y vendaje aséptico. Se remitirá al especialista cualquier quemadura que no sea de 1º grado y/o que no afecte a áreas de riesgo y/o supere el 10% de la superficie corporal.

– Electrocutados

La electrocución es posible en los pacientes ingresados bien por desconocimiento del medio o desconexión del mismo, o por otras causas (intento autolítico, etc.). Se debe separar al paciente de la onda eléctrica con seguridad, para lo cual hay que desconectar la corriente general evitando electrocuciones sucesivas de los rescatadores. Aunque no se vean en el paciente lesiones externas que sugieran gravedad, eso no implica que no haya lesiones internas muy graves por lo que todo paciente electrocutado debe ser valorado por un especialista en estas urgencias (112, emergencias, traumatólogo...) en función de la disponibilidad y la ubicación de la unidad, y permanecer en observación unas horas.

Como siempre, lo mejor es prevenir el accidente evitando los contactos tanto accidentales como intencionados de pacientes y personal con tomas de corriente utilizando medidas aislantes en tomas de corriente, acceso limitado a las mismas, sistemas de seguridad y de apagado automático, conocimiento de donde está la "llave general" y como se apaga, etc.

Una vez separado el accidentado de la corriente eléctrica se procederá con él como nos hemos referido en apartados previos de politraumatizado, PCR.

– **Intoxicados.**

Es imprescindible tratar de saber los tóxicos con los que el paciente ha estado en contacto. Como regla general se administrará Oxígeno en las mayores concentraciones posibles ante tóxico inhalado, humo, incendios, etc. Si se supiera el/los tóxicos implicados, se administrarán por personal sanitario (médicos, DUEs), los antídotos oportunos (su descripción supera los objetivos de esta guía). En todos los casos valorar la posibilidad de Parada Cardiorrespiratoria y actuar como se ha recomendado.

13.6.8. Aprendizaje de la experiencia.

El equipo realizará una revisión de los accidentes ocurridos para detectar oportunidades de mejora, así como para implementar acciones y decisiones en la prevención de caídas y seguridad del paciente.

13.6.9. Realizar periódicamente actividades educativas para el personal.

Los programas educativos son un componente común en los programas de prevención de accidentes y caídas. Incluyen entre otros temas la formación de la plantilla para aumentar la conciencia de los pacientes con alto riesgo y en estrategias de prevención.

13.6.10. Monitorizar los accidentes/caídas anuales que se dan en el dispositivo.

Cada dispositivo contará con un registro de los accidentes/caídas ocurridos anualmente.

13.7. PERIODICIDAD DE LA REVISIÓN EN CADA CENTRO:

Bianual.

ACCIÓN	TIEMPO	CONTENIDO	RESPONSABLE	INSTRUMENTO	RESULTADO
Identificación de factores de riesgo asociados a Accidentes/caídas	En el momento de la admisión del paciente Evaluación anual de los factores de riesgo asociados a la infraestructura.	Detectar los factores personales y del entorno que pueden favorecer la ocurrencia de un accidente/caída	El equipo asistencial	Conocimiento de los factores extrínsecos e intrínsecos.	Emprender acciones de prevención





ACCIÓN	TIEMPO	CONTENIDO	RESPONSABLE	INSTRUMENTO	RESULTADO
Evaluación del riesgo de padecer accidentes/caídas	Al ingreso	Valoración del riesgo a todos los pacientes que ingresan en la unidad de hospitalización	Enfermera/o	Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton	Registrar en la historia clínica y de enfermería el resultado de la valoración efectuada y de las medidas a implementar
Diseñar un plan de actuación.	Tras la identificación del riesgo	Verificar la seguridad ambiental, establecer el nivel de observación y vigilancia, asegurar la deambulación y movilización segura, necesidades de higiene supervisada. Intervenciones sobre el estado cognitivo	Enfermera/o	Plan de cuidados e intervenciones de enfermería	Prevención del riesgo
Reevaluación periódica	En cada turno y en el momento en que haya un cambio en el estado del paciente.	Reevaluación del estado físico y mental del paciente e Identificar las causas en el empeoramiento del estado de salud.	Enfermera/o	Observación Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton	Registrar en la historia clínica y de enfermería el resultado de la valoración efectuada y de las medidas a implementar
Documentar la identificación, valoración y seguimiento de los riesgos en la Historia clínica y de Enfermería.	A lo largo del proceso asistencial	Documentar todos los hechos o acciones relacionados con la prevención o los accidentes/caídas	Enfermera/o	Hojas de evolución: de enfermería	Registro en la hoja de enfermería el nivel de riesgo determinado, las acciones emprendidas y la respuesta obtenida con el plan establecido y ejecutado.
Actuación ante un accidente/cáida.	Rápidamente tras la ocurrencia del accidente	Poner en marcha las medidas establecidas para mantener la seguridad	Personal de enfermería Psiquiatra Servicio de urgencias 112	Actuación protocolizada ante una caída, TCE, PCR, Accidentes con múltiples víctimas, electrocutados, intoxicados, quemados...	Anotar en hojas de Enfermería: hora, circunstancias del accidente y cuidados administrados. Administrar los cuidados específicos según la naturaleza del accidente.

ANEXO 1

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J. H. DOWNTON)

Escala de riesgo de caídas (J. H. Downton)		
ALTO RIESGO > 2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	no	0
	sí	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (Ictus...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

14. Protocolo de prevención y actuación contra incendios

14.1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

En las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica existe riesgo potencial de incendios por descuidos, inatenciones o accidentes que pueden estar en relación con los psicofármacos utilizados (hipnóticos, tranquilizantes, etc.), la propia naturaleza de algunos trastornos psiquiátricos (piromanía, hipoprosexia, intentos de suicidio, etc.), medidas terapéuticas como la sujeción física, el control de los accesos, etc. En este sentido hay una tendencia a considerar que las unidades de hospitalización psiquiátrica son zonas de riesgo elevado con pacientes que en ocasiones responden al perfil de paciente “crítico”.

Por ello se precisa un protocolo de actuación específico en orden a prevenir incendios y, en su caso, a facilitar una actuación coordinada del personal. En este capítulo se esboza un Protocolo de prevención y actuación que es necesario adaptar en cada Centro dadas las peculiaridades de cada uno en lo referente a estructura, ubicación, distribución del personal en cada turno. A su vez es necesario que este Protocolo sea incluido en el Protocolo general de actuación ante incendios existente en cada Complejo Asistencial.

El protocolo plantea la importancia de realizar una evaluación de riesgos y vulnerabilidades de las unidades en relación a la infraestructura, personal y capacidad real de respuesta ante un incendio, estableciendo las acciones coordinadas oportunas. Esta evaluación incluye la peligrosidad y el riesgo del ambiente, la capacidad del edificio para proteger a sus ocupantes, las vías de evacuación, los sistemas de detección, alarma y protección ante incendios, el entrenamiento del personal, etc.

Cabe reseñar el papel protagonista que tiene el personal de enfermería, que, si bien es diariamente responsable de la seguridad de los pacientes, adquiere importancia vital en la evacuación de pacientes y visitantes en una situación de incendio. La evacuación por su propia naturaleza es un procedimiento delicado que implica desplazar súbitamente a un gran número de pacientes a un entorno protegido, iniciar bruscamente otro tipo de cuidados que implican recorrer un trayecto a veces largo en condiciones peligrosas y de tensión emocional que puede generar pánico. La acomodación de los pacientes no siempre es fácil, a veces se les traslada a espacios al aire libre, sin protección contra las inclemencias del tiempo, sin comodidad. Estas condiciones pueden ser traumatizantes y agravar el estado de salud. Por estas razones, la evacuación del hospital es una medida extrema de seguridad.

14.2. OBJETIVOS.

- Establecer actuaciones para la prevención de incendios, identificando espacios y situaciones de riesgo.
- Establecer normas básicas de actuación del personal ante un incendio, comunes a todos los centros sin perjuicio de la adaptación posterior del protocolo a cada Unidad.
- Establecer normas básicas de coordinación en caso de incendio.

14.3. PROFESIONALES QUE DEBEN CONOCERLO Y APLICARLO.

Todo el personal de las Unidades ambulatorias, de hospitalización y de las estructuras intermedias, incluyendo a celadores, personal de seguridad y personal encargado de coordinar las actuaciones ante este tipo de emergencias en el Centro Hospitalario.

14.4. USUARIOS A QUIEN VA DIRIGIDO.

Todos los pacientes atendidos en los dispositivos de asistencia psiquiátrica y sus familiares, así como al personal asistencial de las mismas.

14.5. ESCENARIOS CLINICOS DE APLICACIÓN.

Unidades ambulatorias, de hospitalización y estructuras intermedias de la Red de Asistencia Psiquiátrica.

14.6. PROCEDIMIENTOS DEL PROTOCOLO Y FASES DE APLICACIÓN.

14.6.1. Identificación y evaluación de riesgos y prevención de incendios.

- Revisión periódica por el personal responsable de la unidad del grado de cumplimiento de las normas y protocolos de mantenimiento de instalaciones, aparatos eléctricos, fuentes de calor, calderas, gas, etc.
- Asegurar la revisión periódica por personal técnico de los sistemas de alarma y extinción de incendios.
- Identificación de espacios de riesgo.
- Identificación de pacientes en riesgo de provocar incendios de manera fortuita o intencionada.
- Almacenamiento de las sustancias inflamables por parte del personal responsable en lugares adecuados.
- Implementación por el personal responsable de las acciones de formación y ensayos de evacuación ante incendios del Complejo Asistencial.
- Adopción de las medidas que compatibilicen el acceso en caso de incendio a las zonas de evacuación y a extintores, con el control conductual y de salidas.
- Desconexión por el personal de la unidad de los aparatos eléctricos cuando no se estén utilizando.

- Habilitación de zonas para fumadores en los Centros, Servicios o Establecimientos psiquiátricos destinadas a los pacientes a quienes por criterio médico se determine (Disposición adicional octava. Ley 28/2005 de 26 de diciembre).
- Señalización de estas zonas, debiendo existir un cartel informativo en la Unidad con el siguiente texto: “Prohibido fumar excepto en las zonas habilitadas para fumadores. Ley 28/2005 de 26 de diciembre” (Artículo 17. Decreto 54/2006, B.O.C. y L. 164 de 25 de agosto de 2006).
- Vigilancia periódica de la prohibición de fumar en las habitaciones y otras estancias no habilitadas para ello.
- Restricción y depósito de mecheros y cerillas en el momento de la admisión. Prohibición de su utilización salvo en presencia del personal de la unidad.
- Existencia en cada Unidad, Centro o Servicio un Plan de actuación:
 - Coordinado con el Plan de actuación del Complejo asistencial.
 - Coordinado con Servicios de urgencias emergencia.
 - Con asignación de funciones y responsabilidades al personal.
 - Estableciendo actuaciones a seguir, puntos de reunión y rutas de evacuación a seguir.
- Valoración del grado de conocimiento y entrenamiento del personal en el Protocolo ante incendios.

14.6.2. Formación continua de los profesionales.

- Elaboración e implementación de un Plan de Formación para el personal de la unidad que incluya:
- Al menos una vez al año ensayos periódicos de alarma, acciones de primera intervención, uso de extintores portátiles y otros sistemas ante incendios y evacuación.
- Procedimientos de aviso y coordinación con la Dirección del Centro, Urgencias y Emergencias, Seguridad, Servicio de Bomberos, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, Unidades de atención a quemados, Protección civil, etc.

14.6.3. Información a los usuarios.

- Por otro lado, también es fundamental que los usuarios de los servicios hospitalarios tengan conocimiento de las acciones que tienen que realizar en caso de que se produzca una situación emergencia en el centro hospitalario, de forma que la información que reciban sea la adecuada para poder tomar las decisiones y actitudes correctas ante los avisos de emergencia o ante la propia situación de emergencia.
- Elaboración de un documento informativo para los usuarios donde consten aspectos como la señalización y normas para la actuación de visitantes, la actuación ante una situación de emergencia y normas básicas en ese caso de evacuación. Esta información se entregará a los pacientes y acompañantes, en el momento de la admisión.

- Señalización de las vías de evacuación y de los medios contra incendios, el alumbrado de emergencia, la protección contra descargas atmosféricas, el sistema automático de detección y alarma contra incendios, la red de rociadores automáticos de agua, los extintores de incendios, etc.

14.6.4. Actuación ante un incendio.

- Detección del foco del fuego y valoración de la necesidad de ayuda externa para su extinción y de la evacuación de los pacientes.
- En el caso de que la gravedad del fuego aconseje la evacuación de la Unidad:
 - El responsable establecido por el Protocolo dirigirá las actuaciones.
 - Un miembro del equipo debe dar aviso del incendio y pedir ayuda a los responsables hospital y al Servicio de emergencias (112). Este aviso se llevará a cabo mediante el medio que el hospital tenga habilitado para ello (teléfono, botón de alarma de incendios, etc.).
 - De forma paralela otro miembro del equipo identificará cual es la salida de evacuación más segura, en función de los espacios afectados por el humo o las llamas:
 - ◊ Se abrirá y asegurará para evitar el cierre y garantizar la salida de los pacientes.
 - ◊ En ningún caso se utilizará el ascensor como método de evacuación.
- Evacuación. Con el objetivo de que el mayor número de pacientes sea puesto a salvo en el menor tiempo posible:
 - Se comenzará la evacuación de los pacientes asignando la responsabilidad a cada profesional de evacuar un número proporcional de habitaciones y estancias.
 - Se iniciará la evacuación por aquellas zonas más próximas al foco del incendio y por los pacientes que pueden moverse de forma independiente, continuando con los pacientes de movilidad reducida y por último con aquellos que precisan de la coordinación de varios profesionales para su evacuación.
 - Se trasladará a todos los pacientes a un punto de reunión seguro previamente señalado en el protocolo siguiendo la ruta establecida en el mismo.
 - Cuando todos los pacientes estén evacuados, se realizará una ronda de reconocimiento para asegurarse de que ningún paciente permanezca aún en la unidad.
- A la vez que se esta llevando a cabo la evacuación de los pacientes, el equipo de segunda actuación comenzará con las medidas de sofocación del incendio.
- Finalmente y una vez que todos los pacientes están fuera de la unidad, los responsables del Centro Hospitalario coordinarán en el menor tiempo posible la reubicación de los pacientes.

14.7. PERIODICIDAD DE LA REVISIÓN EN CADA CENTRO:

Bianual.

15. Protocolo de consentimiento informado

15.1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

A lo largo del tiempo y especialmente en el último siglo, el ejercicio de la medicina y más concretamente la relación médico-paciente, o por extensión, profesional sanitario-paciente, ha evolucionado desde la tradicional concepción paternalista, hasta el momento actual, en la que se da protagonismo al paciente en la toma de las decisiones que le afectan en el ámbito sanitario y más concretamente en la relación clínico-asistencial., todo ello amparado por un marco normativo paralelo que avanza en el desarrollo de los derechos constitucionales de la persona.

El deber de recabar el consentimiento informado, es decir, de informar al paciente y de respetar su decisión, es un deber del profesional sanitario que no sólo tiene un fundamento ético, sino también jurídico, al venir así establecido por imperativo legal.

La Ley General de Sanidad y la Ley de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León incorporan una “carta de derechos y deberes” de los pacientes que son la concreción de los derechos de la persona que la Constitución reconoce, pero inscritos en el marco de la relación sanitaria. Entre ellos aparece el derecho a la información clínica y el derecho a decidir la realización de cualquier intervención.

En 1997 se suscribió en Oviedo el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, que señala explícitamente la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los que resalta el derecho a la información y el consentimiento informado.

La regulación estatal actual de la información y el consentimiento tiene como referente la nueva Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley ha incorporado al derecho positivo los postulados que la doctrina y la jurisprudencia habían venido estableciendo en los últimos quince años sobre esta materia.

En Castilla y León, la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, contiene una regulación detallada del conjunto de derechos de los pacientes y, en concreto, dedica los Títulos III y IV a la pro-

tección de los derechos relativos a la información y de los derechos relativos a la autonomía de la voluntad. Se cuenta además con una Guía específica de Consentimiento Informado.

La legislación actual define el Consentimiento Informado como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud.

Todo profesional sanitario está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino también al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones libre y voluntariamente adoptadas por el paciente. La responsabilidad del personal sanitario puede estar ligada a la vulneración de cualquiera de estos derechos, siendo irrelevante que no haya habido negligencia en la actuación sanitaria.

La carga de la prueba de que la información se dio y el consentimiento se presató corresponde al profesional y al centro. Además, deberá probarse que se ha facilitado el contenido mínimo fijado legalmente. La información por escrito va a facilitar la prueba de que se respetó y observó por parte del profesional su deber. En los casos en que no existe exigencia legal de hacerlo por escrito, deberá documentarse en la historia clínica.

La obtención del consentimiento no protege frente a demandas de responsabilidad por mala praxis. Un documento de consentimiento informado firmado por el paciente no limita la responsabilidad del profesional si existió culpa en la actuación y se infringió la *lex artis*.

15.2. OBJETIVOS.

- Proporcionar a los profesionales sanitarios que participan en la atención a las personas con Trastornos mentales, en cualquier ámbito, una herramienta útil para facilitar su actuación en el proceso de consentimiento informado.
- Garantizar el derecho al consentimiento informado de las personas con Trastornos mentales, entendido éste, como la decisión libre y voluntaria por parte del paciente expresando el consentimiento o rechazo, una vez comprendida la información.

15.3. PROFESIONALES QUE DEBEN CONOCERLO Y APLICARLO.

Todo profesional sanitario implicado en la asistencia a la persona con un Trastorno mental.

15.4. USUARIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO.

Todas las personas en tratamiento por padecer un Trastorno mental, especialmente aquellas que son sometidas a tratamientos que comportan riesgos.

Es el propio paciente quien debe otorgar el consentimiento para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud. Hay que partir de la presunción de capacidad, es decir, se considera al paciente capaz para decidir, mientras no se demuestre lo contrario. La enfermedad psíquica puede afectar a la autonomía del individuo, disminuyendo o comprometiendo su capacidad para tomar decisiones. Ello no quiere decir que la limitación de la competencia se de siempre. En principio las perso-

nas con trastornos psíquicos han de considerarse capacitadas para decidir acerca de su propia salud. Cualquier limitación en la capacidad debe demostrarse, más aún teniendo en cuenta que, en ocasiones, puede tratarse de un déficit temporal que se supera pasada la fase aguda de la enfermedad. En esta situación dinámica son útiles los cuestionarios específicos de evaluación de la capacidad en pacientes con enfermedad mental, que son más o menos exigentes en función de los tratamientos.

Cuando el paciente carezca de la competencia necesaria para tomar la decisión, será otra persona o institución la encargada de hacerlo en su lugar, ejerciendo la representación o la sustitución. En ese supuesto, por lo tanto, corresponde dar el consentimiento al representante legal o, en su defecto, a las personas vinculadas al enfermo por razones familiares o de hecho.

Los supuestos en los que la Ley prevé la prestación del consentimiento por representación o sustitución son:

- Pacientes incapacitados legalmente.
- Pacientes que, según criterio del profesional, por su estado físico o psíquico, no sean competentes para tomar una decisión en un determinado momento.
- Pacientes menores de dieciséis años no emancipados que, según criterio del profesional, no tengan madurez suficiente para comprender el alcance de la intervención.

15.5. ESCENARIOS CLÍNICOS DE APLICACIÓN.

Es necesario recabar el consentimiento para las distintas actuaciones, tanto para el ingreso como para la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas, pues la obtención de uno no implica necesariamente el otro (Guía de Consentimiento Informado de Castilla y León, 2006).

Cuando sea preciso aplicar medidas terapéuticas restrictivas de los derechos durante un ingreso hospitalario, se debería realizar de acuerdo a protocolos escritos de actuación y dentro de un plan terapéutico establecido.

En el caso de los tratamiento ambulatorios no existe normativa que regule las actuaciones ante la negativa de un paciente a seguir un tratamiento, sin que exista unanimidad en lo relativo a si su aplicación de tratamientos ambulatorios forzosos sería posible mediante las reglas generales del Ordenamiento jurídico español dado que la aplicación de un tratamiento forzoso en contra de la voluntad del paciente afecta al derecho general a la libertad establecido en el artículo 1.1. de la Constitución.

15.6. PROCEDIMIENTO Y FASES DE APLICACIÓN.

- La regla general es que el consentimiento sea verbal, la exigencia de que se recabe por escrito es la excepción. Por lo que, tanto la información como el consentimiento, serán verbales (Ley 41/2002 de 14 de noviembre Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica. Capítulo IV, Artículo 8.2.).
- No obstante, el documento escrito de consentimiento informado, dado por la persona o por quien deba sustituirla en su decisión, es una herramienta que

facilita el proceso de comunicación y un complemento necesario a la información verbal que permite atender varias necesidades:

- En los procedimientos complejos o de riesgo asegura que se proporciona información de todos los datos importantes, constituyéndose en una ayuda para el profesional.
 - Permite que el paciente disponga de una copia de la información suministrada para seguir reflexionando y poder reevaluar su decisión.
- La forma escrita se limita a los supuestos en que la ley lo exige (Ley 41/2002 de 14 de noviembre Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica. Capítulo IV, Artículo 8.2.). En estos casos, no obstante, es insuficiente la información dada exclusivamente por escrito, y la sola firma de los formularios de consentimiento no satisface los mínimos éticos de una información adecuada. La forma escrita se exige en los siguientes casos:
- Intervenciones quirúrgicas.
 - Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores.
 - Cuando se aplican procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente o del feto, si fuera el caso de una mujer embarazada, algo que hay que tener en cuenta en los tratamientos psicofarmacológicos.
 - Procedimientos de carácter experimental, que se encuentran en proceso de validación científica o que pudieran ser utilizados en un proyecto docente o de investigación.
 - No obstante, sería suficiente justificación para elaborar un formulario escrito que el profesional percibiese la conveniencia de disponer de él para una información más adecuada, y trabajase con menor inquietud.
- La persona que debe recabar el consentimiento es el responsable del paciente, dejando el registro correspondiente en la Hª Clínica. En su ausencia, el profesional que realiza el procedimiento, dejando también el registro en la Hª Clínica.
- El consentimiento será solicitado al paciente siempre que tenga capacidad para decidir, incluso cuando debido a su enfermedad, en otro momento no se haya podido hacer.
- El proceso de consentimiento informado consta de dos fases:
- **En primer lugar**, la que se refiere a la información sobre el procedimiento propuesto, que ha de ser:
 - ◇ Acorde con el conocimiento empírico.
 - ◇ Aportada por el profesional de una manera adecuada a las necesidades de cada enfermo.
 - ◇ La información que se facilite debe ser la adecuada para que el paciente pueda ponderar la decisión de someterse o no a la actuación sanitaria.

- ◊ La necesidad de información en los supuestos de medicina voluntaria es superior a la de los casos de medicina necesaria o curativa ya que la libertad de opción es mayor.
- ◊ El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atienden durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle (Artículo 4.3. Ley 41/2002 de 14 de noviembre Básica reguladora de la Autonomía del paciente).
- **La segunda fase** es la de decisión libre y voluntaria por parte del paciente una vez comprendida la información, expresando el consentimiento o rechazo del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le propone. Es necesario que el profesional deje constancia de ello en la historia clínica.
- La información sanitaria debe facilitarse incluso en caso de incapacidad de modo adecuado a las posibilidades de comprensión del sujeto (Artículo 5.2. Ley 41/2002 de 14 de noviembre Básica reguladora de la Autonomía del paciente).
- Si el paciente está incapacitado legalmente, o no está en condiciones de prestar un consentimiento válido, la información se dará al representante legal o, en su defecto, a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho dejando constancia escrita de ello en la Historia clínica (Artículo 5.2. y 5.3. Ley 41/2002 de 14 de noviembre Básica reguladora de la Autonomía del paciente; Artículo 18 de la Ley 8/2003 de 8 de abril sobre Derechos y Deberes de las personas en relación con la salud).
- Cuando a criterio del médico responsable el paciente no sea capaz de tomar decisiones, aunque no esté legalmente incapacitado, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación:
 - El consentimiento se otorgará por representación a través de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. (Artículo 9.3. Ley 41/2002 de 14 de noviembre Básica reguladora de la Autonomía del paciente; Artículo 31 Ley 8/2003 de 8 de abril sobre Derechos y Deberes de las personas en relación con la salud).
 - Se ha de procurar no obstante que la participación del paciente en el proceso de toma de decisiones sea la máxima posible.
 - Hay que dejar constancia escrita de ello en la Historia clínica y notificar al Juzgado la aplicación de un tratamiento en contra de la voluntad del paciente.
 - El tratamiento sin el consentimiento de las personas con trastornos mentales que no están incapacitadas debe ser excepcional y reunir una serie de requisitos:
 - ◊ Que estemos ante un trastorno mental grave que incapacite al paciente y que pueda ser fuente de daños graves para sí mismo o para otros.
 - ◊ Que la intervención sea necesaria para tratar específicamente el trastorno mental.

- ◊ Que se cumplan las garantías legalmente establecidas. Por ejemplo, en un ingreso no voluntario se necesita autorización judicial, salvo si es urgente, en cuyo caso se dará cuenta al juez en las 24 horas siguientes.
- En los casos de menores será necesario el consentimiento por representación cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso el consentimiento lo dará el representante legal tras haber escuchado su opinión si tiene 12 años cumplidos (Artículo 9.3. Ley 41/2002 de 14 de noviembre Básica reguladora de la Autonomía del paciente).
- El médico podrá llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente sin necesidad de contar con su consentimiento, consultando cuando las circunstancias lo permitan a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él, en los siguientes casos:
 - Ante situaciones de urgencia, y de riesgo inmediato grave para la integridad física, del paciente. (Artículo 9.2. Ley 41/2002 de 14 de noviembre Básica reguladora de la Autonomía del paciente; Artículo 31 Ley 8/2003 de 8 de abril sobre Derechos y Deberes de las personas en relación con la salud).
 - Cuando la ausencia de tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial. (Artículos 5.4. y 9.2. Ley 41/2002 de 14 de noviembre Básica reguladora de la Autonomía del paciente; Artículo 31 Ley 8/2003 de 8 de abril sobre Derechos y Deberes de las personas en relación con la salud Artículo 8. Convenio para la Protección de los Derechos humanos y la Dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, 1997). Es el caso, por ejemplo, de los Trastornos graves de la conducta alimentaria en que se produce riesgo para la salud del paciente (Guía de consentimiento informado de Castilla y León, 2006).
 - Ante la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave (Artículos 5.4. Ley 41/2002 de 14 de noviembre Básica reguladora de la Autonomía del paciente; Artículo 31 Ley 8/2003 de 8 de abril sobre Derechos y Deberes de las personas en relación con la salud).
- En todos los casos el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.
- Si se trata de procedimientos experimentales, que estén en proceso de validación científica o que puedan usarse en un proyecto docente o de investigación, se informará al paciente además acerca de los objetivos buscados, sus beneficios, las incomodidades y riesgos previstos, las posibles alternativas y los derechos y responsabilidades que conllevan (Artículo 8.4. Ley 41/2002 de 14 de noviembre Básica reguladora de la Autonomía del paciente; Artículo 35 de la Ley 8/2003 de 8 de abril sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud).

15.7. PERIODICIDAD DE LA REVISIÓN EN CADA CENTRO:


Bianual.

Tabla 1. Protocolo de consentimiento informado

ACCIÓN	TIEMPO	CONTENIDO	RESPONSABLE	INSTRUMENTO	RESULTADO
Información sobre el procedimiento propuesto	Antes del inicio de cualquier procedimiento	Proporcionar información adecuada y comprensible al paciente, sobre cada acción del proceso: ingreso, diagnóstico, terapéutico que se propone.	El profesional sanitario psiquiatra correspondiente.	Información oral. Información escrita sobre el proceso concreto cuando proceda.	Se garantiza el derecho del enfermo mental al consentimiento informado, entendido, como la decisión libre y voluntaria por parte del paciente, una vez comprendida la información, expresando el consentimiento o rechazo.(*)
Decisión libre y voluntaria por parte del paciente, una vez comprendida la información, expresando el consentimiento o rechazo del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le propone.	Antes del inicio de cualquier procedimiento	Expresión formal del consentimiento ó rechazo por parte del paciente, familiar ó representante, oral ó preferentemente escrito.	Paciente, familiar ó representante y psiquiatra correspondiente	Documento escrito de consentimiento informado. Y documentación escrita complementaria, cuando proceda.	Se garantizar el derecho del enfermo mental al consentimiento informado Y proporcionar a los profesionales sanitarios que participan en la atención a los enfermos mentales, en cualquier ámbito, una herramienta de seguridad.

ANEXO 1

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Guía de Consentimiento informado de Castilla y León)

 Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad	CENTRO. SERVICIO	
1.- DATOS PACIENTE		
NOMBRE:	APELLIDOS:	
2.- DATOS DEL REPRESENTANTE		
NOMBRE:	APELLIDOS:	
VINCULACIÓN CON EL PACIENTE		
<input type="checkbox"/> Familiar vinculado de hecho	<input type="checkbox"/> Representante lega	<input type="checkbox"/> Otros
3.- DATOS DEL MÉDICO		
NOMBRE:	APELLIDOS:	
Nº COLEGIADO:	CATEGORÍA: PSIQUIATRA	
4.- PROCESO ASISTENCIAL		

DECLARO:

Que he recibido la información escrita sobre el procedimiento propuesto, que figura en la hoja adjunta, y también la explicación adecuada de forma verbal. Se me ha ofrecido la posibilidad de solicitar información adicional, verbal o escrita, y de plantear las dudas o preguntas que tenga para poder tomar mi decisión.

Que he sido informado de otras alternativas existentes y de las ventajas e inconvenientes de cada una.

Que he comprendido la información recibida y la decisión que tomo es libre y voluntaria pudiendo en cualquier momento revocar por escrito este consentimiento sin expresar la causa.

Que se me entrega una copia de este documento y de la/s hojas adjunta/s que contiene la información clínica.

5.- LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He decidido dar el consentimiento para llevar a cabo el proceso asistencial propuesto

En a de de
EL PACIENTE/REPRESENTANTE EL MÉDICO PSIQUIATRA

Fdo.: Fdo.:

6.- LUGAR, FECHA Y FIRMA DE LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He decidido revocar mi anterior autorización

En a de de
EL PACIENTE/REPRESENTANTE EL PROFESIONAL

Fdo.: Fdo.:

16. Protocolo de actuación ante pacientes con mala evolución

16.1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

La evolución de las personas con Trastornos psiquiátricos sometidas a tratamiento no siempre es la deseable. En estos casos los factores determinantes de la mala evolución son complejos y no se conoce bien el peso que cada uno de ellos tiene. En ocasiones los objetivos del tratamiento son poco realistas, el tratamiento farmacológico no se ha prescrito a las dosis o durante el tiempo necesario, los niveles plasmáticos de psicofármacos son insuficientes por diversas razones, no se han aplicado medidas psicosociales adecuadas o se ha hecho de manera deficiente. En otras ocasiones hay problemas en la relación terapéutica, siendo la mala evolución la respuesta del paciente a la intervención de los profesionales.

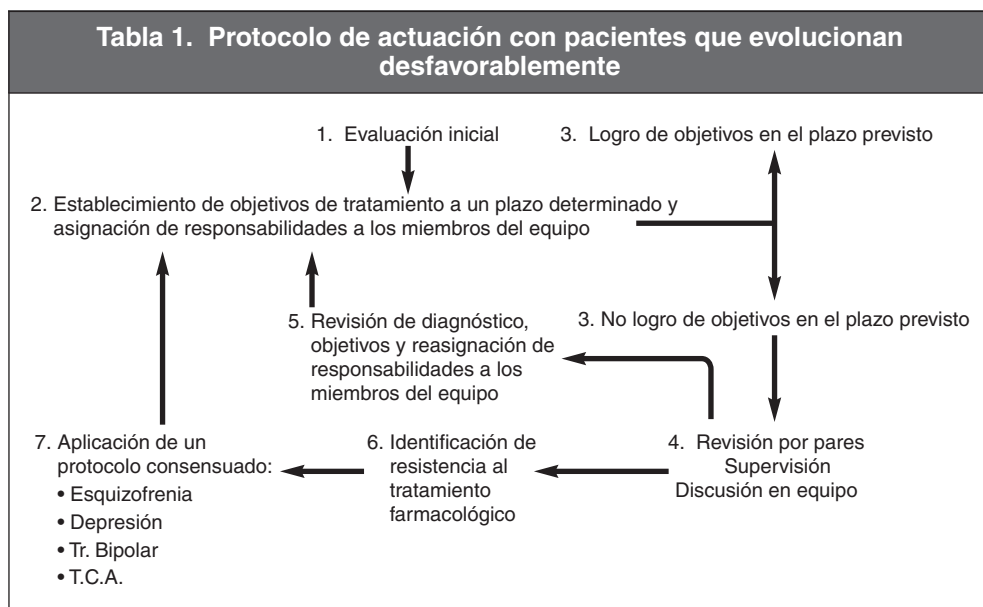
Es difícil comparar estudios llevados a cabo sobre este tema en distintos países debido a la diferente conformación de las redes de asistencia en cada uno de ellos. No obstante evidencias crecientes muestran que para conseguir una evolución óptima en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos la farmacoterapia es insuficiente, debiendo acoplarse a diversas estrategias psicológicas y ambientales (Shabshin, 2008).

Cada grupo de Trastorno mental en las condiciones de tratamiento actual tiene un curso evolutivo distinto. Por ejemplo, en el caso de los Trastornos esquizofrénicos aproximadamente el 10-30% de los pacientes responden poco o no responden a los medicamentos antipsicóticos, y hasta un 30% adicional responden de forma parcial al tratamiento y continúan presentando ideas delirantes o alucinaciones moderadas o graves (APA, 2006). A largo plazo el desenlace clínico de la esquizofrenia varía desde una recuperación razonable a una incapacidad total. Aproximadamente entre el 10-15% de las personas que padecen este trastorno no sufrirá episodios posteriores (Fenton y MacGlashan, 1987), pero la mayoría sufre agudizaciones y remisiones en el contexto de un deterioro clínico y entre un 10-15% permanece gravemente psicótico y de forma crónica (MacGlashan, 1988; Hegarty y cols., 1994).

Las formas crónicas de depresión representan entre el 12 y el 35% de los Trastornos depresivos (J.Scort, 1988; First y cols, 1996). Incluso tras la remisión de los síntomas depresivos específicos muchos pacientes siguen experimentando disfunción en sus relaciones familiares, laborales y mala salud física (Keithner y Miller, 1990; Thase, 1992).

En el caso de los Trastornos Límites de la Personalidad, por poner otro ejemplo, la experiencia clínica indica que algunos pacientes mejoran su sintomatología con el tiempo, algunos permanecen estables y otros empeoran. Los índices de remisión en diversos estudios varían del 4 al 53% en periodos de uno a siete años después de la valoración inicial, con una mediana del porcentaje de remisión del 33% (Zanarini y cols., 2006). En el caso del TOC hasta el 60% de las personas que lo padecen presentan respuesta a los ISRS. No obstante la remisión completa es rara y la respuesta con frecuencia sólo es parcial (Davidson y Connor, 2007). Los Trastornos de Ansiedad Generalizada suelen ser crónicos y discapacitantes, con unas tasas de comorbilidad a lo largo de la vida que alcanzan el 90% (Goldberg y Lecrubier, 1995). En otros estudios se observó que sólo del 18 al 35% de los sujetos con Trastorno de Angustia Generalizado sometidos a un seguimiento durante cinco años lograban remisión total (Yonkers y cols., 1996; Woodman y cols., 1999). Si enfocamos los resultados obtenidos en la Anorexia, una revisión de un gran número de estudios de pacientes que fueron hospitalizadas o que recibieron atención especializada y fueron seguidas por lo menos durante cuatro años indican que se dieron buenos resultados en el 44% de las pacientes, se produjeron malos resultados en el 24% de las pacientes y se dieron resultados intermedios en el 28% de estas (Steinhausen, 2002).

La respuesta al tratamiento se define como la disminución o desaparición de los síntomas durante un periodo razonable de tiempo. Se habla de respuesta parcial cuando algunos síntomas han cambiado pero el paciente sigue experimentando disfuncionalidad en algunas áreas. Los criterios de definición de la respuesta al tratamiento psicofarmacológico varían en los distintos Trastornos, así, en el caso de la Esquizofrenia la resistencia al tratamiento se define como una respuesta leve o no sintomática a los distintos ensayos con antipsicóticos (por lo menos dos) de duración (por lo menos seis semanas) y dosis (intervalo terapéutico) adecuadas (APA, 2006).



En Psiquiatría deberíamos emplear al menos ciertas estrategias básicas para evitar la mala evolución de los Trastornos que incluirían al menos las siguientes:

- Realizar una cuidadosa historia clínica psiquiátrica, exploraciones y pruebas complementarias.
- Elaborar un plan de tratamiento psicosocial y pluridisciplinario.
- Conocer bien los recursos de la red de asistencia psiquiátrica y sus indicaciones.
- Estudiar las opciones psicofarmacológicas en los casos de resistencia.
- Basar el tratamiento psicofarmacológico y psicosocial en la evidencia no sólo en la experiencia.
- Identificar aspectos transferenciales y/o contratransferenciales que interfieren con la respuesta al tratamiento.
- No perder de vista objetivos de calidad de vida, psicológicos, interpersonales, y sociolaborales, incluso en los casos resistentes a los psicofármacos.
- Mantener la relación terapéutica durante el período de evolución desfavorable e incluir la colaboración del paciente en su propio tratamiento.
- Adecuar las expectativas de médico y paciente.

16.2. OBJETIVOS.

- Identificar precozmente indicadores de mala evolución en el tratamiento.
- Revisar los objetivos y acciones previstas en el plan terapéutico.
- Identificar y reparar los problemas transferenciales y/o contratransferenciales que dificultan una buena evolución.
- Identificar resistencias al tratamiento psicofarmacológico y buscar opciones alternativas.
- Identificar los pacientes susceptibles de ser incluidos en programas específicos como el Programa de Gestión de Casos de la Comunidad o el Programa de actuación ante abandonos de tratamiento.
- Identificar los dispositivos del Área más adecuados al momento de la historia evolutiva del Trastorno.
- Identificar e implementar las acciones psicosociales necesarias para optimizar la calidad de vida del paciente.

16.3. PROFESIONALES QUE DEBEN CONOCERLO Y APLICARLO.

Todos los profesionales de los equipos de salud mental pluridisciplinarios, ambulatorios y hospitalarios, especialmente los responsables de los tratamientos en un dispositivo particular.

16.4. USUARIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO.

Todos las personas en tratamiento ambulatorio, hospitalario o en estructuras intermedias cuya evolución no es la esperada según los objetivos establecidos por el equipo terapéutico al inicio del tratamiento.

16.5. ESCENARIOS CLÍNICOS DE APLICACIÓN.

Cualquiera de los dispositivos psiquiátricos de las Áreas de salud (Unidades de Hospitalización de corta estancia, Unidades de Convalecencia, Unidades de Rehabilitación, Centros de Rehabilitación Psicosocial, Hospitales de Día, Centros de Salud Mental, Unidades de Referencia Regional, etc.) se encuentran con pacientes cuya evolución es desfavorable.

En este caso el análisis de las variables que pueden estar influyendo es muy importante y los profesionales han de considerar aspectos como la validez del diagnóstico, el realismo de los objetivos del tratamiento, la existencia de una alianza terapéutica y de trabajo efectiva, la interferencia de problemas transferenciales y/o contratransferenciales, la oportunidad de derivar al paciente a otro dispositivo asistencial más adecuado a sus necesidades asistenciales, la necesidad de intervenciones psicosociales intensivas propias del Programa de Gestión de Casos, etc.

16.6. PROCEDIMIENTOS DEL PROTOCOLO Y FASES DE APLICACIÓN.

16.6.1. Identificación de indicadores de mala evolución.

Entre ellos cabe citar:

- La falta de consecución de los objetivos terapéuticos establecidos para un período dado de tratamiento, bien se trate del tratamiento de una crisis aguda, de un período de convalecencia, de un programa de rehabilitación, de atención ambulatoria, etc.
- La falta de asistencia a las citas ambulatorias.
- Los reingresos frecuentes.
- La falta de respuesta al tratamiento psicofarmacológico.
- La utilización de los servicios de urgencias.
- La baja adherencia terapéutica.
- La negativa al tratamiento.

16.6.2. Análisis de las variables relacionadas con la evolución desfavorable.

- El análisis conviene que sea realizado en Equipo con la participación de los profesionales que atienden o han atendido el caso. También puede realizarse mediante una revisión por pares, presentación clínica, o supervisión individual del caso por un colega libremente elegido por el facultativo.
- El análisis ha de incluir:
 - Revisión de los objetivos y acciones previstas en el plan terapéutico.
 - Revisión de medidas terapéuticas basadas en la evidencia científica.

- Análisis de problemas transferenciales y/o contratransferenciales que pudieran dificultar la evolución.
 - Análisis de posibles resistencias al tratamiento psicofarmacológico y búsqueda de opciones alternativas.
 - Análisis de los programas específicos (como el Programa de Gestión de Casos de la Comunidad o el Programa de actuación ante abandonos de tratamiento, etc.) que pudieran ser útiles para mejorar la evolución.
 - Análisis de otros recursos y dispositivos del Área o de otras Áreas más adecuados a las necesidades del paciente y su momento evolutivo.
 - Valoración e implementación de las intervenciones psicosociales necesarias para el tratamiento o la optimización de la calidad de vida del paciente.
 - Valoración de la necesidad de recursos sociales (Minirresidencias, Equipos de Soporte Comunitario o Centros ocupacionales) y solicitud de los mismos a través de la Comisión de Área Psiquiátrica y la Comisión Mixta Provincial.
- Registro en la Historia clínica y de enfermería de los resultados de los análisis efectuados y las conclusiones obtenidas.

16.6.3. Reelaboración del Plan de Tratamiento.

- Reelaboración de objetivos asistenciales operativizados y mensurables para un nuevo período de tratamiento.
- Reasignación de tareas asistenciales entre los miembros del equipo.
- Inclusión del paciente, en su caso, en programas específicos.
- Derivación, en su caso, a otros dispositivos.
- Establecimiento de un período para la reevaluación del caso y de discusión en el equipo pluridisciplinar.
- Elaboración de opciones en los casos de identificación de resistencias al tratamiento psicofarmacológico.
- Registro en la Historia clínica y de enfermería de los resultados de los análisis efectuados y las conclusiones obtenidas.

16.6.4. Actuación ante algunos síndromes resistentes al tratamiento psicofarmacológico.

- **Algunas opciones de Tratamiento para la Esquizofrenia resistente.**
 - La revolución terapéutica sobrevenida en el siglo XX, con la aparición de los neurolépticos, quedó rápidamente sofocada por las limitaciones de este tratamiento psicofarmacológico. En el momento actual, se considera que en materia de esquizofrenia diagnosticada con criterios DSM IV, la proporción de respuesta a los tratamientos habituales no va más allá del 36,4% (Hegarty y cols. 1994).

- Kane y cols en 1988 definieron los **criterios**, actualmente de referencia, **para la esquizofrenia resistente**, que en resumen son los siguientes:

Criterios históricos de resistencia al tratamiento:

- ◇ Tres periodos de tratamiento en los últimos 5 años sin alivio de síntomas con neurolépticos a dosis equivalentes a 1000 mg/día de clorpromazina durante un periodo de 6 semanas.
- ◇ Ausencia de cualquier periodo de buen funcionamiento en los últimos 5 años.

Criterios de gravedad psicopatológica:

- ◇ Puntuación global de la BPRS (18 ítems) de al menos 45.
- ◇ Puntuación de la CGI de al menos 4 (moderadamente enfermo).
- ◇ Puntuación de al menos 4 en dos de los siguientes ítems de la BPRS: desorganización conceptual, desconfianza comportamiento alucinatorio y contenido inusual del pensamiento.

Criterios para confirmar la falta de respuesta farmacológica:

- ◇ Tratamientos continuados con dosis equivalentes a 60 mg /día de haloperidol durante 6 semanas sin observarse disminuciones superiores al 20% en la puntuación BPRS y CGI inferior a 3 o bien puntuación total de la BPRS por debajo de 35.
- Para establecer **estrategias de tratamiento en las esquizofrenias resistentes** existen varios modelos:

Metanálisis de ensayos controlados y aleatorizados:

Estos metanálisis revisan estudios con múltiples psicofármacos, entre ellos todos los antipsicóticos, TEC, carbamazepina, valproato y también con los tratamientos psicológicos y rehabilitadores, con el fin de obtener pautas de tratamientos eficaces en esquizofrenia resistente. Existe un cierto consenso de que únicamente la *clozapina*, ha demostrado una eficacia superior al resto de los antipsicóticos en esquizofrenia resistente. El debate sobre los antipsicóticos atípicos, proporciona un consenso sobre la mejora del cumplimiento terapéutico y la reducción de los síntomas extrapiramidales, pero no superan en eficacia a la clozapina. Respecto al valproato se concluye que al inicio podría acelerar el efecto de otros tratamientos antipsicóticos. La carbamazepina está desaconsejada en esquizofrenia resistente. Los tratamientos psicológicos arrojan resultados poco concluyentes y proponen la terapia cognitivo conductual y la terapia familiar como las únicas que pueden ayudar a modificar ciertos síntomas en la esquizofrenia resistente.

Ensayos clínicos controlados:

En este campo se han realizado ensayos controlados con todos los antipsicóticos, litio, glicina, lamotrigina y terapias psicosociales. Estos ensayos clínicos rigurosos no han desvelado estrategia alguna, bien por escaso tamaño de las muestras, el nulo margen de eficacia o las numerosas variables involucradas en los cambios observados en el paciente.

Estudio de casos y controles y pruebas terapéuticas:

Son innumerables los tratamientos y pruebas realizadas a los pacientes con esquizofrenia resistente y esto apoya el furor terapéutico que genera cualquier patología resistente y en particular la esquizofrenia. Sin embargo ninguno de ellos ha trascendido el ámbito local y ha servido de modelo para diseñar un protocolo de acción contra esta patología.

Guías de uso clínico:

Las recomendaciones de las guías de expertos para el tratamiento de la esquizofrenia resistente son similares y por tanto nos remitiremos a las recomendaciones de la APA (2003) que son las siguientes:

- ◇ Excluir factores de confusión dependientes del paciente: consumo de drogas o alcohol, comorbilidad con patología médica o psiquiátrica, retraso mental, incumplimiento manifiesto, interacción con otras medicaciones o planes erróneos de rehabilitación.
- ◇ No respuesta a neuroléptico típico: utilizar un neuroléptico atípico como risperidona, olanzapina, quetiapina o amisulpiride durante 6-8 semanas a dosis media alta (equivalencia a 6-9 mg de risperidona). Si se duda del cumplimiento, utilizar neuroléptico atípico de larga duración (risperidona consta a dosis de 37,5-50 mg).
- ◇ No respuesta a neuroléptico atípico: utilizar neuroléptico atípico de larga duración durante 3-6 meses y si no hay respuesta utilizar clozapina a dosis de 200-400 mg durante 6 a 8 semanas. Si no hay respuesta incluir tratamientos psicosociales.
- ◇ No respuesta a clozapina: reiniciar el mejor tratamiento previo ensayado e intentar tratamiento coadyuvante (asociación de neurolépticos o antidepresivos o litio o anticonvulsivantes).
- ◇ Por último si todo falla plantear la posibilidad de TEC.

Experiencia clínica.

La experiencia clínica demuestra que aunque las guías clínicas recomiendan el uso de la clozapina, ésta se usa en muy pocos pacientes y lo que predomina en el día a día es la asociación de neurolépticos, escasamente recogida en las guías realizó una revisión de las principales asociaciones de neurolépticos y realiza algunas recomendaciones:

- ◇ Risperidona + Clozapina
- ◇ Clozapina + Amisulpirida
- ◇ Olanzapina + Clozapina

Conclusiones:

- No hay consenso sobre la definición de esquizofrenia resistente.
- Según los análisis de la medicina basada en pruebas sólo la Clozapina y la terapia cognitivo conductual han mostrado cierta eficacia en esquizofrenia resistente.

- Las guías clínicas son útiles, pero la práctica clínica se aparta bastante de las recomendaciones consensuadas.
- Hay tendencia a considerar mas importante la recuperación de los síntomas negativos y cognitivos que los propiamente positivos.
- La recomendación final sería agotar las recomendaciones consensuadas en las guías clínicas antes de utilizar estrategias basadas en la experiencia individual.

– **Algunas opciones de Tratamiento para la Depresión resistente.**

- La depresión resistente al tratamiento es un problema de salud pública que contribuye de forma abrumadora a la morbilidad y mortalidad que se asocian a la depresión mayor. En más de un 30% las depresiones resistentes al tratamiento, a menudo tienen por causa la falta de cumplimentación de las prescripciones, utilización de dosis inadecuadas o por tiempo insuficiente. ***Se ha definido como depresión resistente*** aquella en la que no hay respuesta al tratamiento tras la utilización de antidepresivos a dosis equivalentes a 300 mg de imipramina durante un tiempo mínimo de 9 semanas.
- Se ha realizado una ***estadificación de la resistencia al tratamiento*** en la depresión de la siguiente manera:
 - ◇ Pseudodepresión resistente: Falta de respuesta a ensayos inadecuados.
 - ◇ Estadio I: Falta de respuesta a un ensayo adecuado (con ISRS o similar).
 - ◇ Estadio II: Falta de respuesta a 2 ensayos adecuados con antidepresivos de diferentes grupos.
 - ◇ Estadio III: Resistencia al estadio II más falta de respuesta a un tricíclico o a una combinación.
 - ◇ Estadio IV: Resistencia al estadio III más un tratamiento potenciador (litio, estabilizadores u olanzapina).
 - ◇ Estadio V: Resistencia al estadio IV más falta de respuesta a la TEC.
- ***Estrategias de tratamiento en la depresión resistente:***
 - ◇ Utilización de un antidepresivo durante 6 semanas a dosis adecuadas.
 - ◇ Resistencia a un tratamiento ISRS: al cabo de 6 semanas se utilizará otro tratamiento antidepresivo con ISRS o Tricíclico o IMAO también durante 6 semanas.
 - ◇ Resistencia a un tricíclico o IMAO: se utilizará durante 6 semanas un ISRS o ISRS a dosis adecuadas.
 - ◇ Resistencia tanto a un ISRS O Tricíclico: en este caso la combinación de varios antidepresivos de diferentes grupos no han demostrado eficacia, tampoco potenciadores como las hormonas tiroideas. Tan solo algunas estrategias potenciadoras como el Litio u Olanzapina han mejorado los porcentajes de respuesta tanto en tricíclicos como en ISRS.

- ◇ En el tratamiento de la depresión resistente avanzada se ha proclamado la eficacia del grupo de los IMAOS, que recomienda la utilización de trancilipronina a dosis altas durante 6 semanas y si se confirmara resistencia se abogaría por añadir litio a dosis terapéuticas.
- ◇ La resistencia absoluta a todas las estrategias anteriores haría recomendable la utilización de la TEC, con un número de sesiones entre 10 y 15 en función de la respuesta clínica. Con esta técnica se consiguen remisiones superiores en un 20% al mejor tratamiento psicofarmacológico o combinación.

– **Algunas opciones de Tratamiento para el Trastorno Bipolar resistente.**

- El trastorno bipolar es el único trastorno en psiquiatría que tiene un claro tratamiento preventivo de las crisis y cuya eficacia esta perfectamente demostrada. No obstante existen pacientes que presentan resistencia al tratamiento estabilizador, fundamentalmente el Litio y a esta resistencia le ponen cara los llamados cicladores rápidos auténticos protagonistas de la resistencia en los trastornos bipolares.

- **Algunas *estrategias en el trastorno bipolar resistente*:**

- ◇ Resistencia al tratamiento con Litio: en aquellos pacientes resistentes al Litio se recomienda la asociación con otros estabilizadores por este orden: carbamazepina a dosis terapéuticas, valproato a dosis eficaces y el resto de estabilizadores (lamotrigina, topiramato, oxcarbazepina, etc.).
- ◇ En las resistencias a asociaciones de estabilizadores se recomienda en una primera fase asociar otros grupos de fármacos: antidepresivos, neurolépticos (olanzapina y otros).
- ◇ Si falla esta estrategia utilizar la TEC.

- ***Estrategias en los Cicladores rápidos:***

- ◇ Escasa respuesta al tratamiento con sales de litio.
- ◇ Cicladores rápidos en bipolares I: no hay diferencia en la respuesta entre litio y los anticonvulsivantes. En estos pacientes se han observado mejores resultados en la asociación litio+lamotrigina.
- ◇ Cicladores rápidos en bipolares II: hay evidencias importantes de la eficacia de la lamotrigina en monoterapia, a dosis de 200-400 mg, en tratamiento continuado.
- ◇ Las resistencias absolutas a monoterapia y asociaciones en los cicladores rápidos pueden tratarse con la TEC.

– **Algunas opciones de Tratamiento de los TCA resistentes.**

- En los trastornos de la conducta alimentaria el tratamiento de la resistencia empieza con el diagnóstico. Los pacientes con anorexia nerviosa no quieren ser diagnosticados porque no quieren ser tratados. En los pacientes con bulimia nerviosa existen importantes comorbilidades que dificultan el abordaje de la misma.

• **Estrategias de tratamiento en los TCA resistentes:**

- ◇ El tratamiento principal de los TCA es la psicoterapia individual cognitivo-conductual y la psicoterapia familiar de enfoque sistémico.
- ◇ La resistencia al tratamiento psicológico hace recomendable la utilización de de terapia psicofarmacológica asociada:
 - Resistencia en Anorexia nerviosa: se recomienda la utilización de ciproheptadina, fluoxetina (u otros ISRS) y neurolépticos sedativos tipo Clorpromazina y Olanzapina (De Zwaan, 2003).
 - Resistencia en Bulimia nerviosa: se recomienda la utilización de ISRS (fluoxetina) como tratamiento de primera elección (Roerig, 2003), y la posibilidad de utilizar topiramato (sólo o en asociación) si existe comorbilidad de otras patologías donde predominen el control de impulsos o las adicciones.

16.6.5. Reevaluación de los resultados y modificación del plan de tratamiento.

- Revisión de los objetivos y acciones previstas en el plan terapéutico.
- Revisión de medidas terapéuticas basadas en la evidencia científica.
- Análisis de problemas transferenciales y/o contratransferenciales que pudieran dificultar la evolución.
- Análisis de posibles resistencias al tratamiento psicofarmacológico y búsqueda de opciones alternativas.
- Análisis de los programas específicos que pudieran ser útiles para mejorar la evolución.
- Análisis de otros recursos y dispositivos más adecuados a las necesidades del paciente y su momento evolutivo.
- Valoración e implementación de las intervenciones psicosociales necesarias para el tratamiento o la optimización de la calidad de vida del paciente.
- Reelaboración de objetivos asistenciales operativizados y mensurables para un nuevo período de tratamiento.
- Reasignación de tareas y responsabilidades asistenciales entre los miembros del equipo.
- Establecimiento de un nuevo período para la reevaluación del caso y nueva discusión en el equipo pluridisciplinar.
- Registro en la Historia clínica y de enfermería de los resultados de los análisis efectuados y las conclusiones obtenidas.

16.7. PERIODICIDAD DE LA REVISIÓN EN CADA CENTRO:

Bianual.

17. Protocolo de observación y vigilancia

17.1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

La observación y vigilancia de las personas con Trastornos psiquiátricos abarca varias dimensiones. Es necesario establecer un nivel de observación general destinado a monitorizar la adaptación al entorno hospitalario. La hospitalización en unidades psiquiátricas implica para el paciente desafíos específicos. Ha de hacer frente a expectativas desconocidas y requerimientos de interacción social con los profesionales de la unidad y otros pacientes, en una situación de vulnerabilidad física, emocional y cognitiva, que conlleva diversos grados de desorganización comportamental y, por lo tanto, riesgos de diversa índole: accidentes, comportamiento errático, problemas relacionales, empeoramiento de su estado psicopatológico, etc. Las demandas de adaptación a un entorno nuevo y cambiante son numerosas, y tanto más costosas cuanto peor sea la situación psicopatológica y el grado de la desorganización comportamental que conlleva (Martínez, 1997, 2009).

Puede decirse que los pacientes psiquiátricos que requieren hospitalización experimentan dos tipos de crisis: la que les ha llevado al ingreso y la crisis de ser hospitalizado. En este contexto pueden percibir el tratamiento como presiones para abandonar sus defensas y/o amenazas a su sistema de control, por lo que los pacientes pueden desconfiar del personal y manifestar ambivalencia ante las intervenciones terapéuticas y dudas sobre su beneficio.

Los pacientes pueden experimentar una fuerte tensión ante el hecho de tener que afrontar, en una situación excepcional en sus vidas, un ambiente extraño, sin un rol específico y claro que pueda facilitar su adaptación y estar rodeados de otras personas en crisis. La adaptación resulta complicada porque además la persona está sometida a expectativas por parte del equipo terapéutico y carece de las ayudas habituales de su entorno. Es destacable también que las estructuras físicas del entorno hospitalario distan de ser cálidas y acogedoras, e incluso pueden ser muy agobiantes si no disponen de espacios abiertos. Todo ello requiere intervenciones protectoras por parte del sistema de cuidados en respuesta a la evolución del paciente.

Existen algunos pacientes en los que la observación ha de centrarse en la evolución de su sintomatología o en la discriminación de síntomas confusos. En otros la vigilancia se centrará en la adherencia al tratamiento o en la respuesta al mismo.

La observación en pacientes que presentan riesgos es primordial y adquiere especial relevancia en aquellos que padecen enfermedades mentales graves y en

los que presentan conductas agresivas (auto y heteroagresividad), son propensos a fugas o tienen riesgo de accidentes. Las alteraciones del comportamiento que comprometen la integridad física y el bienestar psicológico propio o ajeno han de ser sometidas a una vigilancia u observación por encima de lo habitual.

La necesidad de utilizar medidas restrictivas terapéuticas aumenta la posibilidad de complicaciones para el propio paciente, para otros usuarios y para el personal que los atiende. Estas personas experimentan situaciones de gran vulnerabilidad y dependencia que en algunos casos pueden ser equiparadas a las de los cuidados intensivos, considerándose por tanto “Pacientes de Alto Riesgo”, que requieren una observación más cuidadosa para evitar complicaciones clínicas.

También es necesario aplicar medidas de observación en los casos de pacientes que sufren efectos adversos que influyen en su experiencia corporal y su bienestar físico: acatisia, rigidez, hipotensión, sedación excesiva, etc. Así mismo es preciso aplicar medidas de vigilancia en el caso de pacientes con síntomas somáticos agudos o crónicos que pueden poner en riesgo la vida del paciente o que requieren una monitorización de tratamientos específicos. También aquellos pacientes que están en convalecencia tras la aplicación de TEC.

Establecer en el momento del ingreso el nivel de observación y vigilancia que necesita cada paciente, permitirá reconocer, predecir, prevenir y manejar los riesgos y complicaciones derivados tanto del Trastorno psiquiátrico como de las medidas terapéuticas que se apliquen. Es necesario definir los distintos niveles de observación según las necesidades de seguridad de cada paciente.

17.2. OBJETIVOS.

- Monitorizar la adaptación del paciente a la hospitalización.
- Contribuir a realizar un diagnóstico diferencial en los casos de duda.
- Contribuir a mantener condiciones de seguridad para los pacientes y el personal.
- Monitorizar la respuesta a las intervenciones asistenciales.

17.3. PROFESIONALES QUE DEBEN CONOCERLO Y APLICARLO.

Todos los profesionales relacionados con el proceso asistencial en las unidades de hospitalización psiquiátrica (U. de agudos, U. de Convalecencia, U. de rehabilitación): médicos, enfermeras, terapeutas, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería, administrativos, celadores, personal de seguridad.

17.4. USUARIOS A QUIEN VA DIRIGIDO.

- Pacientes con dificultades de adaptación a la hospitalización.
- Pacientes ingresados en contra de su voluntad.
- Pacientes en los que se detecte riesgo de suicidio.
- Pacientes con riesgo de auto-heteroagresividad.
- Pacientes con riesgo de fuga.
- Pacientes a los que se les aplique sujeción física total o parcial.

- Pacientes con riesgo de incumplimiento terapéutico farmacológico.
- Pacientes con efectos adversos.
- Pacientes con comorbilidad somática.

17.5. ESCENARIOS CLINICOS DE APLICACIÓN.

Estancia en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica: U. de agudos, convalecencia, rehabilitación. Al margen de la observación de la adaptación al entorno terapéutico, ésta ha de centrarse en la monitorización de otras variables relevantes desde el punto de vista clínico: evolución de la relación terapéutica con el personal asistencial, las interacciones y el otros pacientes, la calidad de las relaciones interpersonales, cambios en los trastornos del pensamiento, de la afectividad, de las conductas extrañas, de riesgo, participación en las actividades de la unidad, efectos adversos de la medicación, respuesta a las visitas de la familia, etc.

La intensidad de la vigilancia/observación ha de ajustarse a la situación clínica de cada paciente, especialmente si existen factores de riesgo en general o de fuga, autolesiones, agitación y agresividad o conductas antisociales en particular. El protocolo de Observación y Vigilancia en los aspectos generales es aplicable desde la admisión hasta el alta, dependiendo el nivel de intensidad de la evaluación de riesgos y la situación clínica.

17.6. PROCEDIMIENTOS DEL PROTOCOLO Y FASES DE APLICACIÓN.

17.6.1. Identificación de síntomas a monitorizar.

Al ingreso del paciente en una Unidad de Hospitalización y en el transcurso de la exploración psicopatológica, de la cumplimentación de la historia clínica y de enfermería y de la aplicación del Protocolo de Evaluación de Riesgos se identifican:

- Factores generales o específicos de riesgo para el paciente u otras personas.
- Síntomas cognitivos, afectivos o comportamentales que han de ser objeto de observación y seguimiento a lo largo de la hospitalización (delirios, alucinaciones, síntomas afectivos, acting outs, conductas bizarras, etc.
- Síntomas físicos que requieren monitorización durante la estancia.

17.6.2. Establecimiento nivel de observación y vigilancia.

- Una vez identificados los síntomas a observar, se deben anotar en la historia clínica, señalando el de vigilancia, signos de alarma, cuidados recomendados así como el personal encargado de llevarlos a cabo.
- Se pueden establecer varios niveles de observación (NICE, 2005) dependiendo de la situación clínica del paciente y de los riesgos detectados.

Observación General:

Es el nivel mínimo de observación, aplicable a todos los pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización, y que ha de centrarse, entre otras cosas:

- En los síntomas clave a monitorizar.
- El personal de enfermería debe conocer la ubicación de los pacientes, si bien no es necesario que todos se encuentren a la vista.
- Al menos al comienzo y al final de cada turno, la enfermera debe valorar el estado mental y físico de los pacientes.

Observación Nivel Medio:

- Observación al menos cada 2 horas.
- Nivel apropiado cuando se ha identificado un riesgo potencial, pero no inmediato.
- La observación debe ser discreta y no ser intrusiva al objeto de mantener una buena relación terapéutica.

Observación Nivel Alto:

- Observación cada 15 a 30 minutos.
- Aplicable en situaciones de alto riesgo como pacientes con contención mecánica, riesgo alto de autolesión, etc.

Observación o Vigilancia Intensiva:

- El paciente debe estar a la vista en todo momento, o bien en una sala cerrada con cámara que posibilite dicha vigilancia o si su situación clínica lo permite en lugares comunes a la vista del personal asistencial.
- Necesario para los casos de extremo riesgo de autolesión, agresividad, fuga, constantes vitales inestables, etc.
 - ◊ El personal sanitario encargado del mismo debe de turnarse.
 - ◊ Establecimiento claro de los aspectos, conductas peligrosas, factores de riesgo y ambientales a vigilar.

17.6.3. Registro.

A lo largo del proceso se registran una serie de variables en la historia clínica del paciente:

- La valoración de riesgos, nivel de vigilancia prescrito y persona que lo prescribe.
- Acciones de observación y/o vigilancia realizadas: hora, comportamiento observado y persona que lo ha realizado.
- Datos observados de relevancia clínica para el proceso asistencial, cambios conductuales, emergencia de síntomas o conductas nuevas.
- Finalización o cambio de nivel de vigilancia, situación clínica que motiva dicho cambio, hora, persona que lo prescribe.

17.7. PERIODICIDAD DE LA REVISIÓN EN CADA CENTRO:

Bianual.

Tabla 1. Protocolo de observación y vigilancia intensiva

ACCIÓN	TIEMPO	CONTENIDO	RESPONSABLE	INSTRUMENTO	RESULTADO
Identificación de síntomas a monitorizar	Al ingreso y a lo largo de todo el proceso asistencial	Posibles riesgos clínicos: suicidio, agresión, fuga, accidentes, autolesiones, etc.	Personal sanitario (Facultativo, enfermera)	Protocolos específicos de cada riesgo	Anotación en Hª clínica con fecha y firma.
Determinar Nivel de Observación	Al Ingreso y reevaluación en cada turno	Nivel de Observación: Frecuencia y personal encargado de realizarlo	Facultativo o enfermera.	Según resultado de la valoración de riesgos al ingreso	Anotación en Hª clínica con fecha y firma.
Observación y vigilancia	Durante el ingreso del paciente	Observación General: Al comienzo y finalización de cada turno	Personal de enfermería (Enfermero/a ó Auxiliar de Enfermería)	Observación directa y valoración de la situación puntual	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de la relación terapéutica. - Conocer dónde se encuentra el paciente en todo momento. - Valoración del estado de ánimo - Valoración de los riesgos inmediatos. (Ver protocolos específicos) - Conocer la evolución clínica del paciente
		Observación Nivel Medio: Mínimo: cada 2 horas			
		Observación Nivel Alto: Mínimo: cada 15 ó 30 minutos			
		Observación o Vigilancia Intensiva: Paciente siempre a la vista			
Registro	De cada acción o medida	Riesgos detectados, observación realizada, fecha, hora y persona que lo realiza.	Facultativo o Personal de Enfermería.	Historia clínica o Documentos específicos de Registro	Documentar la evaluación, evolución y medidas terapéuticas realizadas.

18. Bibliografía

- Adli, M.; Baethge, C.; Heinz, A.; Langlitz, N.; Bauer, M. (2002). Is dose escalation of antidepressants a rational strategy after a medium-dose. Estrategias farmacológicas en la depresión resistente... *Arch Gen Psychiatry*; 59(3): 233-9.
- Acuerdo de Coordinación de Actuaciones para los Traslados e Internamientos de Personas que Padecen Enfermedad mental. Santander 2001.
- Aibar, C. (2009). ¿Nos creemos de verdad la necesidad de la participación del paciente? *Revista de Calidad Asistencial*; 24(5): 183-184.
- Aibar, C.; Aranaz, J. (2003). ¿Pueden evitarse los sucesos adversos relacionados con la atención hospitalaria? *An.sis.sanit*.26 (2): 195-209.
- Aizpuru, F.; Latorre, K.; Ibáñez, B.; Pérez de Arriba, J. et al. (2008). Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en centros hospitalarios de agudos. *Atlas de variaciones en la práctica médica en el sistema nacional de salud*; 3(1): 199-220.
- American Psychiatric Association. (1984). Report of the American Psychiatric Association Task Force on the Psychiatric Uses of Seclusion and Restraint. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1993). Clinician Safety: Report of the American Psychiatric Association Task Force on clinician Safety. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2006). Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Ars Médica. Barcelona.
- Antón, P.; Peiró, S.; Aranaz, J.M. (2006). Soluciones en busca de problema y problemas en busca de solución. *Rev Cirugía Española*; 79 (3): 193-5.
- Appleby L. (1991). Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ* 302: 137-140.
- Appleby L. et al. (2000). Safety First: Five-year Report of Nacional Confidencial Inquirí into Suicide and Homicida by people wth Mental Illness. Disponible en: www.dh.gov.uk/assetRoot

- Aranaz, J.M.; Aibar, C.; Gea, M.T.; León, M.T. (2004). Efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Medicina Clínica*; 123(1): 21-5.
- Aranaz, J.M.; Limón, R.; Requena, J.; Gea, M.T. et al. (2005). Incidencia e impacto de los efectos adversos en dos hospitales. *Rev Calidad Asistencial*; 20(2): 53-60.
- Aranaz, J.M.; Aibar, C.; Galan, A.; Limón, R.; et al. (2006). La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. *Gaceta Sanitaria*; 20(1): 41-7.
- Aranaz, J.M.; Aibar, C.; Agra, Y.; Perol, E. (2006). Seguridad del paciente y práctica clínica. *Medicina Preventiva Vol XII*, N° 4, 4º Trimestre.
- Arango López, C.; Rojano Capilla, P.; García Cabeza, I; Sanz Amador, M; Calcedo Ordoñez, A. (1997) Perfil del paciente violento que ingresa en una unidad de hospitalización breve. *Anales de psiquiatría*. Vol 13. nº 1, pp 14-19.
- Asamblea General de la ONU. 1991. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Resolución 46/119.
- Asociación Mundial de Psiquiatría. 1996. Declaración de Madrid. Disponible en: <http://www.apsa.org.ar/institucion/madrid>
- Bañeres, J.; Orrego, C.; Suñol, R.; Ureña, V. (2005). Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. *Revista Calidad Asistencial* 20(4): 216-22.
- Barrios Flores, L.F. (2003). Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. *Derecho Sanitario* Vol. 11: 141-163.
- Barrios Flores, L.F. (2003). Urgencias Psiquiátricas: Marco Jurídico de la Actuación Policial. SEPL, *Newsletter* 5: 1-11.
- Barrios Flores, L.F. (2005). Medios coercitivos en la práctica penitenciaria. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*; 7: 4-13.
- Barrios Flores, L.F. Psiquiatría legal. El tratamiento ambulatorio involuntario: perspectiva jurídica. Disponible en www.psiquiatrialegal.org/TratamientoInvFBarríos
- Bartolomé, A.; Gómez-Arnau, J.I.; García del Valle, S. et al. (2005). *Rev. Calidad Asistencial*; 20(4): 228-34.
- Binder, R.L. (1999) Are the mentally ill dangerous? *J Am Acad Psychiatry Law* 27: 189-201.
- Bordas-Reig, R. (2006) Cómo actuar ante un paciente psicótico que no quiere ingresar. *Formación Médica Continuada* 13(4): 206-9.
- Bowers, L. et al (1998) Determinants of absconding by patients on acute psychiatric wards. *Journal of advanced nursing* 32: 644-649.
- Bowers, L. et al (1999) Absconding: why patients leave. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 6: 199-205.
- Bowers, L. et al (2007) A prospective study of patients absconding from a general hospital psychiatry unit in a developing country. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15: 458-464.
- Cabreira Forneiro, J. (1989). Aspectos médico legales del ingreso del enfermo mental en el hospital psiquiátrico. *Phronesis*. Vol 10, nº 3 pp: 124-130.
- Calcedo Ordoñez, A. (2004) Internamientos, incapacitación y medios coercitivos. *Derecho Sanitario*. Vol.12, nº 2. p. 111-114.

- Cañas de Paz, F.; Roca Bennasar, M. (2007). Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos. *Ars médica*. Barcelona. pp. 130-132.
- Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes de la Fundación Avedis Donavedian. (2006) Alertas de seguridad en atención sanitaria.
- Chakos, M.; Lieberman, J.; Hoffman, E.; Bradford, D.; Sheitman, B. (2001) Effectiveness of ... and meta-analysis of randomized trials. *Am J Psychiatry*, 158: 518-526.
- Chanovas Borràs, M.; Campodarve, I.; Tomás Vecina, S. (2007). Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente? *Monografías emergencias*. Vol 1. Nº 3: 7-14.
- Charney, D.S.; Nestler, E.J.; Hyman, S.E. (1998). Mechanisms of Neural Plasticity. In. *Neurobiology of ... American Psychiatric Press*. Washington, USA.
- Chopra, M.P.; Caroff, S.; Rosenberg, H.; Mann, S. (2001) . *IMAO* y fluoxetina, o *IMAO* y L-triprófano, *IMAO* y tricíclicos. *Adverse drug react bull*; 20(9): 799-802.
- Col.legi Oficial D'Enfermeria de Barcelona. (2006). Comissió Deontològica. Consideracions davant les contencions físiques i/o mecàniques: aspectes ètics i legals.
- Comité de Bioética de Cataluña. Guía sobre el consentimiento informado. (2002).
- Comité de Ética Asistencial de Sagrat Cor Serveis Salut Mental. (2004). Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización. *Informaciones Psiquiátricas*. Primer trimestre. Nº 175.
- Convenio europeo de derechos humanos revisado en conformidad con el protocolo nº 11. Disponible en: [www. Conv Europeo Derechos Humanos](http://www.Conv.Europeo.Derechos.Humanos)
- Costa Ribas, C.; Etxeberria Aguirre, A. Diseminación e implementación de una GPC. *Guías de Práctica Clínica*. 81-88.
- Davidson, J.; Connr, K. (2007). Tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Clinical Psychiatry Self-Assessment Program*. Trastornos de Ansiedad. 61-70.
- Davis, A.J. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. Col.legi Oficial d'Infermeria de Barcelona.
- De las Cuevas Castresana, C.; Pérez Cánovas, M.E. (1995). Asistencia al paciente violento en Atención Primaria. *Medifam*. 5: 29-34.
- Decreto 302/1999 de 2 de diciembre, por el que se regula servicio de atención de llamadas de urgencia a través del número telefónico 112. (B.O.C.y L num. 235, 7.12.1999).
- Decreto 84/2005, de 10 de noviembre, por el que se aprueban las Normas Marco a las que han de ajustarse los reglamentos de las policías locales en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León.(B.O.C.y L num. 221, 16.11.05).
- Desviat Muñoz. El internamiento psiquiátrico en España. Red de salud mental comunitaria. Disponible en: [http:// www.revistahospitalarias.org/info](http://www.revistahospitalarias.org/info)
- El tratamiento ambulatorio involuntario para pacientes mentales de nuevo en el parlamento. Disponible en <http://www.portalsaludmental.com>
- Emergency Department Project Center For Public Representation (2005). Standards for emergency department of individuals with psychiatric disabilities.
- España Martí, M.M. (2004). La protección y atención socio-sanitaria de los enfermos mentales: carencias actuales. Jornada Técnica: "El Enfermo Mental: Protección Jurídica y atención socio-sanitaria". *Derecho Sanitario*. Vol 12. Nº 2, pp 115-126.

- Espinosa Iborra, J. (1997). El tratamiento penal del enfermo mental en el nuevo Código. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XVII, nº 64, pp 607-625.
- Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (Faecap 2007). Contención de pacientes. Disponible en <http://www.faecap.com/contencion-de-pacientes>
- Fenton, W.S.; McGlasahan, T.H. (1987). Prognostic scale for chronic schizophrenia. *Schizophr Bull*; 13: 277-286.
- Fernández de los Roderos, M.A. Problemas prácticos del control judicial de las intervenciones involuntarias en salud mental. Disponible en: www.faisem.es/ficheros/Problemas_practicos_control_judicial_intervenciones_involuntarias_salud_mental
- Fernández García de las Heras, V, et al. (2005) Revisión del manejo de la agresividad patológica en situación de urgencia. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 33(3): 194-200.
- Ferrer V.A. (1995) Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Revista Psicología y Salud* 1995; 7(1): 35-61.
- Firs, M.B. y cols (1996). Nosology of chronic mood disorders. *Psychiatr Clin North Am* 19: 29-39.
- García Cabeza, I.; Rojano Capilla, P.; Arango López, C. et al. (1998). Internamiento psiquiátrico contra la voluntad previo expediente y de urgencia (a propósito de una encuesta). *Anales de Psiquiatría*. Vol 14, Nº 7, pp 301-306.
- Geyjo Uribe, M.S. Urgencia psiquiátrica e intervención en crisis. Disponible en: <http://sepsiq.org/Pub/Manual>
- Golberg, D.P.; Lecrubier, Y. (1995). Form and frequency of mental disorders across centers, in Mental illness in General Health Care. *An International Study*. pp 323-334.
- González-Hermoso, F. (2001). Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. *Cirugía Española*; 69: 591-603.
- González Juárez, C.; González Hidalgo, M.; Gonzalo Martínez, S.; De Gregorio González, C. et al. (2000). Conductas transgresoras en hospitalización psiquiátrica. *Psiquiatría pública*; 12(1): 21-28.
- Gracia González, S. (2000). Internamiento psiquiátrico e internamiento forzoso. *Centro de salud* ; 8(10): 636-639.
- Hales, R.E; Yudofsky, S.C. (2004). Tratado de Psiquiatría Clínica. Masson. S.A. Barcelona.
- Kan, J.; Honigfeld, G.; Singer, J.; Meltzer, H. (1988). Clozapine for treatment-resistant schizophrenia: a double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry*; 45: 789-796.
- Hawton, K., Fagg, J. y Simkin, S. (1988). Female unemployment and attempted suicide. *British Journal of Psychiatry* 152: 632-637.
- Hegarty, J.D.; Baldessarini, R.J. et al. (1994). One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry*; 151: 1409-1416.
- Hospital Universitario Príncipe de Asturias. (2005) Servicio de Salud Mental área 3. Guía para el ingreso hospitalario por motivos de salud mental en el área 3 de Madrid. Disponible en: www.fundacionmanantial.org/ssm.../guias/guia_ingreso_corto
- Hyman, S.; Tesar G. (1995). Manual de urgencias psiquiátricas. Masson. Barcelona.
- Institut Borja de Bioética. (2007). Límites del consentimiento en las personas con trastorno mental grave: el tratamiento involuntario. *Bioética & Debat*. Jul-Sep: 6-12.

- Institut Borja de Bioéctic. (2007). Medidas restrictivas en la hospitalización psiquiátrica. *Bioética & Debat.* Jul-Sep: 15-20.
- Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. (BOE núm. 251, 20.10.1999).
- Jiménez Busselo, M.T.; Aragón Domingo, J.; Nuño Ballesteros, A.; Loño Capote, J. et al. (2005) Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. *Anales de Pediatría* 63(6): 526-36.
- Joanna Briggs Institute. (2002). Physical Restraint-Pt 1: Use in Acute and Residential Care Facilities, *Best Practice* Vol 6 Iss 3, Blackwell Publishing Asia, Australia.
- Joanna Briggs Institute. (2002). Physical Restraint-Pt 2: Minimisation in acute and residential Care Facilities, *Best Practice* Vol 6 Iss 4, Blackwell Publishing Asia, Australia.
- Joanna Briggs Institute. (1998). Caídas en Hospitales. *Best Practice* Vol 2 Iss 2, pag 1-6. Blackwell Publishing Asia, Australia.
- Joint Commission Emergency Management Standards Revisited Healthcare Facility Accreditation Requirements for 2008. Disponible en: <http://www.emforum.org/vforum>
- Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. (CMAH). Disponible en: <http://www.jcho.org>
- Junta de Castilla y León. (1994). Plan sectorial de prevención y atención de las conductas suicidas.
- Junta de Extremadura (2005). Protocolo de Atención a la Urgencia en Salud Mental. Servicio Extremeño de Salud.
- Kaltiala-Heino, R.; Korkeilla, J.; Tuohimaki, C. et al. (2000). Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *Eur Psychiatry*, 15: 213-9.
- Kane, J. et al. 1988. *Arch. Gen. Psychiatry*. 45: 789-796.
- Keitner, G.I.; Miller I.W. (1990). Family functioning and major depression: an overview. *Am J Psychiatry* 147: 1128-1137.
- Kjellin, L.; Westrin, C.G. (1998). Involuntary admissions and coercive measures in psychiatric care. *Int J Law Psychiatry* 21: 31-42.
- Krug, E.G.; L. L. Dahlberg, J.A.; Mercy, A.B. Zwi, and R. Lozano. (2002) *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Kupchick et al. (2000). Combined *electroconvulsive-clozapine* therapy. *Clin Neuropharmacol*; 23: 14-6.
- Lastra Martínez, I.; Ramos Vicente, Y.M.; González Seijo, J.C.; Fernández Pérez, C. (1993). Aspectos clínico-terapéuticos de los ingresos psiquiátricos contra la voluntad del paciente en un hospital general. *Psiquis* 14(5): 225-234.
- Legislación. Disponible en <http://www.psiquiatrialegal.org/legislacion>
- Lemonidou, C. et al. (2002). Evaluación de las técnicas de aislamiento y contención por parte de los equipos de enfermería en los hospitales psiquiátricos griegos. *Eur. J. psychiat.* Vol. 16 N° 2: 87-98.
- Leucht, S.; McGrath, J.; White, P.; Kissling, W. (2000). Carbamazepine and psychoses. *J Clin Neurosci*; 7(2): 88-101. 14.

- Ley 1/2000, de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil. (BOE núm. 90, 14.04.2000).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. (BOE núm.128, 29.05.2003).
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE núm. 274, 15.11.2002).
- Lluch Canut, M.T.; Biel Tres, A. (2006). La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de Enfermería. *Rev Presencia*. Ene-jun;2(3). Disponible en <http://www.index-f.com/presencia>
- Madianos, M.G.; Zacharakis, C.; Tsitsa, C.; (2004). Desarrollo de la calidad de los indicadores de estructura física: un estudio nacional en los hospitales mentales públicos de Grecia. *Eur. J. Psychiat.* (Ed. Esp.) v. 18 nº 2.
- Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la Psicología en el proceso salud enfermedad. *Rev Cubana Salud Pública*; 29(3): 275-81.
- Martínez Marco, E.; Aranaz Andrés, J. (2002) ¿Existe relación entre el reingreso hospitalario y la calidad asistencial? *Rev. Calidad Asistencial*; 17(2): 79-86.
- Martínez Rodríguez, J.M. (2003). Tarea primaria, dinámica institucional y garantía de calidad en Salud Mental. *Informaciones psiquiátricas*. Nº 174.
- Martínez, J.M. et al. (1997). Grupos terapéuticos en unidades de hospitalización de corta estancia. *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*. IV, 11, pp 139-148.
- Martínez, J.M.; Martín, B. (2009). Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos. *Rev. Asociación. Española de Neuropsiquiatría*. 29 n. 1.
- Mayoral, F.; Torres, F. (2005). La utilización de medidas coercitivas en Psiquiatría. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2005: 33(5): 331-338.
- McCloskey, J.C. et al. (1993). Nursing Interventions Classification (NIC) *Journal of Nursing Administration*: Volume 23 - Issue 10 - ppg 23-29.
- McGlashan, T.H. (1988). A selective review of recent North American long-term followup studies of schizophrenia. *Schizophr Bull*; 14: 515-542.
- Michel, P.; Aranaz, J.M.; Limón, R.; Requena, J.; (2005). Siguiendo la pista a los efectos adversos: cómo detectarlos. *Rev. Calidad Asistencial*; 20(4): 204-10.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: contention, isolement et substances chimiques. p. 15-16. Quebec.
- Ministerio de Salud de la República de Chile. Requisitos Básicos para la Elaboración de Guías Clínicas y Protocolos. Disponible en: www.minsal.cl/calidad_prestadore
[CevaluacionCInstructivoMinisterioGPC](http://www.minsal.cl/evaluacionCInstructivoMinisterioGPC)
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005) Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS. Informe febrero 2006.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistemas de registro y notificación de incidentes y efectos adversos.

- Mira, J.J.; Buil, J.A.; Aranaz, J.; Vitalir, J. et al. (2000). Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gaceta Sanitaria*. 14(4): 291-293.
- Mira, J.J.; Rodríguez Marín, J. (2001). Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Med Clin*. 116: 104-110.
- National Institute for Clinical Excellence. (NICE).2005 The short-term management of disturbed/violent behaviour in-patient psychiatric settings and emergency departments. Clinical Guideline 25. London.
- National Quality Forum. (2005) 30 Safe Practices for Better Health Care. Fact Sheet. AHRQ Publication No. 04-P025. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponible en <http://www.ahrq.gov>
- Okin R.L. (1985) Variation among state hospitals in use of seclusion and restraint. *Hosp. Community Psychiatry*; 36: 648-52.
- O'Reardon, J.P.; Stunkard, A.J., Allison, K.C. (2000). A clinical trial of sertraline in the treatment of the .. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Consejo ejecutivo. 109ª reunión. Punto 3,4 del orden del día provisional. Calidad de la atención: seguridad del paciente.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe de salud 2003. Forjemos el futuro. Ginebra: OMS. Documento disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/en/whr>
- Organización Mundial de la Salud. (2003) Mental health legislation and human rights. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/resources/en/Legislation
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Disponible en: <http://www.mhc.govt.nz/publications/2003/MentalHealth>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutions>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1989. Análisis de Riesgo en el Diseño de Hospitales en Zonas Sísmicas (Pan American Health Organization). Disponible en <http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones>
- Ortego Maté, M.C. (2004). La adherencia al tratamiento. Variables implicadas. *Educare21* 2004; 8. Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare>
- Pardo, R.; Jara, A; Menchen, B; et al. (2005) Puesta en marcha de una unidad de gestión de riesgos clínicos hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial*. 20 (4): 211-5.
- Philips, P.; Nasr, S.J. (1983) Seclusion and restraint and prediction of violence. *Am J Psychiatry*; 140: 229-32.
- Pilling, S.; Bebbington, P.; Kuipers, E. et al. (2002). Esquizofrenia Tratamiento-resistente. Antecedentes. *Psychological Medicine*; 32: 763-782. 54.
- Protocol d'actuació per a l'atenció a les urgències, els trasllats i els ingressos involuntaris urgents de persones amb malaltia mental.(2006) Disponible en: www.familiarsmalaltsmentals.org/docs/ProtocolUrgencies

- Protocolo de actuaciones para la asistencia sanitaria involuntaria de los enfermos mentales en las Illes Balears. Revisión de abril 2001.
- Protocolo para el transporte sanitario involuntario del paciente agitado en la comunidad de Madrid.
- Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización. (2004). *Informaciones psiquiátricas*. Primer trimestre. Número 75.
- Psychiatric Patient Advocate Office. (2005). Regarding Bill 159 “ an act to revise the private investigators and security guards act”.
- Retterstol, N. & Mehlum, L. (2001) Attempted suicide as a risk factor for suicide: Treatment and follow-up. In D.Wasserman (Ed.), *Suicide: An unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd.
- Reyes, G. (2002) Enfrentamiento especializado al paciente suicida. *Rev Cubana Medicina General Integral*.
- Rome Casabona C.M.; Urruela Mora, A.; Libano Beristain, A. (2008). Establecimiento de un sistema nacional de notificación y registro de incidentes y eventos adversos: aspectos legales. La notificación de eventos adversos en el sector sanitario: perspectiva de derecho comparado: segundo informe, diciembre 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Roqueta Egea, F. (2007) Indicadores de seguridad/riesgo en los servicios de urgencias. *Monografías emergencias*. Vol 1. Nº 3: 14-18.
- Ruíz-López, P.; González Rodríguez-Salinas, C.; Alcalde-Escribano, J. (2005). *Rev Calidad Asistencial* 20(2): 71-8.
- Salva Coll, J. (2008). La variabilidad en las hospitalizaciones por motivos psiquiátricos en hospitales de agudos. *Atlas de variaciones en la práctica médica en el sistema nacional de salud*; 3(1): 189-191.
- Sanz Gil, R.; Vázquez Souza, M.; Oca Bravo, L.; Soler Roibal, A. (2001). Perfil del paciente violento en Urgencias. *Anales de Psiquiatría*. Vol. 17, Nº 8, pp 358-363.
- Saturno, P.J. (2009) Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Revista de Calidad Asistencial*; 24(3): 124-130.
- Scott, J. (1988). Chronic depression. *Br J Psychiatry* 153: 287-297.
- Servicio Andaluz de Salud. (2006) Protocolos de Coordinación de la Asistencia Extrahospitalaria Urgente y Emergente del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Shabshin, M. (2008). Changing American psychiatry: a personal perspective. *American Psychiatric Publishing*. Georgia.
- Simón Lorda, P.; Concheiro Carro, L; El consentimiento informado: teoría y práctica (I). *Medicina Clínica*. Vol. 100. num. 17: 659-663.
- Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). “Seven Steps to Patient Safety”. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006).
- Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. *Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente*. Disponible en: www.npsa.nhs.uk

- Sjöström, N.; Eder, D.; Malm, U.; Beskow, J. (2002) La violencia y su predicción en un hospital psiquiátrico. *Eur Psychiatry* Ed. Esp. 9: 166-172.
- Stack, S. y Lester, D. (1991). The effect of religion on suicide ideation. *Soc. Psychiatry. Epidemiol.* Vol 26, nº 4, pp 168-170.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 159: 1284-1293.
- Tardiff, K.J. (2004). Violencia. En Tratado de Psiquiatría Clínica: 1485-1509. Masson, SA. Barcelona.
- Tealdi, J.C. (2008). Bioética y Derechos Humanos en Psiquiatría. *Rev. Colomb. Psiquiat.* vol 37: 247-262.
- Téllez Lapeira, J.M; Villena Ferrer, A.; Moreno Rayo, S.; Pascual Pascual, P.; López García, C. (2005). El paciente agitado. Guías clínicas. 5(34). Disponible en: www.fisterra.com
- Thase, M.E. (1992). Long-term treatments of recurrent depressive disorders. *Compr Psychiatry* 53 (suppl 9): 32-44.
- Urgencias Psiquiátricas. Disponible en <http://www.madynet.com/usuarios/jaguilar/urgencia>
Accedido el 15/10/07.
- Urruela, M.; Gómez, E; Iglesias, C. (2002). Caídas en un hospital de agudos: características del paciente. *Rev Multidisciplinar de Gerontología.*
- Wadson, H.; Carpenter, W.T. (1976). Impact of the seclusion room experience. *Nerv Ment Dis* 163: 318-323.
- Whalbeck, K., Cheine, M.; Essali, A.; Adams, C. 1999. Evidence of clozapine's ... *Am J Psychiatry* 156: 990-9. 13.
- Wasserman, D. (2001). *Suicide an unnecessary death.* Martin Dunitz. London 2001.
- Woodman, CL; Noyes, R. (1994). Panic disorder: treatment with valproate. *J Clin Psychopharmacol* 1989; 9:22-27.
- Yasir Kasmi. J. (2007). Characteristics of patients admitted to psychiatric intensive care units. *Psych Med*; 24(2): 75-78.
- Yonkers, K.A. et al. (1996). Phenomenology and course of generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 168: 308-313.
- Zabala Baquedano, M. (2005). Evaluación de la calidad asistencial en un Dispositivo Psiquiátrico. *Norte de salud mental*, Nº 23: 13-22.
- Zanarini, M. et al. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *J Personal Disord* 11: 93-104.
- Zwaan (2003). Binge eating disorder and obesity. *M. J Nerv Ment Dis.* 191(9): 589-94.

