

**PROTOCOLO DE
TRASLADO
DE PERSONAS CON
ENFERMEDAD MENTAL
(RESUMEN)**

**Especial referencia a los casos de
falta de colaboración de las
mismas, o en contra de su
voluntad.**

Zaragoza, 10 de julio de 1997

PREMISA BASICA:

LA ENFERMEDAD MENTAL REQUIERE UN ABORDAJE FUNDAMENTALMENTE SANITARIO.

EL OBJETIVO ESENCIAL DEL TRASLADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL ES SANITARIO-TERAPÉUTICO, RESPETANDO LAS GARANTÍAS CONSTITUCIONALES.

CÓDIGO CIVIL

ART. 211

“El internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá autorización judicial. Ésta será previa al internamiento, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez y, en todo caso dentro del plazo de **veinticuatro horas**. El internamiento de menores se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor”.

ART. 271.1

“El tutor necesita autorización judicial para internar al tutelado en un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial”.

CONCEPTO DE URGENCIA.....	pág. 4
ORGANIZACION DEL TRASLADO.....	pág. 4
COMUNICACIONES / AUTORIZACIONES.....	pág. 5
ATENCION PRIMARIA.....	pág. 6
ATENCION ESPECIALIZADA AMBULATORIA.....	pág. 7
ENFERMERIA DE CENTRO DE SALUD O CENTRO DE SALUD MENTAL.....	pág. 7
ATENCION SANITARIA ESPECIALIZADA HOSPITALARIA....	pág. 8
CUERPOS DE SEGURIDAD.....	pág. 9
AMBULANCIAS.....	pág. 9
JUZGADO DE INSTRUCCION DE GUARDIA.....	pág. 10
JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA.....	pág. 10
MINISTERIO FISCAL	pág. 10
LA CONTENCION FISICA	pág. 11
LA CONTENCION PSIQUICA	págs. 11 y 12
LA CONTENCION QUIMICA.....	págs. 12 y 13

CONCEPTO DE URGENCIA:

TODA CIRCUNSTANCIA DETECTADA O DEMANDADA COMO TAL POR EL PROPIO PACIENTE, FAMILIA, SERVICIO SOCIAL, FUERZAS DE SEGURIDAD U OTRAS INSTITUCIONES.

URGENCIAS EN SALUD MENTAL:

- ENFERMEDAD MENTAL RECONOCIDA Y VALORADA CON ANTERIORIDAD.
- ENFERMEDAD MENTAL NO RECONOCIDA O DIAGNOSTICADA.

ORGANIZACION DEL TRASLADO:

COMBINACIÓN E IMPLICACION DE LOS AMBITOS SIGUIENTES:

1. INTERVENCION DE LOS **MÉDICOS DE ATENCION PRIMARIA O DE URGENCIAS**
2. ASESORAMIENTO DE LOS **MÉDICOS PSIQUIATRAS** DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL U HOSPITALARIOS
3. AYUDA TECNICA DE PERSONAL DE LOS **CENTROS DE SALUD**
4. AUXILIO DE LOS **CUERPOS DE SEGURIDAD**
5. ESTRUCTURA DE PERSONAL Y MEDIOS DE LAS **AMBULANCIAS**
6. **JUZGADO** DE INSTRUCCION EN FUNCIONES DE GUARDIA.
7. JUZGADOS DE PRIMERA INSTANCIA
8. MINISTERIO FISCAL
9. CLINICA MÉDICO FORENSE

TRASLADO:

SI ES POSIBLE, CON LA FAMILIA
SI ESTO NO ES POSIBLE, EN AMBULANCIA

COMUNICACIONES / AUTORIZACIONES

AUTORIZACIÓN JUDICIAL PARA INGRESO:

La iniciativa es sanitaria ante un paciente con enfermedad mental que precise ingreso y no exista voluntariedad para éste por parte del enfermo. Art. 211 del Código Civil.

Si se requiere la entrada a la fuerza en un domicilio se solicitará también autorización al juzgado de guardia.

ORDEN JUDICIAL DE INGRESO:

Iniciativa del Juez ante persona con enfermedad mental que ha delinquido. Art. 20 del Código Penal

ATENCION PRIMARIA

PRIMER ESLABÓN DE RESPUESTA SANITARIA ANTE LA PETICIÓN DE ATENCIÓN SANITARIA INICIAL URGENTE A UN POSIBLE ENFERMO MENTAL.

FUNCIONES:

1. Valoración inicial. Diagnóstico diferencial.
2. Contención farmacológica si es preciso.
3. Solicitar asesoramiento (el asesoramiento nunca sustituye la valoración inicial de cada caso).
 - de los centros de salud mental (CSM) en su horario.
 - de los psiquiatras del servicio de urgencias hospitalarias correspondiente fuera del horario del CSM.
5. Proponer la revisión del enfermo por la atención psiquiátrica o en urgencias psiquiátricas
6. Indicar traslado a uno de estos servicios
7. Proponer al servicio de urgencias la valoración de ingreso en servicio psiquiátrico.
8. Realizar solicitud de acompañamiento por parte de personal auxiliar del centro de salud o servicio especial de urgencias.
9. Solicitar colaboración de los cuerpos de seguridad:

NO ES PRECISO EL PASO PREVIO A TRAVES DEL JUZGADO

- ámbito urbano: Policía Local. Si hay dificultades para su colaboración, Policía Nacional.
- ámbito rural: Guardia Civil.

10. Dejar constancia escrita de la actuación realizada:
 - datos habituales: filiación, fecha, hora, etc.
 - contención farmacológica
 - traslado en ambulancia
 - medidas especiales de sujeción física
 - colaboración de cuerpos de seguridad
 - constancia expresa del uso de las medidas por consideraciones terapéuticas
 - Otras observaciones

ATENCION ESPECIALIZADA AMBULATORIA

SEGUNDO ESLABÓN DE RESPUESTA SANITARIA.
CENTRO DE REFERENCIA EN CASOS NO URGENTES.

FUNCIONES:

1. En casos urgentes. En horario de 8-15 horas puede asesorar a los médicos de AP. Esta solicitud de asesoramiento no sustituye la necesidad de valoración inicial por éste.

2. En casos no urgentes

* es la estructura de referencia para la solicitud de autorización de ingreso involuntario no urgente

* efectúa la valoración y plan terapéutico del paciente

* organiza los protocolos de traslado no urgentes.

3. Intervención domiciliaria para supervisar interrupciones del tratamiento antipsicótico, lo que podrá suponer o no la puesta en marcha del protocolo de traslado.

4. Constancia escrita

ENFERMERIA DE CENTRO DE SALUD O CENTRO DE SALUD MENTAL

Actúa a petición de los médicos de AP o de atención psiquiátrica acompañando a los facultativos y colaborando en los aspectos asistenciales necesarios.

ATENCION SANITARIA ESPECIALIZADA HOSPITALARIA

RESPUESTA EXCLUSIVAMENTE INTRAHOSPITALARIA

FUNCIONES:

1. Recepción del enfermo:

1.1 INGRESO INDICADO: comunicación al juzgado lo antes posible, y dentro de las 24 horas preceptivas

1.2 INGRESO NO INDICADO:

1.2.1 sin valoración de riesgo:

- Informe al interesado, familia o allegados
- Informe al centro de salud mental

1.2.2 con valoración de riesgo:

- Informe al interesado, familia o allegados
- Informe al centro de salud mental, al juzgado y a la estructura de responsabilidad adecuada

1.2.3 con valoración de necesidad de una medida psiquiátrica distinta al ingreso en el centro hospitalario:

- Tramitación de solicitud de traslado
- Comunicación a dirección y paso a estructura de observación
- Informe al Juez decano

2. Asesoramiento a AP en casos urgentes en horario de 15 a 8 horas, sábados y festivos. No sustituye la necesidad de valoración inicial del médico de AP.

CUERPOS DE SEGURIDAD

El auxilio a los cuerpos de seguridad ***PUEDE SER REQUERIDO DIRECTAMENTE POR LOS FACULTATIVOS DE LOS DISPOSITIVOS SANITARIOS QUE ATIENDEN A ESTOS PACIENTES*** en aquellos casos en que la manifiesta oposición a ser atendido y/o trasladado provoque una alteración del orden público, ponga en peligro la integridad física de las personas y la conservación de bienes materiales.

Intervienen en la contención física previa a la contención psicológica o farmacológica (situación que debe ser excepcional ya que debe primar la contención psíquica) en el ámbito ambulatorio, así como en el apoyo posterior en el traslado.

La posibilidad de la ampliación de este ámbito fuera de lo ambulatorio (hospitalario, centros de salud, etc.) Está supeditada a la necesidad de dicha colaboración cuando hayan quedado superados los medios de contención habituales en dichos centros.

Los cuerpos de seguridad comunicarán a sus superiores las circunstancias básicas de las actuaciones de contención física en la línea del informe antes descrito.

AMBULANCIAS

FUNCIONES:

- Conducción del vehículo de ambulancia
- Ayuda física del traslado del paciente para entrar y salir del vehículo
- Aplicación de las medidas habituales o especiales de sujeción

Vehículo: ambulancia asistida (UVI-móvil)

Personal: dos personas: conductor y auxiliar de apoyo

Agenda de incidencias con los mismos datos de los demás informes

JUZGADO DE INSTRUCCIÓN DE GUARDIA

FUNCIONES:

- Recordar a los funcionarios de policía la obligación de colaborar con el médico para trasladar al enfermo mental
- Autorización a posteriori de la entrada a la fuerza en el domicilio
- En caso de que el enfermo haya cometido delito y sea necesaria la valoración de imputabilidad:
 - Orden de prisión provisional al director de la prisión, añadiendo la explicación del ingreso del enfermo como preso provisional en el hospital correspondiente para observación y tratamiento.
 - Oficio al director del hospital comunicando el ingreso del preso preventivo para su observación y tratamiento psiquiátrico, y que de su custodia se encargarán los policías nacionales o guardias civiles.
 - Oficio al jefe superior de policía para que designe a estos policías.

JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA

FUNCIONES:

1. Ante petición de autorización de **internamiento no urgente**, recaba del centro sanitario correspondiente informe para valorar la necesidad terapéutica de éste.
2. Ante petición de autorización de **internamiento urgente**, remite a los peticionarios a las estructuras responsables de la atención sanitaria, indicándoles que la urgencia médica es prioritaria sobre la aplicación del Art. 211.

MINISTERIO FISCAL

Dentro de función de vigilancia de las garantías, intentará un máximo de colaboración con las estructuras hospitalarias para no suponer una traba burocrática al plan terapéutico.

LA CONTENCIÓN FÍSICA

SE RECOMIENDA UN NÚMERO DE 5 PERSONAS

1. En muchos casos, la sola presencia de los cuerpos de seguridad es disuasoria.
2. Se realiza la sujeción del paciente por miembros de los cuerpos de seguridad de las cuatro extremidades y la cabeza de forma independiente.
3. Tras ésta, se realiza contención mecánica, teniendo en cuenta:
 - Evitar al máximo tracciones de gran violencia. Si se ha aplicado algún medio de compresión, liberar uno de los miembros cada media hora y de forma alternativa.
 - Si existe disminución del nivel de conciencia, posición acostada sobre costado izdo. Y control sanitario lo antes posible.
 - Inmovilizaciones de más de 24 horas o en personas de especial riesgo como ancianos o enfermedades previas vasculares deben ser especialmente controladas por el personal sanitario. Valorar el uso de heparina

** No suprimir la contención sin presencia física de personal suficiente y reevaluación del estado psicológico. Es un momento de riesgo.*

LA CONTENCIÓN PSÍQUICA

** ES LA PRIMERA Y MÁS IMPORTANTE PAUTA DE ACTUACIÓN.*

OBJETIVO: restablecer el autocontrol y la contención psíquica.

ENTORNO ADECUADO:

1. Procurar entrevistarse con el paciente en un lugar tranquilo
2. Decidir si las personas que están con el paciente ejercen una influencia estabilizadora o desestabilizadora. Las personas que parecen provocadoras para el paciente (p.ej., el personal uniformado y quizá los familiares) deben salir de la habitación, aunque debe haber una presencia física dentro o fuera de la habitación que garantice que el/los entrevistadores se sientan seguros
3. En general debe haber suficiente espacio físico para una entrevista cómoda. Los pacientes paranoides pueden sentirse amenazados en las distancias interpersonales normales.

ACTITUD TERAPÉUTICA:

- **Actitud básica de escucha** y atención al paciente, procurando establecer una relación interpersonal:

- Mostrar interés.
- No humillar al paciente o hacerle sentirse rechazado.
- Tratar las peticiones del paciente de forma cabal.
- Permitirle realizar algunas elecciones, por ej., el lugar donde prefiere sentarse. Un ofrecimiento de comida o bebida puede calmar a un paciente agitado.
- Fomentar la verbalización del motivo de la crisis. Abordar la situación con franqueza, con preguntas directas y sinceras.

- **Actitud firme**, transmitiendo el mensaje de que se va a ayudar al paciente a controlar sus impulsos violentos. Actitud que transmita firmeza, no amenaza.

- **Actitud franca** si se ve necesario el traslado. Para el paciente es un indicador de respeto y de que es tratado como una persona capaz de responder normalmente. Se facilitan relaciones de confianza posteriores. Si se valora la utilidad de poner medicación en ese momento, hay que hablar de ello con el paciente, intentando transmitir que su uso tiene el objetivo de ayudarlo a disminuir su malestar.

- Con personas con síntomas paranoides, la entrevista debe transcurrir como si uno mismo y el paciente estuvieran experimentando conjuntamente el problema. Crear un clima de confianza. No mostrar actitud de enfrentamiento. No es el momento para hacer desistir de un delirio. Transmitir al paciente la sensación de que el terapeuta está “a su lado”, no necesariamente “de su parte”.

- El contacto físico puede ser oportuno o inoportuno en dependencia de la patología.

LA CONTENCIÓN QUÍMICA

ES PREFERIBLE TRATAMIENTO ETIOLÓGICO A SINTOMÁTICO, SI BIEN ES MUCHO MÁS FRECUENTE LA INDICACIÓN DE ESTE ÚLTIMO.

1. MEDIDAS GENERALES

- Control de constantes vitales
- Control equilibrio hidroelectrolítico y metabólico
- Control de los efectos indeseables de la medicación psicotrópica
- Vigilancia de accidentes y lesiones producidos por la agitación

2. INTERVENCIÓN PSICOFARMACOLÓGICA

EN CASO DE AGITACIÓN CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS PSICÓTICOS SE RECOMIENDA EL USO DE ANTIPSICOTICOS SOLOS O COMBINADOS. CRITERIOS DE ELECCIÓN:

- EFECTOS SECUNDARIOS QUE AGRAVEN EL PROCESO BÁSICO

Los sedantes, tipo clorpromazina o levopromazina, tienen intensos efectos hipotensores y anticolinérgicos y disminuyen el umbral convulsivante. Pueden ser más efectivos y utilizables en pacientes jóvenes.

Los incisivos, tipo haloperidol, son menos sedativos. Sin apenas efectos cardiovasculares pero con intensos efectos extrapiramidales, que el paciente percibe como muy desagradables. El tiapride puede ser útil si hay tendencia convulsiva.

- RESPUESTA PREVIA A UN ANTIPSICOTICO DETERMINADO