



PROTOCOLO DE COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN Y TRASLADO DEL PACIENTE AGITADO

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La cobertura de las situaciones de urgencia que presentan personas con síndrome de agitación psicomotriz, con o sin antecedentes de enfermedad mental o trastorno psiquiátrico previo, requiere, para su resolución eficaz, la intervención de áreas no sólo sanitarias, sino también legales, sociales y de orden público.

Estas situaciones precisan, con frecuencia, de la intervención de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, lo que aconseja estrechar la colaboración entre todas las instituciones y servicios públicos, por lo que en este protocolo se reúnen los sectores sanitario, social, policial, judicial y fiscal, para que, respetando sus respectivas competencias, se ajusten los procedimientos de actuación.

El presente documento tiene como finalidad sentar las bases para la adecuada coordinación del proceso de atención ante una demanda de asistencia sanitaria urgente en una persona con agitación psicomotriz, aunque esté sometida a algún tipo de medida de protección sustitutiva de la autoridad familiar, poniendo especial atención en aquellos casos en los que existe involuntariedad para su atención o traslado.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El ámbito de aplicación del presente documento es la Comunidad Autónoma de Aragón.

3. OBJETIVOS

Delimitar las responsabilidades e identificar los recursos disponibles y necesarios para:

- Dar respuesta inmediata a la situación de urgencia en función de la puerta de entrada de la demanda.
- Evaluar la situación de la persona y decidir la necesidad de derivación a otro nivel asistencial.
- Coordinar el traslado de la persona para continuar su atención en el nivel asistencial adecuado.
- Garantizar en todo momento los derechos del paciente.
- Garantizar la continuidad de cuidados sanitarios en la atención al paciente.

4. DESARROLLO

4.1. Consideraciones generales

1. Ante la aparición de una situación de demanda de atención urgente en una persona con agitación psicomotriz, el sistema sanitario es el encargado de dar la respuesta inmediata en primera instancia, y de garantizar la resolución de la misma, contando para ello con la colaboración de los recursos necesarios, tanto sanitarios como no sanitarios, que permitan la identificación de la situación de urgencia, la valoración de la persona para su diagnóstico y tratamiento y la decisión de la necesidad de traslado en el caso de que sea preciso su internamiento.
2. El traslado en contra de la voluntad de una persona con agitación psicomotriz lo decide el médico/a responsable de la valoración de la misma.
3. El médico/a, como responsable sanitario, en el supuesto de precisar contención física, puede recabar directamente el auxilio del cuerpo policial competente por demarcación territorial, sin requerir ninguna actuación judicial.
4. Siempre y cuando el paciente sea ingresado de manera involuntaria, deberá cumplirse la legislación vigente mediante la comunicación al Juzgado correspondiente por parte del centro donde quede ingresado, en las primeras 24 horas.
5. Cuando el paciente esté a disposición del sistema judicial, el traslado e ingreso del mismo se realizará de acuerdo con las instrucciones dictadas por el propio ámbito.
6. En caso de que el paciente este bajo protección sustitutiva de la autoridad familiar por ser menor en desamparo, prevalecerá la normativa de protección a la infancia en caso de ingreso involuntario, siendo precisa la consulta al sistema de protección a la infancia para garantizar la continuidad de cuidados. Del mismo modo, si se conociera que se trata de adultos sujetos a medidas de protección por la Comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos (CTDJA), se comunicará inmediatamente el hecho a los equipos de Tutelas de la Dirección Provincial del IASS correspondiente.

4.2. Identificación del paciente agitado: situaciones de urgencia

Los signos y síntomas de alarma de una enfermedad mental descompensada pueden tardar en identificarse y este retraso es causa de empeoramiento progresivo. Esta situación se agrava especialmente cuando la persona rechaza cualquier tipo de ayuda.

Suele ser el entorno cercano de la persona el primero en detectar las señales de alarma, pero en ocasiones tienen dudas sobre el significado de esas señales y no saben cómo afrontarlas y cómo pedir ayuda. Cualquier señal de alarma debe generar una actitud de especial atención y en ocasiones de intervención activa.

En otras situaciones de agitación, será necesario recibir del entorno próximo la máxima y adecuada información para solicitar ayuda sanitaria o de otra índole.

En el caso de una persona que padece una sordera, la agitación puede deberse a su intención de comunicarse y la imposibilidad de dicha comunicación. Por ello debe contemplarse esta posibilidad y facilitar formación a los profesionales que puedan intervenir en estas situaciones de urgencia.

4.3. Actuaciones en función de la vía de entrada de la demanda

a) Llamada al Centro Coordinador de Urgencias (CCU) del 061 Aragón, bien a través del número 061 o derivada desde el 112.

La persona que percibe la situación de urgencia es la que realiza la demanda e inicia la activación del protocolo. De esta forma el primer alertador puede ser:

- La propia persona con agitación.
- La familia.
- Otros ciudadanos.
- Servicios sociales.
- Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- Equipos de Atención Primaria.
- Equipos de Salud Mental.
- Otros servicios sanitarios.

Si la llamada es realizada a través del Centro Coordinador de Urgencias, el personal sanitario del centro realizará una primera valoración telefónica de la situación, intentando realizar una primera aproximación de la situación y estado de la persona para proceder, en función de la valoración realizada, a la movilización del recurso más adecuado para su atención "in situ".

Para ello se seguirá el árbol de decisión que aparece como Anexo I del presente documento. A través de una batería de preguntas se intentará definir el grado de

agitación de la persona, su posible etiología, la prioridad de la situación de urgencia y el tipo de recurso más adecuado que será necesario movilizar para su atención.

Es importante recabar toda la información clínica posible: antecedentes, posible diagnóstico psiquiátrico, tratamiento habitual, consumo de tóxicos, situaciones agudas previas que han precisado de ingresos hospitalarios, así como la voluntariedad o no de la persona para su traslado.

Esta información intentará ser recabada desde el Centro Coordinador de Urgencias, junto con la colaboración e información de Atención Primaria, al estar en contacto más estrecho con los usuarios y sus familias, y/o con los Servicios de Psiquiatría y Unidades de Salud Mental, a través de los informes clínicos o, si fuera necesario, a través de comunicación vía telefónica directa. En el caso de pacientes en situación de protección sustitutiva de la autoridad familiar por parte del IASS, por ser menores en situación de desamparo o adultos sujetos a la CTDJA, se contará con la información técnica de los profesionales que atienden diariamente al paciente y/o sus responsables.

La llamada al CCU es realizada desde un centro sanitario que ya ha realizado una primera valoración de la situación del paciente y solicita su traslado a un centro hospitalario, desde el CCU se procederá a la movilización del recurso más adecuado, atendiendo a criterios de disponibilidad, proximidad, centro útil y estado de la persona. (Ver apartado 4.4).

Si el origen del traslado es una disposición judicial, se procederá de acuerdo a lo dispuesto en el apartado 4.1 punto 5.

El resumen del esquema de actuación según el origen de la demanda se puede ver en el Anexo II.

b) Atención inicial por un Equipo de Atención Primaria (EAP).

La persona puede ser atendida en el propio Centro de Salud o “in situ” (en el domicilio o en cualquier lugar público o privado del área de salud).

El personal sanitario que atiende a la persona procederá a valorar su situación (Ver Anexo I) y decidirá si es pertinente o no su traslado a un centro hospitalario para su ingreso. En este caso procederá a activar el protocolo de traslado a través del CCU del 061 Aragón.

El personal sanitario del EAP recabará toda la información que ayude a precisar el grado de agitación, su posible etiología y la posible evolución, de cara a facilitar al 061 la decisión sobre el tipo de recurso a movilizar. Puede ser interesante recabar información y solicitar asesoramiento sobre la decisión terapéutica al Equipo de Salud Mental o al servicio de Psiquiatría de referencia si se trata de una persona en

seguimiento por estos recursos, dependiendo del horario en que se produzca la urgencia.

Si en dicha actuación se valora que puede existir oposición por parte de la persona a ser asistida y trasladada, suponiendo un riesgo para su integridad física o de otras personas, conservación de bienes o mantenimiento del orden público, el personal sanitario podrá solicitar el auxilio de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad sin autorización judicial. Si no hay valoración de riesgo se evitará la personación de la fuerza actuante, ya que movilizaciones de recursos de forma innecesaria suponen un perjuicio para otras funciones de seguridad ciudadana.

Es recomendable que el médico/a vaya acompañado de enfermera/o que colabore en la valoración del paciente y aplicación de las medidas terapéuticas. El médico/a decidirá en cada caso si es necesaria la aplicación de medidas de contención física y/o farmacológica en función del grado de agitación del paciente, procederá a su administración y al seguimiento del estado de la persona hasta la transferencia de la misma.

La decisión de traslado urgente de una persona con enfermedad mental la toma el médico/a responsable de su valoración. Dicha decisión debe tomarse en ocasiones con la opinión en contra de la propia persona.

Cuando para acceder a la persona agitada, para realizar su atención inicial y/o su traslado sea necesario entrar a su domicilio o habitación en contra de su voluntad, el médico/a dará aviso a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Estos tras evaluar la situación, procederán por sí a la entrada cuando aprecien un flagrante e inminente peligro para el propio enfermo, otras personas o los bienes, dando cuenta después a la Autoridad Judicial de su intervención; en otro caso, pondrán los hechos en conocimiento del Juzgado de Guardia o del Decanato donde lo hubiere, solicitando autorización para la entrada en el domicilio, sobre la que resolverá el Juzgado que en turno le corresponda.

En el mismo caso de flagrante e inminente peligro, el personal sanitario podrá acceder al domicilio o habitación en que se halle la persona afectada, dando cuenta posteriormente a la Autoridad Judicial de su actuación (entregar copia del informe de asistencia a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para su inclusión en las diligencias que se instruyan).

Si la persona precisa ser trasladada en contra de su voluntad a un centro sanitario para su valoración y tratamiento, si precisa ingreso el/la responsable del mismo deberá comunicarlo en las siguientes 24 horas al Juzgado Decano del partido judicial en que radica dicho centro.

Toda actuación en este ámbito de los profesionales de Atención Primaria requerirá realizar informe y dejar constancia por escrito en la Historia Clínica de:

- Motivo de la atención.
- Pauta de sedación empleada.
- Intervención de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (en lo posible: datos de la Unidad interviniente, los TIPs de los agentes y una descripción somera de la actuación policial, como si se precisó o no contención física).
- Traslado en ambulancia.
- Hospital donde se deriva.

En los supuestos de intervención policial se proporcionará información básica administrativa para su inclusión en las diligencias que se instruyan al efecto.¹

c) Atención inicial en el Servicio de Urgencias de un centro hospitalario

En este caso se procederá a la aplicación del protocolo existente en cada centro sobre sistema de triaje y acogida del paciente agitado.

Entendiéndose que el aviso desde el servicio de urgencias se realiza por la presencia de una persona agitada que ha acudido voluntariamente al mismo, sería oportuno fijar con claridad que el aviso a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, se realizará cuando el paciente presente una agitación violenta que no pueda ser solventada por el personal sanitario.

Los pacientes que precisan presencia de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o de Seguridad privada del hospital deben tener prioridad máxima en la atención, dentro de la situación y características concretas de cada centro hospitalario.

En los supuestos de intervención policial se proporcionará información básica administrativa para su inclusión en las diligencias que se instruyan al efecto.¹

d) Servicios sociales

En el caso de pacientes bajo acción protectora del IASS o de la Comisión de Tutela y Defensa Judicial de Adultos, sustitutivas de la autoridad familiar, si la alerta se produce en el entorno convivencial del paciente, se informará de si es una situación puntual o si se han dado repetidas situaciones de agitación, facilitando toda la información de antecedentes del paciente. Asimismo, se tendrán en cuenta el potencial riesgo para su

¹ En los supuestos de intervención policial, se les podrán ceder datos o documentos de la Historia Clínica sin que sea preciso el consentimiento de la persona afectada, estando limitados a aquellos supuestos y categorías de datos que resulten necesarios para la prevención de un peligro real para la seguridad pública o para la represión de infracciones penales.

Si las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad no pueden justificar la necesidad inmediata de acceder a los datos de la Historia Clínica, deberán aportar la correspondiente orden judicial, y tramitarla a través de la Gerencia o Dirección correspondiente.

vida y las medidas necesarias para la protección del resto de personas que conviven con el paciente.

El/la responsable de la unidad de convivencia podrá recabar la presencia de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, en tanto se produce la valoración médica de su traslado o solución in situ.

e) Medida judicial

Una persona puesta a disposición judicial por la comisión de un delito puede manifestar en el Juzgado de guardia el referido síndrome de agitación psicomotriz; en tal caso, el Juzgado de Instrucción puede acordar en la causa penal libertad provisional o prisión provisional, a la vista del informe del médico/a forense.

En el primer caso, si acuerda su ingreso en un centro sanitario adecuado, lo pondrá en conocimiento del CCU del 061 para su traslado. Dado que se trata de un ingreso por orden judicial y que previamente el médico/a forense ha emitido el correspondiente informe, no precisará de ulterior ratificación. Como el Juzgado de Instrucción deducirá testimonio de todo ello para su remisión a Decanato y posterior reparto entre los Juzgados de Primera Instancia, el/la responsable del centro deberá remitir los informes periódicos y posterior alta al Juzgado que haya correspondido por reparto.

En el segundo caso, el Juzgado de Instrucción dictará mandamiento de ingreso en prisión, quedando el paciente a disposición del centro penitenciario, que dispondrá lo necesario para su traslado y custodia.

4.4. Movilización de recursos para el traslado

El personal sanitario del CCU del 061 ARAGÓN procederá a la indicación del tipo de recurso más adecuado para la asistencia inicial de la persona con agitación psicomotriz.

De esta forma puede proceder a la movilización de:

- Personal sanitario del equipo de atención primaria para valoración y asistencia inicial. En este caso se procederá a actuar de acuerdo a lo descrito en el apartado b) del punto 4.3.
- Unidad móvil de emergencias, si el estado de agitación o la situación de urgencia detectada así lo determinan. En cualquier caso, se utilizará este recurso siempre que sea preciso utilización de fármacos vía intravenosa.

- Unidad de soporte vital básico o ambulancia convencional: Sólo se utilizará este recurso bajo criterio médico tras contacto con el médico/a del CCU del 061 Aragón y sea previsible que no va a haber conductas de agresividad. En el caso de personas con enfermedad mental grave, este traslado es posible si se realiza su sedación por indicación médica. La persona irá siempre acompañada por un técnico sanitario, en la parte trasera de la ambulancia y con contención mecánica (siempre que sea imprescindible, porque podría empeorar la situación).

En todo caso, si la persona que sufre la agitación padece una discapacidad que complica la comunicación, en lo posible, deberá preverse la presencia de un/a intérprete o de los medios materiales y personales oportunos que faciliten la comunicación con el paciente agitado.

En el caso de una persona usuaria del lenguaje de signos, si es necesaria su contención, ésta le impide la única forma que tiene de comunicarse, lo que puede ocasionar mayor agitación. Si se comunica mediante la lectura de los labios, puede ser entorpecida si los sanitarios usan mascarilla.

La primera prioridad en la atención de la persona con agitación es su seguridad y la del personal sanitario encargado de su atención, por lo que ante toda persona con agitación se requerirá la colaboración de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad a través del CCU.

Se esperará, siempre que se haya valorado y requerido, la llegada de las fuerzas de orden público por si finalmente es necesaria su intervención para reducción física.

Previa solicitud del personal sanitario o por valoración del Cuerpo policial interviniente, en las escoltas a las ambulancias que trasladen a personas con agitación el vehículo sanitario precederá al policial, estableciéndose un canal de comunicación.

4.5 Actuaciones en la asistencia inicial y durante el traslado

Si el paciente ha sido previamente atendido por personal sanitario del equipo de atención primaria, se procederá a su transferencia al recurso responsable del traslado, garantizando en todo momento la continuidad asistencial, tanto en lo que se refiere a traspaso de información como al mantenimiento de las medidas terapéuticas iniciadas por el primer personal sanitario interviniente.

Si es el personal sanitario de la Unidad móvil de emergencias el primero en realizar la valoración “in situ” se seguirán, si es posible, los siguientes pasos, orientando

la actuación diagnóstica inicial e intentando encuadrar la situación del paciente en alguna de las causas de agitación:

1. Historia clínica: antecedentes personales, patología orgánica o psiquiátrica acompañante, características del inicio y curso del cuadro, consumo de fármacos y tóxicos, identificación de factores precipitantes de agitación orgánica.
2. Exploración física general, si procede, incluyendo la toma de constantes y exploraciones complementarias básicas.
3. Exploración neuropsiquiátrica.

Tras esta valoración clínica, el médico/a establecerá un diagnóstico diferencial sindrómico que mejore la asistencia a la persona.

Una vez diagnosticado, se decidirá la necesidad de una valoración psiquiátrica urgente.

El traslado se realizará al centro útil, esto es, si se sospecha una causa orgánica al hospital de referencia y si existe sospecha de causa psiquiátrica al hospital de referencia con personal de psiquiatría de guardia. Tras la valoración por el/la psiquiatra de referencia, si precisa ingreso se remitirá a la propia unidad de corta estancia de salud mental o si debe ser remitido a otro centro, por disponibilidad o por ser de referencia (Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, en el caso de menores de 18 años), el psiquiatra que ha valorado al paciente contactará con el psiquiatra responsable del centro receptor.

El CCU del 061 ARAGÓN informará al servicio de urgencias receptor del traslado de un paciente con estas necesidades.

Las medidas iniciales deben ir encaminadas a garantizar en todo momento la seguridad tanto de la persona atendida como la de quienes le atienden.

Se intentará en un primer momento la contención verbal, recurriendo, si fracasa, a la contención mecánica con medios prioritariamente sanitarios y a la contención farmacológica cuando sea precisa la sedación. Por otra parte, se debe asegurar un buen control de las constantes.

El control de la conducta permitirá disminuir riesgos y realizar una aproximación diagnóstica que ayude a la toma de decisiones, aunque la sedación farmacológica puede dificultar esta valoración.

4.5.1 Contención farmacológica

Se procederá al uso de tratamientos farmacológicos dirigidos a conseguir la sedación del paciente.

Los neurolepticos y los benzodiazepinas constituyen el eje principal del manejo farmacológico, siendo los neurolepticos los de primera elección, salvo en la demencia por cuerpos de Lewy (que puede empeorar con su uso), y en los estados de agitación relacionados con el consumo de tóxicos (donde su uso, y especialmente el del haloperidol, disminuye el umbral convulsivo).

Posología, administración y precauciones (Ver Anexo III).

4.5.2 Contención mecánica

Se entiende por contención mecánica el uso de procedimientos físicos o mecánicos, prioritariamente los sanitarios, dirigidos a limitar los movimientos del paciente para controlar sus actividades físicas y protegerlo de las lesiones hacia sí mismo o terceros. Es uno de los últimos recursos ante conductas violentas o de alto riesgo para el paciente y/o terceros.

Es un recurso de uso habitual en los traslados de este tipo de situaciones para prevenir lesiones al propio paciente y lesiones a terceros, incluidos el personal sanitario y la destrucción incontrolada del mobiliario y otros elementos de la ambulancia.

4.6 Transferencia del paciente en el centro de ingreso

Una vez en el centro sanitario se trasladará al paciente al Servicio de urgencias y se activará el procedimiento para situaciones de agitación psicomotriz en el medio hospitalario.

En la transferencia entre el personal del recurso que traslada al paciente y el personal receptor en el Servicio de urgencias del hospital de destino se debe:

- Garantizar la seguridad del paciente, continuando con las medidas aplicadas por el personal sanitario de decidió el traslado del paciente:
 - Contención farmacológica, si procede.
 - Contención mecánica, si procede.
- Garantizar la seguridad del personal sanitario:

- Vigilancia activa del paciente (familiares, seguridad del centro, ...)
- Vigilancia del personal del 061 hasta la transferencia del paciente al personal del centro sanitario.
- Asegurar una correcta transferencia de documentación clínica del paciente y pautas seguidas durante el traslado al facultativo y personal sanitario del centro de acogida.
- Informar de la existencia o no de familiares, si se ha contactado con ellos, posibles teléfonos de contacto, motivación de ingreso (voluntaria, a petición familiar, orden judicial).
- Aplicar el protocolo existente en cada centro sobre sistema de triaje y acogida del paciente agitado.

El personal médico informará verbalmente al médico/a encargado de la atención al paciente y entregará el Informe Clínico Asistencial en el que se recoge la atención realizada, teniendo que quedar reflejada en el mismo la utilización o no de contención física y/o farmacológica.

El/la responsable del centro sanitario en que se produce el internamiento sin el consentimiento del paciente, debe dar cuenta al Juzgado Decano del lugar donde se ubica lo antes posible, y en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas a los efectos de que se produzca la ratificación de esta medida.

Si el traslado ha sido voluntario se deberá dejar constancia por escrito en el Informe Clínico Asistencial del consentimiento verbal al traslado.

La enfermera/o informará verbalmente a la enfermera/o responsable de la atención al paciente y entregará la Hoja Asistencial de Enfermería en la que se recoge la atención realizada.

El personal técnico de transporte en emergencias será el encargado de dar los datos de filiación del paciente, una vez realizada la transferencia del paciente al hospital y de la recogida del material. (Ver Anexo IV)

A los pacientes que precisan presencia de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o de Seguridad privada del hospital se les facilitará, en la medida de lo posible, prioridad en la atención.

La cumplimentación y remisión del Parte Judicial deberá realizarse lo antes posible y siempre antes de las 24 horas, mediante la aplicación informática Avantius²,

² Los usuarios que, en los hospitales, tienen posibilidad de registrar en la aplicación de justicia (Avantius), como personal administrativo, normalmente adscritos a la Secretaría de la Dirección Médica y/o Jefes de grupo del servicio de admisión, no están disponibles todos los días de la semana, por lo que es posible que en fin de semana/puentes festivos el registro del parte emitido

teniendo presente que en este momento se realiza de forma electrónica hay que coordinar esta actuación con los Juzgados de Guardia.

Así mismo en el supuesto de apoyo por parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, éstos, en caso de estar presentes, recabarán los datos mínimos necesarios. En caso de no coincidir con el personal médico de la unidad móvil, se coordinarán con el CCU del 061 para trasladar dichos datos mínimos a la unidad interviniente a los efectos previstos en la Ley de enjuiciamiento civil o criminal, en su caso.

4.7 Situaciones especiales: traslado de menores de edad

El ingreso de menores, en caso de que tras su traslado y valoración se indicase, se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

4.8 Situaciones especiales: traslado de personas que tienen a su cargo menores o mayores dependientes

En el caso de que se deba proceder al traslado de personas que tienen a su cargo menores o mayores dependientes, se pondrán en funcionamiento los servicios de emergencia social para garantizar la atención a las personas menores de edad y dependientes que puedan quedar desprotegidas.

5. ANEXOS

Anexo I: Identificación del paciente agitado tras el primer contacto sanitario

Anexo II: Esquema de actuación en función del origen de la demanda

Anexo III: Agitación psicomotriz, características y abordaje sanitario

Anexo IV: Transferencia del paciente en el centro hospitalario

Anexo V: Legislación de referencia

Anexo VI: Fuerzas y Cuerpos de Seguridad

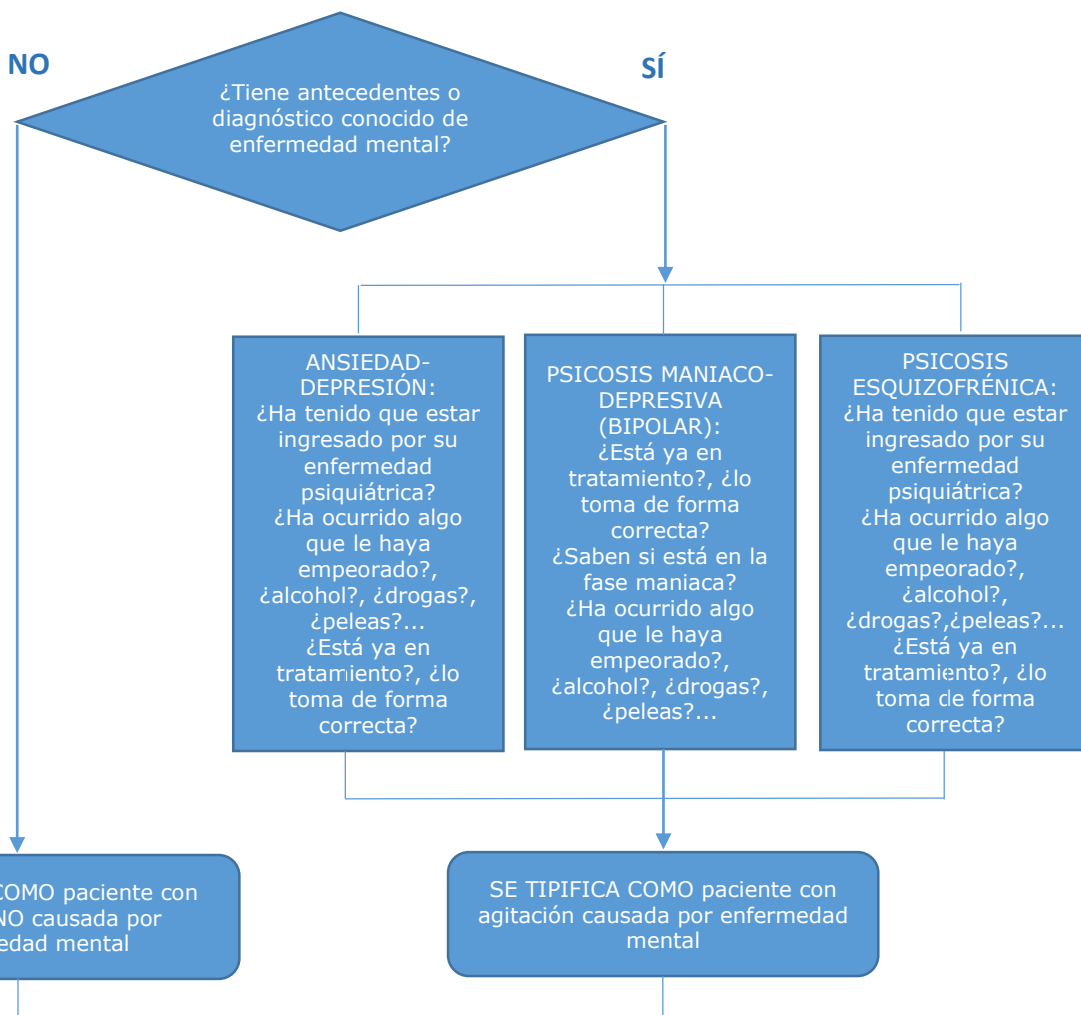
Anexo VII: Recomendaciones en la atención a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo (PDID)

por el Servicio de Urgencias hospitalario, en su formato electrónico, se demore más de 24 horas. Actualmente se sigue utilizando el Fax y la comunicación telefónica al Juzgado.

Anexo I: Identificación del paciente agitado tras el primer contacto sanitario

Identificación del grado de agitación del paciente

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ:
 ¿Hay algo que lo haya desencadenado?
 ¿Tiene fiebre?
 ¿Tiene algún dolor?
 ¿Tiene algún otro síntoma?
 ¿Le ha pasado antes o es la primera vez?



¿Está agresivo contra él mismo o contra otros?
 ¿Está en tratamiento?, ¿lo toma de forma correcta?

¿Qué está haciendo ahora?
 ¿Ha ocurrido algo que le haya empeorado?
 ¿Alcohol?, ¿drogas?, ¿peleas?
 ¿Tiene antecedentes de otros episodios?

¿Existe amenaza de suicidio?
 ¿En qué consiste la amenaza?
 ¿Lo ha intentado alguna otra vez?

Anexo II: Esquema de actuación en función del origen de la demanda



Anexo III: Agitación psicomotriz, características y abordaje sanitario

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

DEFINICIÓN

La **agitación psicomotriz** es un síndrome englobado en los trastornos de la conducta motora, caracterizado por hiperactividad psicomotora repetitiva e incoherente, con movimientos automáticos o intencionados que, en muchas ocasiones, se asocia con una conducta violenta y/o agresiva. Es un cuadro de excitación mental con aumento de la actividad motriz que **puede presentarse en gran variedad de trastornos somáticos o psíquicos**, constituyendo habitualmente una **urgencia médica y/o psiquiátrica**, y como tal, requiere de una intervención terapéutica inmediata y coordinada, siendo el objetivo primordial su control. Se acompaña de una alteración del estado afectivo con: ansiedad, cólera, pánico, euforia o furor, con desinhibición verbal y falta de conexión ideativa. La agitación psicomotriz **no es en forma alguna exclusiva, ni siquiera característica, de personas con enfermedad mental**.

De intensidad variable, puede presentarse desde una mínima inquietud psicomotriz hasta movimientos totalmente incoordinados y sin finalidad alguna. Puede comportar una situación de peligro en la atención sanitaria: llevada al extremo, la agitación puede dar lugar a agresiones verbales (insultos), amenazas verbales y/o físicas, hasta suponer un grave riesgo tanto para el propio paciente (autoagresión), como para los familiares, personal sanitario y el entorno en general (heteroagresión)³.

Su desencadenamiento es muchas veces imprevisto y la causa ha de ser buscada en la patología de base del paciente. Precisa de una intervención inmediata, siendo con frecuencia las condiciones en las que nos enfrentamos a ella (presión del medio, estado del paciente, temor que genera en los profesionales y apremio para tomar una decisión) poco favorables para realizar una valoración adecuada.

No debe confundirse al paciente agitado con el violento. La agitación puede incluir ambas, pero la mayoría de las conductas violentas se presentan en individuos no definibles como pacientes con enfermedad mental u orgánica. El paciente violento genera un problema de orden y seguridad que como tal deberá ser atendido por personal de seguridad, si bien la frontera entre uno y otro en ocasiones es difícil de establecer.

³ Fernández Gallego V, Murcia Pérez E, Sinisterra Aquilino J, Casal Angulo C, Gómez Estarlich MC. Manejo inicial del paciente agitado. Emergencias, 2009; 21: 121-132.
El Paciente Agitado. Recomendación Científica 10/05/09 de 25 de junio de 2009 de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias.

ETIOLOGÍA

A. AGITACIÓN ORGÁNICA:

Debida a causas agrupables en: **Intoxicaciones, Delirium o cuadro confusional agudo y Síndromes de abstinencia**, que a su vez puede ser debidos a:

1. Alteraciones endocrino-metabólicas
 - Hipoxia
 - Hipercapnia
 - Deshidratación
 - Trastornos iónicos: Na^+ , K^+ , Ca^{++} , Mg^{++}
 - Hipoglucemia/Hiperoglucemia
 - Fiebre/Hipertermia
 - Hipotensión
 - Déficits vitaminas: B_{12} , B_1 , *Ácido fólico*
 - Hipertiroidismo
 - Encefalopatía hepática
 - Insuficiencia renal/Encefalopatía urémica
 - Acidosis
 - Porfiria aguda intermitente
2. Cuadros tóxicos y por privación
 - Anticolinérgicos/antihistamínicos
 - Psicotropos: *neurolépticos, antidepresivos, ansiolíticos, cafeína, cocaína, LSD, anfetaminas*
 - Lidocaína
 - Digitálicos (niveles tóxicos)
 - Simpaticomiméticos
 - Esteroides
 - Síndrome de privación: *alcohol, heroína, benzodiazepinas, barbitúricos*
3. Causas neurológicas
 - Post anoxia (parada, intervención quirúrgica)
 - Accidentes vasculares cerebrales
 - Encefalopatía hipertensiva
 - Hemorragia subaracnoidea
 - Meningoencefalitis, abscesos cerebrales
 - Neurosífilis
 - SIDA
 - T.C.E. (hematoma subdural)
 - Epilepsia (temporal y parcial-compleja) y estados postcríticos
 - Lupus S.N.C.
 - Demencias
 - Neoplasias primarias (frontal, sistema límbico y amígdalas) y secundarias
4. Otras causas
 - Anafilaxia
 - Cardiopatías: *I.A.M., angor, arritmias, enfermedad mitral*
 - Politraumatismos
 - Retención de orina o heces
 - Tumores diseminados

B. AGITACIÓN POR CAUSAS PSÍQUICAS

1. Psicóticas
 - Esquizofrenia
 - Psicosis reactiva
 - Trastorno bipolar
 - Episodio delirante (*bouffée delirante*)

2. No psicóticas
 - Trastorno por angustia-ansiedad
 - Trastorno conversivo
 - Trastorno disociativo
 - Trastorno explosivo intermitente
 - Trastorno explosivo aislado
 - Trastornos de la personalidad
 - Retraso mental
 - Demencias

3. Causas reactivas o situacionales (trastornos adaptativos)
 - Personas normales ante situaciones catastróficas o shock emocionales (accidentes, muerte de familiares, catástrofes naturales...)
 - Privación sensorial (pacientes ingresados en U.C.I. intervenciones quirúrgicas...)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL PACIENTE AGITADO: SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES Y CARACTERÍSTICOS

Siempre que sea posible es preferible establecer el origen del cuadro de agitación, con el fin de aplicar un tratamiento etiológico.

	AGITACIÓN ORGÁNICA	AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA POR PSICOSIS	AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA NO PSICÓTICA	AGITACIÓN MIXTA Y RELACIONADA CON TÓXICOS
Antecedentes psiquiátricos	Menos frecuentes	Frecuentes	Frecuentes	Posibles
Antecedentes de ingresos psiquiátricos	Menos frecuentes	Frecuentes	Menos frecuentes	Posibles
Consumo de tóxicos	Menos frecuentes	Posible	Menos frecuentes	Frecuente
Nivel de conciencia	Disminución nivel de alerta	No afectada	No afectada	Posible afectación nivel de conciencia
Orientación	Desorientación temporoespacial	No afectada	No afectada	Posible desorientación
Curso	Fluctuante, empeoramiento nocturno	No fluctuante	No fluctuante	Puede fluctuar
Ideas delirantes	Delirio ocupacional	Ideas de perjuicio o megalomaniacas	Ausentes	Posibles
Alucinaciones	Visuales	Auditivas	Ausentes	Posibles
Afectividad	No afectada	Hostilidad o indiferencia	Temor o angustia	Posible afectación
Focalidad y signos físicos	Presentes	Raros	Posibles	Posibles
Pruebas complementarias	Alteradas	Normales	Normales	Pueden estar alteradas

De: Rodríguez Martín B, Gato Díez A. Protocolo de evaluación clínica y tratamiento del paciente agitado. *Medicine* 2007;9(87):5631-5634.

VALORACIÓN DEL NIVEL DE AGRESIVIDAD

Los signos de violencia inminente son:

- ✚ Estado mental:
 - Intoxicación por drogas o alcohol.
 - Alucinaciones, confusión, delirios paranoides o maníacos (sobre todo si existen voces imperativas que ordenan actos agresivos).
 - Alteraciones senso-perceptivas.
- ✚ Actitud:
 - Amenazas explícitas de violencia.
 - Interacción beligerante.
 - Hiperactividad motora.
 - Golpes a objetos.
- ✚ Otros:
 - Historia previa de violencia y agitación (PREDICTOR MÁS POTENTE).
 - Antecedentes autoagresivos o de intento de suicidio.
 - Factores desencadenantes.
 - Factores psicosociales que generen frustración y/o desesperanza.

Existen de modo comparativo unas características generales y de tipo de enfermedad mental que pueden favorecer las conductas auto o heteroagresivas.

- ✚ Heteroagresividad:
 - Sexo masculino.
 - Edad: 15-30 años.
 - Bajo nivel socioeconómico.
 - Ausencia de vínculos.
 - Historia violenta anterior.
 - Delirium de origen orgánico o tóxico.
 - Trastornos paranoides.
 - Trastornos psicóticos con alucinaciones auditivas.
 - Trastornos maníacos (ánimo disfórico e irritabilidad).
 - Trastornos de personalidad (bordeline, disocial).
- ✚ Autoagresividad:
 - Sexo masculino.
 - Edad > 55 años.
 - Estado civil: soltero o viudo.
 - Desempleo y/o aislamiento socio-familiar.
 - Conductas autolíticas previas.
 - Historia familiar de suicidio.
 - Enfermedad orgánica grave, crónica o dolorosa de base.
 - Trastornos psicóticos (delirios, alucinaciones auditivas).
 - Trastorno depresivo (ideas de culpa, nihilismo).
 - Trastorno personalidad (límite).
 - Trastorno de adaptación (acontecimientos vitales recientes).
 - Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de psicotropos.

PAUTAS GENERALES DE TRATAMIENTO EN LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

1. Siempre que sea posible, se debe realizar un **tratamiento etiológico**.
2. Toda sedación farmacológica va a dificultar el diagnóstico diferencial. Si éste no está claro, es preferible la contención física inicial o utilizar fármacos de vida media corta o de efectos reversibles.

Como principio básico, se debe anteponer el diagnóstico a cualquier tratamiento sintomático de la agitación psicomotriz.

El tratamiento del Delirium consiste en la identificación de su causa y la corrección de la misma. El tratamiento de los trastornos psicóticos agudos se basa en el uso de neurolepticos. Los demás trastornos que pueden causar agitación pueden responder bien al tratamiento con benzodiazepinas.

Las pautas de tratamiento son múltiples, en especial aquellas que intentan disminuir de forma rápida el cuadro de agitación para permitir el traslado del paciente; debe elegirse aquella que el profesional de la emergencia mejor domine, según:

- Su experiencia.
- Su conocimiento farmacológico de efectos deseables y secundarios.
- La sospecha etiológica del cuadro de agitación y las enfermedades concomitantes.

1. CONTENCIÓN VERBAL⁴

Consiste en evitar que el paciente pase a la acción, sin asumir riesgo. Sus metas son:

- **Restablecer el autocontrol.**
- **Facilitar la exteriorización de los pensamientos y emociones del paciente.**
- **Implantar límites de conducta claros.**

Es una medida terapéutica útil, en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total, para afrontar adecuadamente situaciones donde un sujeto puede tener un comportamiento hostil. Puede ser llevada a cabo por personal sanitario.

OBJETIVOS:

- Lograr una alianza con el paciente que nos permita realizar una evaluación diagnóstica de presunción.
- Negociar soluciones terapéuticas en base a las propuestas que haga el paciente y a las que puede brindarle el equipo que le atiende.
- Disminuir la hostilidad y la agresividad. Prevenir posibles ataques violentos.
- Informar del carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autocontrol.

PROCEDIMIENTO:

- Pautas para mantener la seguridad el profesional, del paciente y de los que les rodean:
 - Antes de hablar con el paciente, **informarse lo máximo posible sobre él**: antecedentes, situación clínica, etc., para conocer las posibilidades de manejo que ofrece la situación.
 - Presentarnos como profesionales sanitarios.
 - Colocarse **fuera del espacio personal del paciente** (algo más lejos del alcance de sus brazos), y **del lado no dominante** del paciente (el lado en el que lleva reloj).
 - **Asegurarse una vía de salida accesible**. Si es posible, hablar en un lugar que proporcione intimidad, pero con la puerta abierta o semiabierta y el profesional cercano a ella. No debe haber obstáculos para salir del lugar, ni para el paciente para quien hable con él. Una mesa interpuesta entre ambos aumenta la seguridad.
 - **Evitar que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta.**
 - **Evitar realizar las intervenciones en solitario** siempre que sea posible.
- Pautas de actuación no verbales:
 - Los **gestos no han de ser amenazantes ni defensivos**. Evitar gestos bruscos y espontáneos.
 - Mantener una **actitud abierta y tranquila**, que invite al diálogo y a la privacidad.
 - **No mirar de forma directa y continuada al paciente**. Las miradas fijas aumentan la hostilidad de cualquier individuo. Por otro lado, evitarlas lo puede interpretar como signo de debilidad y miedo.
 - **Mantener siempre al paciente dentro del campo visual.**
 - Siempre que sea posible, procurar que paciente y profesional estén **sentados a la misma altura**.

⁴ Téllez Lapeira JM, Villena Ferrer A, Morena Rayo S, Pascual Pascual P, López García C. El paciente agitado. Guías Clínicas. Fisterra.com. 2006.

- Pautas ambientales:
 - Procurar un espacio adecuado puede tener un efecto mitigador de la conducta violenta. Aunque se debe intentar respetar la privacidad de la entrevista, **es prioritario salvaguardar la seguridad de los profesionales**. Este factor determinará en última instancia las condiciones de la entrevista.
 - En lo posible, buscar un espacio amplio y tranquilo, libre de objetos contundentes o afilados, sin cerrojos y con una disposición del mobiliario que permita la salida.
 - Reducir posibles factores de irritación: luz, ruido, corrientes de aire, etc.
 - Evitar las interrupciones durante la intervención: llamadas de teléfono, dudas administrativas, etc.
 - El profesional se situará más próximo a la salida y con suficiente distancia de seguridad. Se evitará, en lo posible, que el paciente se sienta acorralado.
 - Si el paciente está acompañado en ese momento, valorar si sus acompañantes ejercen una función desestabilizadora aumentando la agresividad, en cuyo caso se les debe pedir que salgan de la habitación. Si, por el contrario, sirven de apoyo y ayudan al control, se les mantendrá presentes.
 - Ante un riesgo de violencia elevado, mantener la puerta abierta durante la entrevista y con otras personas del exterior próximas a la puerta, o incluso de pie y presentes en la habitación. En este último caso, se situarán en el lateral o detrás del entrevistador, nunca detrás del paciente. Debe evitarse que la habitación esté llena de gente, especialmente si el paciente está inquieto y necesita pasear.

MUY IMPORTANTE
<p>No debemos exponernos a riesgos innecesarios. La presencia de personal suficiente tiene carácter persuasivo y tranquilizador. No esperar a ser agredidos para avisar a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (FCS).</p>
<p>Si el paciente tiene algún arma, no se procederá a efectuar la evaluación hasta que no haga entrega de ella. No pedirle nunca que nos la dé en mano, sino que la deposite en una zona neutral. Si no la entrega, se deberá avisar a las FCS.</p> <p>Si la amenaza se produce una vez iniciada la entrevista, interrumpir ésta, no discutir y demandar la presencia de las FCS. Si persiste en su actitud amenazante, no debemos exponernos a ningún riesgo: es preferible invitarle a salir o ceder a sus pretensiones mientras esperamos a las FCS.</p>

DIRECTRICES COMUNICACIONALES:

<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar con calma al paciente. Permitirle expresar los motivos de sus temores o enfados. No interrumpir su discurso.
<ul style="list-style-type: none"> • Hablar con el paciente en tono suave, relajado y seguro, y no de forma intimidatoria o provocativa. No elevar el tono de voz.
<ul style="list-style-type: none"> • Responder de forma tranquila, nunca con la misma hostilidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Ser flexible en el diálogo, aunque dejando claros los límites correspondientes a la situación y al profesional implicado en ella.
<ul style="list-style-type: none"> • Reservarse los propios juicios acerca de lo que “debería” y “no debería” hacer el paciente.
<ul style="list-style-type: none"> • No buscar la confrontación de ideas, razones, etc., sino alianzas sencillas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad. Ofrecerle salidas airoas y ayuda.
<ul style="list-style-type: none"> • Ante el riesgo de violencia inminente: <ul style="list-style-type: none"> - Advertir al paciente de que la violencia no es aceptable. - Proponerle la resolución de cualquier problema por la vía del diálogo. - Ofrecerle tratamiento farmacológico “para ayudar a ver las cosas más relajadas”, “para no pasar este momento tan desagradable sin apoyo”, “para lograr que dialogue con suficiente bienestar”, “para disminuir el nivel de tensión y que pueda encontrarse psicológicamente mejor”.... - Informarle de que se recurrirá a la contención física si la situación lo requiere. - Mostrar que hay recursos y profesionales suficientes para una contención.

PRECAUCIONES (lo que nunca se debe hacer)

<ul style="list-style-type: none"> • Rechazar o negar la irritación.
<ul style="list-style-type: none"> • Negarse a escuchar.
<ul style="list-style-type: none"> • Hacer juicios de valor sobre su mal comportamiento.
<ul style="list-style-type: none"> • Continuar la negociación, habiendo comprobado que no se poseen las habilidades necesarias y/o que el paciente rechaza al profesional.
<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer medicación “para que esté más tranquilo”. Normalmente el paciente responde que ya está lo suficientemente tranquilo y provoca más hostilidad.

2. CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA

FARMACOLOGÍA DE LOS FÁRMACOS MÁS UTILIZADOS

Dada la variabilidad de los niveles plasmáticos de los fármacos sedantes, la mejor forma de conseguir un nivel de sedación adecuada minimizando los riesgos de una sedación excesiva y sus efectos secundarios, es: iniciar la administración del fármaco con incrementos paulatinos, hasta que se alcanza el nivel de sedación deseado y reajustar después periódicamente, disminuyendo la velocidad de infusión hasta que el paciente comience a despertar y posteriormente volviéndola a incrementar hasta conseguir el nivel de sedación deseado.

Ninguno de los tratamientos existentes en la actualidad cumple las características de fármaco sedante ideal, que serían:

- Disminuir la ansiedad y la agitación.
- Inicio de acción rápido.
- Vida media corta.
- Grado de sedación controlable mediante la dosis de administración.
- Metabolismo y eliminación independientes de la función renal, hepática o pulmonar.
- Sin metabolitos activos y dosis no acumulables.
- Ausencia de efectos adversos (cardiovasculares, depresión de la inmunidad, supresión adrenocortical, etc.).
- No interaccionar con otros fármacos.
- Amplio margen terapéutico.
- No provocar adicción.
- Económico.

Así, de entre los psicofármacos, los neurolepticos y las benzodiazepinas constituyen el eje principal del manejo farmacológico de la agitación. La evidencia apoya la utilización de la combinación de dosis bajas/medias de benzodiazepinas y/o antipsicóticos para la sedación de emergencia en pacientes violentos y agresivos. Ambos grupos de fármacos funcionan sinérgicamente y por lo tanto se requieren dosis más bajas que las requeridas cuando son utilizadas por sí solos.

- Las **BENZODIAZEPINAS** son muy comúnmente utilizadas y tienen ventajas sobre los antipsicóticos en términos de efectos colaterales y toxicidad, pero son **desaconsejables en pacientes con compromiso de la función respiratoria**.
- Por el contrario, los **ANTIPSIÓTICOS** son **desaconsejables en aquellos pacientes con compromiso de la función cardiovascular**.
- **La combinación de benzodiazepinas y de antipsicóticos en los pacientes con agitación es común.**

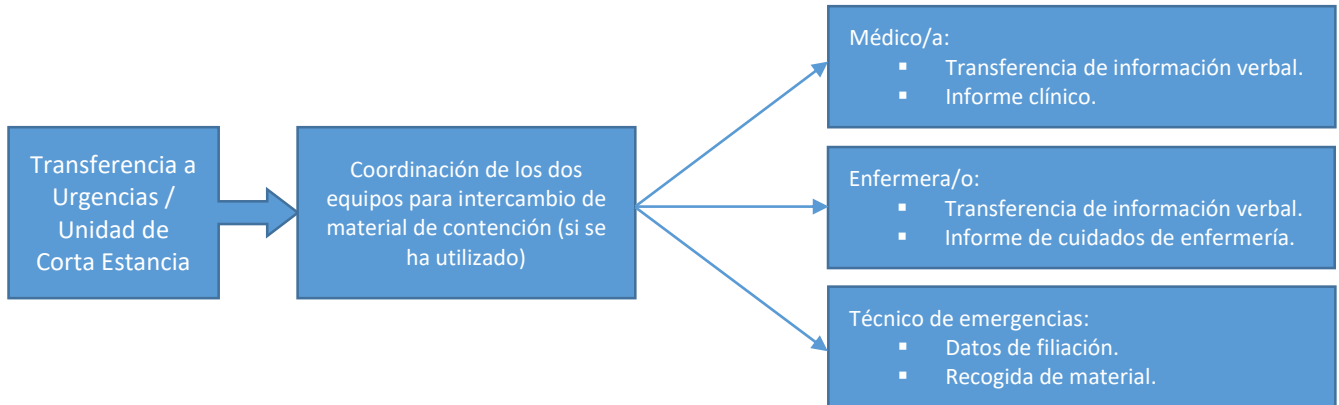
ANTIPSICÓTICO	VÍA	PRESENTACIONES	POSOLÓGÍA	ACCIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	NOTAS CLÍNICAS
ARIPIPRAZOL (Abilify®)	v.o.	Comp. 5*, 10* y 15* mg	15-30 mg/d	Pico: 3-5 h. T½: 75-146 h.	Acatisia, activación, mareos, náuseas, vómitos, insomnio, hipotensión ortostática, estreñimiento, cefaleas, astenia, sedación.	<ul style="list-style-type: none"> • Bien aceptado cuando se quiere evitar la sedación; puede incluso ser activador, por lo que suele asociarse a una benzodiacepina.
	i.m.	Vial 7.5 mg/ml (1.3 ml)	30 mg/d (máx.)			
CLORPROMAZINA (Largactil®)	v.o.	Comp. 25 y 100 mg Sol. 40 mg/ml	300 mg (máx.)	Pico: 1-4 h. T½: 30±7 h.	Hipotensión, efectos anticolinérgicos (<i>sedación, visión borrosa, estreñimiento, sequedad bucal</i>), arritmias, síncope, muerte súbita, convulsiones, sedación prolongada .	<ul style="list-style-type: none"> • Importantes efectos anticolinérgicos: no recomendable en ancianos, sobre todo si ya hay deterioro cognitivo.
	i.m.	Amp. 25 mg /5 ml IM	25-50 mg/6-8 h. (150 mg/d máx.)			
HALOPERIDOL (Haloperidol®)	v.o.	Comp. 10 mg Sol. 2 mg/ml	0.5-2 mg/8-12 h. (máx. 100 mg/d)	Inicio: 1-2 h. Pico: 3-6 h. T½: 18±6 h.	Acatisia, síntomas extrapiramidales, mareo, sedación transitoria , sequedad de bucal, hipotensión/hipertensión, taquicardia, Sínd. Neuroléptico Maligno, convulsiones.	<ul style="list-style-type: none"> • V.O.: iniciar con 1-15 mg/d.; aumentar dosis mientras sea necesario hasta un máximo de 100 mg/d. • IM: iniciar con 2-5 mg; las siguientes dosis deberían administrarse al menos tras 1h., según respuesta. Cambiar a v.o. tan pronto sea posible. • No recomendado su uso I.V. por aumento del riesgo de arritmias.
	i.m.	Amp. 5 mg/ml	2-5 mg/4-6h	Inicio: 10-20 min. Pico: 30-45 min. T½: 21 h.		
LEVOMEPRMAZINA (Sinogan®)	v.o.	Comp. 25 y 100 mg Sol. 40 mg/ml	25-50 mg/d (máx. 250 mg/d)	Pico: 1-3 h. T½: 16±77 h.	Hipotensión, efectos anticolinérgicos (<i>sedación, visión borrosa, estreñimiento, sequedad bucal</i>), arritmias, síncope, muerte súbita, convulsiones, sedación prolongada .	<ul style="list-style-type: none"> • Importantes efectos anticolinérgicos: no recomendable en ancianos, sobre todo si ya hay deterioro cognitivo.
	i.m.	Amp. 25 mg/ml	25 mg/6-8 h.			

OLANZAPINA (Zyprexa®, EFG)	v.o.	2.5, 5*, 7.5, 10*, 15* y 20* mg	5-20 mg/d.	Inicio: 10-20 min. Pico: 6 h. T½: 30 h. (mayor en ancianos)	Somnolencia. Hipotensión ortostática. Menor frecuencia de SNM y de síntomas extrapiramidales, aunque dosis- dependiente (>15 mg). Riesgo de síndrome metabólico en uso prolongado.	<ul style="list-style-type: none"> • NO DAR POR VÍAS I.V. o SUBCUTÁNEA
	i.m.	10 mg	10-20 mg/d.			
RISPERIDONA	v.o.	0.5†, 1*, 2*, 3*, 4† y 6 mg	2-8 mg/d.	Pico: 1-2 h. T½: 3 h.	Menor sedación que con otros antipsicóticos. Más efectos extrapiramidales que otros neurolépticos atípicos. Menores ganancia de peso y sedación que otros.	<ul style="list-style-type: none"> • Indicada en agitación y agresión en pacientes con demencia. • Aceptada en síntomas conductuales en niños y adolescentes.
ZIPRASIDONA	i.m.	20 mg	Inicial: 10-20mg: 10 mg/2h hasta máximo 40 mg.	Pico: 4-5 h. T½: 4-5 h.	Somnolencia, cefaleas, mareo, hipotensión. Infrecuentes efectos extrapiramidales. Prolongación del QTc.	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece sedación con menor somnolencia.
ZUCLOPENTIXOL	i.m.	Acufase: 50 mg Depot: 200 mg	Acufase: 50-150 mg/2-3d. Depot: 150-300 mg/2-4 sem.	Pico: 4 h. (Acufase) T½: 20 h.	Somnolencia, mareos, sequedad de boca. Frecuentes efectos extrapiramidales. Convulsiones.	<ul style="list-style-type: none"> • Se pueden combinar ambas presentaciones en la misma jeringuilla para inicio rápido y larga duración.

* También en presentación bucodispersable. † Sólo comprimido bucodispersable.

BENZODIACEPINA	VÍA	PRESENTACIONES	POSOLÓGÍA	ACCIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS	NOTAS CLÍNICAS
ALPRAZOLAM (Trankimazin [®] , EFG)	v.o.	Comp. 0.25, 0.5 y 2 mg (Retard, 0.5, 1 y 2 mg)	0.5-4 mg/d	Pico: 1-2 h. T½: 12-15 h.	Somnolencia , amnesia anterógrada, incoordinación motora, dificultad de concentración, reacción paradójica y depresión respiratoria . Potencial adictivo .	<ul style="list-style-type: none"> • Rápido inicio de acción. • Menor sedación que otras. • Euforizante. • IMPORTANTE POTENCIAL DE ABUSO.
CLORAZEPATO (Tranxilium [®])	v.o.	Cáp. 5, 10 y 15 mg Comp. 50 mg	100 mg/d. (máx.)	Pico: 1-3 h. T½: 2±1 h.		<ul style="list-style-type: none"> • Rápido inicio de acción.
	i.m.	Vial, 20 y 50 mg	300 mg/d. máx. (100 mg/8h.)			
DIAZEPAM (Valium [®] , EFG)	v.o.	Comp. 2.5, 5, 10 mg Sol. 2 mg/ml Microenema 5 y 10 mg	2-10 mg/6-12 h. (máx. 60 mg/d)	Pico: 1 h. T½: 100 h.		<ul style="list-style-type: none"> • V.O.: absorción rápida, posibilidad de vía sublingual. • IM: absorción errática. • No recomendado su uso I.V. por aumento del riesgo broncoespasmo.
	i.m.	Amp. 10 mg/2 ml				
LORAZEPAM (Orfidal [®] , EFG)	v.o.	Comp. 1 y 2 mg	1-2 mg/8-12 h. (máx. 10 mg/d)	Pico: 1-2 h. T½: 9-22 h.	<ul style="list-style-type: none"> • Rápido inicio de acción. • Posibilidad de vía sublingual. 	

Anexo IV: Transferencia del paciente en el centro hospitalario



Anexo V: Legislación de referencia

SALUD

Europea

- Resolución del Parlamento Europeo, de 19 de febrero de 2009, sobre la salud mental.

Estatal

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud y se modifica el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

Autonómica

- Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.
- Decreto Legislativo 2/2004, de 30 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud.
- Ley 5/2014, de 26 de junio, de Salud Pública de Aragón.
- Ley 9/2013, de 28 de noviembre, de Autoridad de Profesionales del Sistema Sanitario y de Servicios Sociales Públicos de Aragón.
- Decreto 59/1997, de 29 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Aragón.

- Orden del 22 de septiembre de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula el Sistema de Información y Evaluación de los servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón, de sus centros y unidades clínicas.
- Orden de 17 de julio de 2002, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, por la que se regula la participación de los profesionales sanitarios en el transporte sanitario de urgencia.

SERVICIOS SOCIALES

- Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.
- Decreto 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Ley 4/1996, de 22 de mayo, relativa al Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
- Decreto 173/2016, de 22 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueban los Estatutos del Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
- Decreto 184/2016, de 20 de diciembre, por el que se regula la organización y funcionamiento de los Centros de Servicios Sociales en Aragón

SEGURIDAD Y ORDEN PÚBLICO

Estatal

- Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana.
- Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil.
- Real Decreto 407/1992, de 24 de abril, por el que se aprueba la Norma Básica de Protección Civil.

Autonómica

- Ley 30/2002, de 17 de diciembre, de protección civil y atención de emergencia de Aragón.

DERECHOS Y GARANTÍAS

Estatal

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.
- Ley Orgánica 6/1984, de 24 de mayo, reguladora del procedimiento de «Habeas Corpus».
- Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, del Defensor del Pueblo.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
- 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.

Autonómica

- Ley 4/1985, de 27 de junio, Reguladora del Justicia de Aragón.
- Decreto Legislativo 1/2011, de 22 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba, con el título de «Código del Derecho Foral de Aragón», el Texto Refundido de las Leyes civiles aragonesas.
- Decreto 46/2006, de 21 de febrero, del Gobierno de Aragón, por el que se crea el fichero de datos de carácter personal de usuarios de transporte sanitario no urgente.
- Decreto 178/2005, de 6 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el que se crean los ficheros de datos de usuarios de atención de salud bucodental infantil y juvenil, usuarios de salud mental y de pacientes crónicos dependientes.
- Decreto 114/2010, de 22 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se crean y suprimen ficheros de datos de carácter personal del Departamento de Salud y Consumo y del Servicio Aragonés de Salud.
- Ley 5/2019, de 21 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas con Discapacidad en Aragón.

JUSTICIA

- Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.
- Ley 50/1981, de 30 de diciembre, por la que se regula el Estatuto Orgánico del Ministerio Fiscal.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
- Real Decreto, de 14 de septiembre de 1882, por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Anexo VI: Fuerzas y Cuerpos de Seguridad

- Actúan en situaciones de Urgencias relacionadas con agitación psicomotriz a demanda de los Servicios Sanitarios, del Juez, de terceras personas (fundamentalmente familiares), y en aquellas urgencias detectadas en el desempeño de sus funciones policiales.
- Su función es auxiliar y facilitar la intervención del personal sanitario en base a criterios médicos y terapéuticos:
 - Prevenir situaciones de riesgo: fuga, auto o heteroagresividad.
 - Control de pacientes agitados o con alteraciones de conducta.
 - Facilitar la contención del paciente si fuera preciso.Acompañar al transporte sanitario en sus vehículos oficiales, si las circunstancias lo aconsejan.
- Pueden ser requeridos:
 - En aquellos casos en los que la manifiesta oposición del paciente agitado a ser atendido y/o trasladado provoque una alteración del orden público, ponga en peligro la integridad física de personas o la conservación de bienes materiales, o exista un alto riesgo de que esto suceda por los antecedentes que se hayan obtenido de dicha persona y por la valoración clínica de la situación.
 - Para realizar una entrada forzada en un domicilio particular debido a urgencia médica.
 - Para localizar, identificar y trasladar a un paciente en situación de riesgo a los dispositivos sanitarios con capacidad para atención psiquiátrica urgente.
- Su prioridad es asegurar la protección del paciente y de terceras personas, siguiendo en su actuación el principio de “mínima intervención”.
- Deben primar el aspecto de atención sanitaria sobre otras consideraciones, por lo que, en los supuestos de contención física, siempre que sea posible, se utilizarán prioritariamente los medios sanitarios.
- Ante la comisión de un hecho delictivo por una persona que aparente hallarse en estado enajenación mental, los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, sin perjuicio de dar cumplimiento a cuanto dispone la Ley de Enjuiciamiento Criminal en lo referente a la detención e instrucción de derechos al detenido, procederán a su traslado a un centro sanitario donde pueda ser examinado y recibir un primer tratamiento de urgencia, dando cuenta de ello al Juez de Instrucción. Lo mismo harán cuando aprecien síntomas de agitación en cualquier detenido.
 - En caso de que la persona a tratar, se encuentre en un centro de detención policial, se valorará realizar la primera atención y recibir un primer tratamiento de urgencia en el centro de detención.

- Tanto en las dependencias policiales como en el centro sanitario en que ingrese el detenido, se adoptarán las medidas necesarias para evitarle todo peligro para sí u otras personas o bienes, correspondiendo a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad su custodia.
- Los Servicios Sanitarios recurrirán a los Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, solicitando, de acuerdo a su distribución territorial y competencia específica (por ejemplo, en caso de menores las unidades policiales adscritas), el auxilio de la Guardia Civil o Policía Nacional. Atendiendo a la urgencia se podrá recabar la colaboración de Policías Locales en su ámbito territorial.
 - Si actúan en su área de intervención, de forma programada y a demanda de los servicios sanitarios, se realizará mediante un informe clínico razonado y explícito de motivo de la demanda o en respuesta a una solicitud del 112.
- En los casos de urgencia vital no programable interviene la dotación policial disponible más cercana. Por este motivo es conveniente garantizar una formación básica lo más extensa posible a los miembros de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- Dejarán constancia escrita de la intervención según sus protocolos.

Anexo VII: Recomendaciones en la atención a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo (PDID)

Elaboración:



Cuando una PDID tiene una conducta desafiante, lo hace para:

- Conseguir algo o comunicarse con la otra persona.
- Son respuesta de un problema de salud mental.
- Son respuestas para un problema de salud física.
- Son respuestas por una predisposición genética.

Podemos diferenciar la conducta de la PDID en tres fases:

1. Cuando la persona está bien, nuestra manera de trabajar sería enseñar habilidades
2. Cuando la persona está comenzando a agitarse o enfadarse, nuestra manera de actuar será preventiva. Intentando que no llegue a más.
3. Cuando la persona ha estallado, nuestro papel será reactivo. Tendremos que esperar a que se le pase intentando que la persona vuelva a tomar el control.

Debemos de saber en qué etapa dentro de la crisis se encuentra la persona, para poder intervenir de una forma u otra.

1. Ansiedad: Toda situación de crisis presenta en su momento inicial un cambio en la conducta normal de la persona. Se caracteriza por un gasto de energía desmesurado. Se manifiesta por signos como: demanda repetida de atención inmediata, apretar los puños, deambular agitado...
2. Actitud defensiva: La persona se coloca ante el profesional en una situación defensiva cuando nota que comienza a perder el control racional. Se manifiesta por signos como gritos, amenazas, golpes en la mesa...
3. Ataque: La persona adquiere un comportamiento agresivo, que implica riesgo de daño a sí misma o a otras personas. Se manifiesta por intención de agredir al profesional, tirar cosas al suelo, asir utensilios que puedan ser utilizados como arma... En este momento hay pérdida total del control racional.
4. Reducción del nivel de tensión. Una vez ocurrido el ataque disminuye el nivel de tensión. En este momento la persona comienza a recuperar el control racional.

1.- Abordaje verbal

- Antes de hablar con la persona debemos intentar informarnos sobre la misma: antecedentes, tipo de comunicación de la persona con discapacidad, etc., para saber cómo manejar la situación. Algunas PDID tienen dificultades para comunicarse y necesite una tablet, pictogramas, etc. para comunicarse con la otra persona.

- Se intentará hablar con la persona en un lugar lo más tranquilo posible, depende de la situación y de donde se dé la urgencia. Es mejor estar acompañado de otra persona por mayor seguridad. Intentar estar siempre a la misma altura y evitar mirar fijamente a los ojos durante un tiempo prolongado.
- Intentar que la persona se centre en el profesional y mantenga su atención. Este le hablara de una forma tranquila y relajada, para que la activación de la persona vaya disminuyendo. El dialogo será flexible, con frases cortas y sencillas. El profesional tiene que cerciorarse que la persona lo entiende, en muchas ocasiones parece que la persona con discapacidad entiende lo que se les dice, pero no es así.
- Intentar buscar la solución con la persona si es posible. Proponerle resolver los problemas por la vía del diálogo.
- Valorar los antecedentes de violencia, teniendo en cuenta la forma de expresarse y las ideas que tiene al respecto en el momento presente. Advirtiéndole a la persona de que la violencia no es aceptable.
- Valorar factores estresantes (conflictividad familiar, etc.)
- Desviar su atención hacia otros intereses.
- Informarle de que se recurrirá a la contención mecánica y/o tratamiento farmacológico si la situación lo requiriese.

2.- Modificación del contexto.

- Bajar la intensidad de la luz y en su caso del ruido.
- Si es posible, preguntar que le resulta relajante a la persona o le ayuda a controlar la ansiedad (música relajante, tener una pelota en la mano, etc.).
- En los casos en los que sea posible, intentar distraer a la persona con actividades que le sean agradables.

3.- Inclusión o exclusión de alguna persona.

- Evitar el contacto con alguna persona que le haya provocado alguna alteración. Tener en cuenta que le puede provocar miedo, ansiedad...algún objeto que posean las personas profesionales que le van a atender.
- La presencia de personas con las que la persona mantiene relación de cordialidad o de confianza puede ayudar a su autocontrol.
- Cuando ello sea posible, y no esté especialmente contraindicado, la conversación con algún familiar, puede contribuir a la desactivación de la situación generada por la misma.

Participantes en el desarrollo y redacción del Protocolo

Dña. Beatriz Amores Arriaga	Coordinadora Urgencias. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
Dña. María José Bajén García	Jefa de Servicio de Atención a la Infancia y Adolescencia. Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales.
Excmo. Sr. D. Manuel Bellido Aspas	Presidente del Tribunal Superior de Justicia de Aragón.
D. Francisco Bentué Ferrer	Inspector Jefe. Cuerpo Nacional de Policía.
Dña. Begoña Berasategui Urruticoechea	Médica reguladora. 061 Aragón.
D. Daniel Bes Argón	CERMI Aragón.
Dña. Mabel Cano del Pozo	Asesora Técnica. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Departamento de Sanidad.
D. Eduardo Cantón Rayado	Jefe de Sección de Psiquiatría y Psicología. Instituto de Medicina Legal de Aragón.
D. José Carlos Cardiel Galindo	Médico de emergencias. 061 Aragón.
D. José Luis Collado Mateo	Comandante. Zona Guardia Civil de Aragón.
D. Manuel Corbera Almajano	Psiquiatra. Centro de Rehabilitación Psicosocial Santo Cristo de los Milagros. Huesca.
Dña. Alicia Corredor Álvarez	Trabajadora Social. Unidad de Coordinación de Salud Mental. Departamento de Sanidad.
D. Juan Eito Cuello	Jefe de Unidad de Urgencias. Hospital de Barbastro.
D. Roberto Esteban Pradas	Magistrado-Juez Decano de Zaragoza.
Dña. Isabel Gallego Gasca	Directora Médica. 061 Aragón.
D. José Manuel Granada López	Coordinador Salud Mental Aragón. Departamento de Sanidad.
D. Joaquín Gutiérrez Andreu	Médico de emergencias. 061 Aragón.
Dña. Patricia Hernández Bernal	CERMI Aragón.
D. Luis Carlos Iglesias Echegoyen	Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital Obispo Polanco. Teruel.
Dña. M ^a Ángeles Júlvez León	Directora General de Justicia e Interior.
D. Diego Longás Alvarado	Jefe de Servicio de Gestión de la Red de Centros y Servicios. Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales.
D. Rafael López-Melús Marzo	Letrado de la Administración de Justicia.
D. Miguel Martínez Roig	Jefe de Servicio de Psiquiatría. Sector Zaragoza I.
D. Rafael Marrón Tundidor	Presidente SEMES - Aragón
D. Francisco Mier Marín	Subinspector coordinador CIMACC-091.
Dña. Ángela Millán Cebrián	Médica de emergencias. 061 Aragón.
Dña. Carmen Montón Franco	Médica E.A.P. Puerta del Carmen
D. Javier Olivera Pueyo	Coordinador de Salud Mental Sector Huesca
D. Juan Luis Orós Marqueta	Teniente. Zona Guardia Civil de Aragón.
D. Carmelo Pelegrín Valero	Jefe de Servicio de Psiquiatría Hospital General San Jorge de Huesca
D. Alfonso Pérez Poza	Médico psiquiatra. Hospital Universitario Miguel Servet.
D. Javier Povar Marco	Coordinador Urgencias. Hospital Universitario Miguel Servet
D. Francisco Javier Rodrigo Poza	Capitán Plana Mayor Zona Guardia Civil de Aragón.
D. Ignacio Rodríguez Ruiz	Asesor Técnico. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Departamento de Sanidad.
D. Juan Valentín Sánchez Sánchez	Jefe Secretaría Técnica de Policía Local de Zaragoza. Ayuntamiento de Zaragoza.
Dña. Pilar Valero Oros	Médica de emergencias. 061 Aragón.
Ilmo. Sr. D. Alfonso Villacampa Abadías	Fiscal. Sección Civil de la Fiscalía Provincial de Zaragoza.
Dña. Sandra West Ortín	Enfermera Especialista en Salud Mental. CRP Ntra. Sra. del Pilar. Zaragoza.

Firma del Protocolo

En Zaragoza, a 4 de octubre de dos mil diecinueve, se procede a la firma del Protocolo de coordinación para la atención y traslado del paciente agitado.

La Delegada del Gobierno en la Comunidad Autónoma de Aragón




Fdo: Dña. Carmen Sánchez Pérez



La Consejera de Presidencia y Relaciones Institucionales

Fdo: Dña. María Teresa Pérez Esteban

El Alcalde de Zaragoza



Fdo: D. Jorge Azcón Navarro

La Consejera de Ciudadanía y Derechos Sociales



Fdo: Dña. María Victoria Broto Coscolluela

La Consejera de Sanidad



Fdo: Dña. Pilar Ventura Contreras