

EGUZKILORE

(Flor protectora contra las fuerzas negativas)

Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología
San Sebastián, N.º 10 - 1996.

• T. Fernández de la Vega. La población desplazada	11
• A. Giménez Pericás. Deberes y derechos de las víctimas	23
• L. Lledot Leira. La libertad condicional	45
• A. Messuti. Obligaciones humanas	57

JORNADA INTERNACIONAL: “Actualización de la Psiquiatría legal: el ingreso involuntario ...”

• I. Azkuna. El consentimiento informado	71
• Mª J. Conde. Protección de los derechos humanos	75
• R. Eiselé, B. Busino y J. Guimón. Les hospitalisations psychiatriques à Genève: le cas des entrées non volontaires	79
• J. García-Campayo y C. Sanz Carrillo. Transmisión de los conocimientos psiquiátricos a los nuevos jurados	99
• A. Iruin. Normativa administrativa y conflictividad	113
• E. López, J. Medrano, L. Osa, E. Aristegui y M. Silva. Evolución de los ingresos involuntarios en una UPHG	123
• G. Portero. Valoración médico forense de la enfermedad mental	135
• J. Mª Unanue. Intervención frente a la emergencia	149
• I. de Miguel. La Psiquiatría como instrumento de apoyo	165

CURSO DE VERANO: “Menores infractores en el tercer milenio desde la Criminología y la Victimología”

• L.M. Bandrés Unanue. Actuaciones de la Diputación Foral	171
• A. Beristain. Menores infractores-víctimas ante las N.U.	177
• E. Giménez-Salinas. La mediación en la justicia juvenil	193
• J. Urrea Portillo. Ética, razón y empatía	213
Dureza emocional prematura	229
Niños y jóvenes víctimas de agresión sexual	237
• I. Germán y A. Rodríguez. Los valores en la actualidad	255
III Promoción de Master y IX de Criminólogos	263
Nombramiento de Miembro de Honor a Eduardo Chillida	269
Memoria del IVAC-KREI	271
• Índices de Eguzkilore: año 1976 y años 1987-1996	331

INTERVENCIÓN FRENTE A LA EMERGENCIA PSIQUIÁTRICA

José M^a UNANUE MUNDUATE

*Especialista en Medicina Legal y Forense
Médico Coordinador UTE-Gipuzkoa
Servicio Vasco de Salud-Osakidetza*

Resumen: Se describe la experiencia en internamientos psiquiátricos urgentes y su correspondiente problemática en el Centro Coordinador de Urgencias de Gipuzkoa, contemplando la demanda recibida, los diagnósticos terapéuticos, y la gestión de recursos asistenciales, y explicando las dificultades que representa en el campo de la Asistencia Psiquiátrica.

Laburpena: Lan honetan azaltzen da ospitalizazio psikiatriko larrietan izandako esperientzia eta horri dagokion problematika Gipuzkoako larrialdietarako Zentru koordinatzailean, jasotako eskabidea, diagnostiko terapeutikoak eta laguntzarako baliakizunen jentioa ikusiz, eta Laguntza psikiatrikoaren sailean dakartzan eragozpenak adieraziz.

Résumé: On décrit l'expérience avec les hospitalisations psychiatriques d'urgence et les problèmes que supportent au Centre Coordonateur des Urgences à Gipuzkoa, en considérant la demande reçue, les diagnostics thérapeutiques, et la gestion des ressources d'aide, et en expliquant les difficultés qui représentent dans le domaine de l'Assistance Psychiatrique.

Summary: The experience in urgent psychiatric admissions and their problems in the Emergency Coordinating Center in Guipúzcoa is described, considering received requests, therapeutic diagnosis, and management of assistance resources. The difficulties that all this involves for the Psychiatric Assistance field are also explained.

Palabras clave: Internamiento Psiquiátrico Urgente, Asistencia Psiquiátrica, Diagnóstico Terapéutico, Recursos Asistenciales Psiquiátricos.

Hitzik garrantzizkoenak: Ospitalizazio psikiatriko larria, Laguntza psikiatrikoa, Diagnostiko terapeutikoa, Psikiatriko-laguntzarako baliakizunak.

Mots clef: Hospitalisation Psychiatrique d'Urgence, Assistance Psychiatrique, Diagnostic Thérapeutique, Ressources d'Aide Psychiatrique.

Key words: Urgent Psychiatric Admission, Psychiatric Assistance, Therapeutic Diagnosis, Psychiatric Assistance Resources.

Con carácter previo a la descripción que de la experiencia en internamientos psiquiátricos urgentes y de su correspondiente problemática posee el Centro Coordinador de Urgencias de Gipuzkoa, recordaremos a modo de introducción, cuáles son las funciones que tiene asignadas dicho centro.

Resulta, a mi modo de ver, necesario conocer dichas funciones así como el lugar que dentro del organigrama de la asistencia a la urgencia/emergencia ocupa el citado centro, para poder contemplar la demanda recibida (origen, características, etc.), los abordajes diagnóstico-terapéuticos subsiguientes y la gestión de recursos asistenciales, así como para comprender las dificultades que el anterior entramado representa en el campo de la asistencia psiquiátrica urgente.

En este sentido, recordar que para el centro coordinador de urgencias de Osakidetza-SVS, la Orden de 29 de Marzo de 1994 (BOPV, N^o 70 de 14 de Abril) asigna la gestión de la demanda sanitaria que accede telefónicamente al sistema, desarrollando las siguientes funciones:

- a) Información al usuario del recurso asistencial que debe utilizar.
- b) Resolución de la demanda asistencial mediante consejo médico.
- c) Movilización y coordinación de los recursos asistenciales adecuados, tales como: Equipos de emergencia, red de transporte sanitario de urgencia (RTSU) y personal médico y de enfermería para avisos domiciliarios.
- d) Otras funciones que obviamos por no corresponderse a la problemática que estamos abordando.

En este contexto, la figura del médico coordinador se contempla como el encargado de dar la respuesta más adecuada a la demanda sanitaria mediante su análisis y resolución, optimizando la gestión de los recursos disponibles. (Reunión de Médicos Coordinadores, 1995).

Nos encontramos, por tanto, ante tres actuaciones complicadas y de muy difícil protocolización:

- Evaluación correcta de la demanda.
- Asignación de respuesta. Respuesta que puede ser de carácter informativo, consejo médico, derivación a un centro sanitario y, por último, movilización de recursos humanos y de transporte sanitario.
- Gestión óptima de los recursos que la red asistencial posee.

Actuaciones que, analizadas pormenorizadamente en el contexto de la atención psiquiátrica urgente, resultan habitualmente conflictivas, tal y como veremos más adelante.

Los recursos de que disponemos para atender la demanda sanitaria urgente en nuestro Territorio, bien sean recursos propios o concertados, se describen en la tabla 1. No sería justo olvidar, en dicha relación, a los Hospitales de la red pública que, frecuentemente, constituyen el eslabón final de la cadena asistencial.

La lectura atenta de las funciones asignadas por el ordenamiento vigente al centro coordinador, nos señala que la demanda asistencial a atender y solucionar no tiene por qué cumplir criterios de emergencia ni de urgencia. Llegados a este

punto creemos necesario ahondar en los conceptos y clasificaciones que los autores médico-legales señalan para los términos urgencia y emergencia.

Tabla 1. Recursos asistenciales disponibles para la asistencia a la demanda sanitaria urgente en Gipuzkoa.

MEDICOS Y ATS-DUE	09-17 horas	Personal de EAP y ambulatorios.
	17-09 y festivos.	12 Médicos 12 ATS-DUE
RTSU (Ambulancias soporte vital básico)	37	
Equipos de emergencia	3	
Ambulancias concertadas	Según demanda	

La delimitación inequívoca de dichos conceptos con respecto a otras peticiones de ayuda, frecuentemente sociales, resulta fundamental para el abordaje aséptico de la repercusión que en nuestro trabajo tiene el enfermar psiquiátrico agudo.

Villalaín (1987), define la emergencia como “proceso agudo, de instauración súbita que exige asistencia inmediata para prevenir un daño grave o aliviar al paciente”. Más adelante, dentro de las emergencias distingue entre:

- Caso urgente: aquellas situaciones en que existe un peligro de muerte inmediata o consecuencias graves para la vida del paciente.
- Caso grave: cuando puedan originarse importantes menoscabos orgánicos y/o funcionales o bien, un grave deterioro de la calidad de vida del paciente (dolor, fiebre, delirio, inconsciencia, etc).
- Caso de complacencia: se requiere al médico de forma inmediata por diferentes motivaciones, sin que exista un peligro vital ni de lesión grave.

Este último apartado coincidiría conceptualmente con la denominada urgencia subjetiva o espúrea. “Urgencia” en la que no concurren alguno de los tres requisitos que la medicina legal exige a una urgencia médica:

- Aparición de manera súbita e inesperada.
- Precisa asistencia inmediata ya que, de no darse, conllevaría la aparición de un daño.
- La clínica o el proceso patológico ha de tener tratamiento eficaz dentro de las ciencias médicas.

Resulta obvio decir que la mayoría de las llamadas recibidas en nuestro centro pertenecen a este subgrupo etiquetado como “urgencia subjetiva”. Dicha afirmación se puede extender a los demás centros de coordinación de urgencias funcionantes en el estado español.

Utilizaremos, a partir de ahora, indistintamente los términos emergencia y urgencia, dado que nos referiremos a demandas asistenciales no subjetivas.

La demanda asistencial psiquiátrica que gestionamos responde a los mismos esquemas citados. En efecto, el porcentaje de asistencias en las que se precisa un ingreso urgente por patología etiquetable como enfermedad mental es mínimo en relación al total de llamadas en las que se refiere sintomatología compatible con patologías psiquiátricas.

Dichas llamadas que, en general, no precisan movilización de recurso alguno ya que son solucionadas por el consejo del médico coordinador o bien por la derivación del paciente, por sus medios, a centros sanitarios, guardan habitualmente relación con trastornos de ansiedad así como con dudas y objeciones relativas a la farmacoterapia empleada en su tratamiento.

Entrando a contemplar las urgencias sanitarias de carácter psiquiátrico analizaremos los siguientes aspectos:

- a) Definición de urgencia psiquiátrica.
- b) Incidencia en el centro coordinador de Gipuzkoa.
- c) Tipología de la demanda.
- d) Respuesta asignada.
- e) Problemática médico-legal generada.

a) *Definición de urgencia psiquiátrica:*

Cabrera y Fuertes (1990) definen la urgencia psiquiátrica como "aquella urgencia médica motivada por un estado psicopatológico de causas diversas (endógenas, exógenas...) que a su vez coloca en situación grave al enfermo mismo en cuanto a su vida (suicidio), en cuanto a la vida de los demás (impulso agresivo homicida) o en cuanto a su pronóstico *quo ad functionem*".

En el contexto de la valoración correcta de la demanda telefónica, la catalogación de una demanda asistencial como "urgencia psiquiátrica" se encuentra dificultada por los siguientes extremos:

- Habitual ausencia de antecedentes clínicos del paciente en cuestión, bien porque el comunicante los desconoce o bien porque no existe la objetividad precisa en el interlocutor para poder diferenciar entre la existencia de una urgencia real o una problemática sociofamiliar que se viste como una presunta patología mental del "paciente".
- Dificultad para la descripción de los síntomas y/o signos, por parte del comunicante, para quien es complicado diferenciar entre un síndrome delirante, una clínica alucinatoria o un estado de agitación psicomotriz.
- Frecuente ocultación, por parte del comunicante, de la toma de sustancias tóxicas por parte del paciente. En el caso contrario (intoxicación por fármacos o tóxicos), tendencia habitual a señalar, por parte del paciente, ingestas diferentes a las reales.

- Ausencia de la urgencia psiquiátrica pura. Bien por cuadros médicos que se presentan como síndromes psiquiátricos o, por el contrario, urgencias psiquiátricas expresadas como quejas exclusivamente somáticas.

b) Incidencia en el Centro Coordinador de Gipuzkoa

Se ha realizado una revisión retrospectiva y de carácter meramente descriptivo, de las demandas recibidas en el centro coordinador, durante los meses de Febrero y Marzo del presente año. En este contexto, la valoración y cuantificación de las llamadas que referían clínica psiquiátrica y que no precisaron movilización de recurso alguno no fue realizada, toda vez que las hemos considerado como pertenecientes al grupo de urgencias subjetivas.

Se incluyeron en la revisión aquellas movilizaciones de recursos que, bien por el médico que atendió al paciente o bien por el criterio del médico coordinador que realizó un traslado directo, fueron etiquetados como trastornos mentales, incluidas en el DSM-IV (1995).

En aquellos casos que cumplían dicho criterio se analizaron las siguientes variables:

- Diagnóstico.
- Existencia de ingreso hospitalario.
- Hospital en el que se ingresó.
- Medio de transporte empleado.
- Presencia de cuerpo policial para el transporte.
- Existencia de Orden Judicial.
- Carácter voluntario o involuntario del ingreso.

Durante los meses objeto de estudio se realizaron un total de 2.632 movilizaciones de recursos, humanos y/o de transporte, para la resolución de la demanda recibida. Los avisos realizados por cuadros enmarcados dentro de las enfermedades mentales constituyeron un 8,2% del total. (Figura 1).

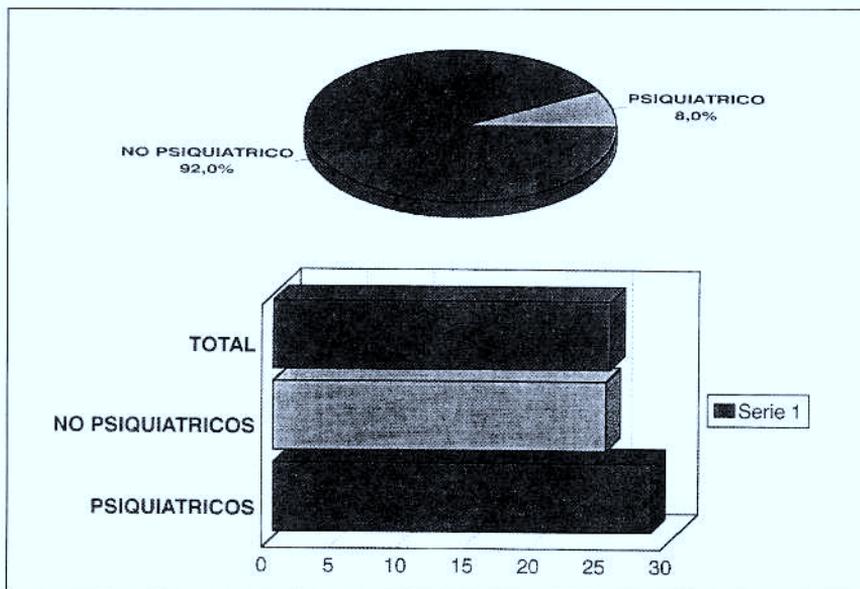
El porcentaje de ingresos realizados por patología psiquiátrica (28,4%) fue ligeramente superior al de los ingresos totales, es decir, incluyendo patología psiquiátrica y no psiquiátrica, que alcanzó al 25,2% de los avisos realizados.

c) Tipología de la demanda

La clasificación de las urgencias psiquiátricas ha constituido una gran controversia entre los diferentes autores. Es por ello que hemos optado por categorizar los cuadros que se han incluido en la revisión según la clasificación que la citada DSM-IV realiza de los trastornos mentales.

En la tabla 2, podemos observar cómo el 44% de las urgencias psiquiátricas atendidas pertenecen al grupo de Trastornos de ansiedad. Efectivamente, las crisis de ansiedad y los trastornos de angustia son las patologías que, en el contexto del enfermar mental, se atienden con mayor frecuencia a nivel domiciliario en el ámbito, no lo olvidemos, de la atención urgente.

Figura 1. Distribución de los avisos y porcentaje de ingresos, en relación a origen psiquiátrico o no psiquiátrico de la demanda



Tal y como veremos más adelante no son, sin embargo, fuente apreciable de ingresos hospitalarios; por lo que cabría preguntarse si los cuadros de ansiedad se pueden incluir dentro de las urgencias psiquiátricas. La experiencia del centro coordinador en este sentido, nos señala que en gran parte de los casos el médico había sido enviado para descartar un cuadro funcional versus una patología médica, generalmente por somatización cardiorrespiratoria (dolor torácico sin características isquémicas, disnea con historia poco clara, taquipnea, etc). Dicha experiencia, junto con la revisión bibliográfica realizada y que muestra cómo autores médico-legales (Cabrera y Fuertes, 1990) recogen entre las posibles urgencias psiquiátricas el síndrome de ansiedad, nos ha llevado a incluir la citada patología en el estudio.

Por otra parte, una de cada cinco urgencias psiquiátricas tienen su base en trastornos relacionados con sustancias. En este amplio saco, se incluyen desde los cuadros agudos de etilismo hasta los síndromes de abstinencia a opiáceos (urgencia médica relativa según la mayoría de autores), pasando por las "sobredosis" de heroína.

d) Respuesta asignada

Como ya se ha indicado en la introducción, ante la existencia de una demanda asistencial de carácter urgente, el médico coordinador tras la valoración del caso puede movilizar los recursos asistenciales de que dispone o bien remitir al paciente al centro sanitario que pueda hacerse cargo de la asistencia.

Tabla 2. Distribución por diagnósticos de las urgencias contempladas

TRASTORNO (Código)	N	%
Trastornos de ansiedad (401)	94	43,7
Trastornos relacionados con sustancias (181)	47	21,9
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (279)	37	17,2
Trastornos del estado de ánimo (323)	22	10,2
Delirium, demencia, trastornos amnésicos y trast. cognoscitivos (129)	13	6,0
Trastornos somatomorfos (457)	1	0,5
Trastornos del sueño (565)	1	0,5
TOTAL	215	100,0

En este sentido, entre las respuestas posibles nos encontramos con el envío de personal médico al lugar desde donde se produzca la demanda, enviándose incluso, si se considera preciso, una ambulancia medicalizada que garantice una asistencia in situ por parte de personal adiestrado y con experiencia en el trato de la demanda urgente. Además, no es infrecuente que se realicen ingresos directos de pacientes, mediante el envío de ambulancias convencionales que lo trasladarán de forma rápida a un centro hospitalario. Los criterios que guían esta actuación, posible fuente de roces con otras instancias implicadas en la atención a la urgencia, se basan en la gravedad del cuadro y en la disponibilidad y acceso a asistencia médica, en el punto geográfico en que se desarrolle la situación urgente.

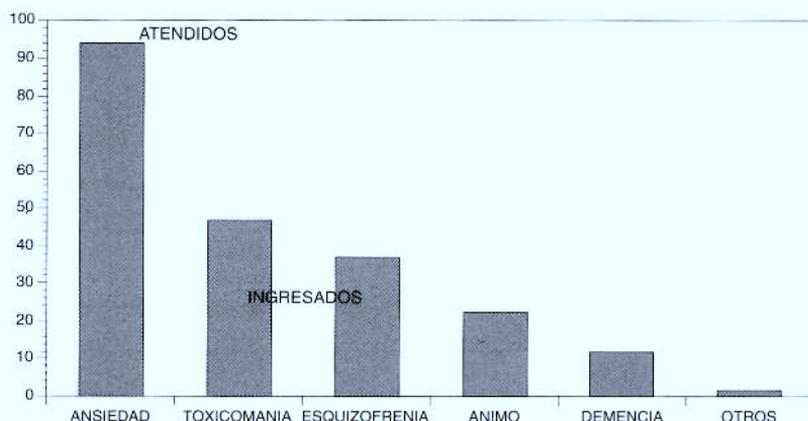
Cuando contemplamos en nuestra revisión, las patologías que motivaron los ingresos hospitalarios, podemos comprobar cómo son los trastornos relacionados por tóxicos los responsables de la mayoría de los ingresos hospitalarios (46,0%). En porcentajes decrecientes se encuentran como motivos de ingreso los cuadros esquizofrénicos y psicóticos (19,7%), los trastornos de ansiedad (16,4%) y los intentos de autolisis (14,7%).

Sin embargo, resulta más interesante conocer que el 60% de los cuadros relacionados con la toma de sustancias tóxicas y atendidos por los recursos de asistencia urgente, son derivados a un centro hospitalario. Otros motivos de consulta que vistos por los servicios de urgencia precisan, en porcentajes apreciables, una ulterior derivación hospitalaria serían los trastornos de estado de ánimo y los trastornos esquizofrénicos y psicóticos. (Figura 2).

La distribución de motivos de ingreso observada coincide con el posterior hallazgo estadístico por el que comprobamos que la inmensa mayoría de las derivaciones se producen a centros hospitalarios no especializados en la atención psiquiátrica.

En efecto, los trastornos de ansiedad con habitual expresión somática así como los trastornos relacionados con tóxicos son, en nuestro medio, patologías sus-

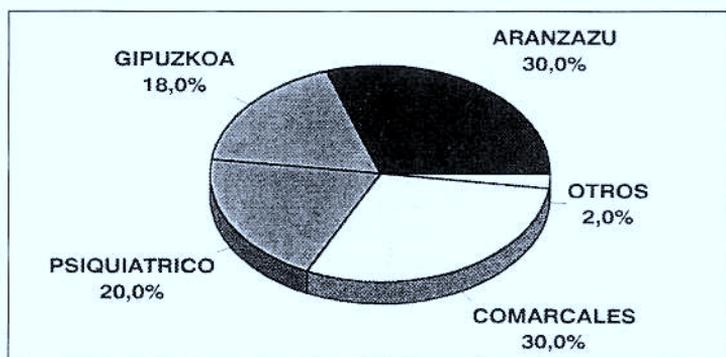
Figura 2. Distribución de los ingresos en relación a las patologías atendidas.



ceptibles de tratamiento en hospitales no psiquiátricos. En el primer caso, el hospital representa la seguridad diagnóstica que confirma la ausencia de patología orgánica urgente mientras que en los cuadros relacionados con tóxicos, los Servicios de Urgencia hospitalarios representan un nivel asistencial terapéutico, tratando al paciente con dosis adecuadas de medicación y estoicismo, a partes iguales.

En el periodo de tiempo revisado, tan sólo el 19,7% de los pacientes fueron derivados al Hospital Psiquiátrico de Donostia-San Sebastián. No cabe argüir ante dicha cifra la sectorización sanitaria del Territorio de Gipuzkoa, toda vez que en los hospitales comarcales (centros de referencia de gran parte de la población guipuzcoana, salvo Donostia y su periferia) se atendieron al 29,5% de los pacientes derivados por causas psiquiátricas. Uno de cada dos, aproximadamente, fueron remitidos a los hospitales terciarios de Aránzazu y Gipuzkoa. (Figura 3).

Figura 3. Distribución de ingresos por hospitales.



Del total de ingresos realizados (N=61), tan sólo cuatro de ellos precisaron la presencia de algún cuerpo policial que garantizara el traslado del paciente al centro

hospitalario. Los cuatro episodios referidos se trataban de pacientes agitados y con componente hetero o autoagresivo, que se oponían a ser trasladados. En tan sólo una de esas situaciones el paciente fue evacuado con orden judicial previa.

Por último, para acabar con la revisión estadística queremos señalar que en otros cuatro casos los pacientes no se prestaron voluntariamente al traslado e incluso, uno de ellos, a ser explorado y valorado por el médico interviniente. Los motivos de consulta en dichos episodios fueron: intento de autolisis y problemas médicos relacionados con el uso de sustancias tóxicas. En dichas situaciones el facultativo interviniente optó por no realizar un traslado involuntario del paciente en cuestión.

e) Problemática médico-legal generada

Independientemente del origen, psiquiátrico o no, de la patología por la que se solicita demanda asistencial, la coordinación telefónica de las urgencias sanitarias se puede considerar como una actividad de alto riesgo legal.

En efecto, los tratados de medicina legal y las revisiones de derecho médico alertan constantemente acerca del peligro que entraña el diagnóstico y tratamiento de procesos patológicos a través de un medio de comunicación cuyo principal hándicap consiste en que no se puede ver la lesión, tocar la dureza de un abdomen, escuchar crepitantes basales ni, por último, detectar un fétor hepático.

Por otra parte, resulta muy frecuente que el comunicante carezca de datos acerca de los antecedentes personales del paciente o bien la carga emocional que lo envuelve dificulta la comunicación fluida y neta con el médico coordinador. Aun cuando el comunicante está impaciente por recibir el consejo o la ayuda, su falta de conocimiento sobre temas de salud les perjudica. La ansiedad del comunicante suele distorsionar la información. (Davidhizar y Vehlage, 1988).

Además, en el campo de la patología psiquiátrica, las llamadas de petición de ayuda psiquiátrica pueden constituir verdaderas urgencias o bien sinceros intentos de obtener ayuda y consejo, pero en ocasiones son intentos manipuladores para implicar al médico o bien llamadas sin otra finalidad que molestar o llamar la atención sobre su persona.

Motivaciones aparte, el médico coordinador debe recoger la mayor cantidad posible de datos sobre el estado y situación actual, así como sobre los antecedentes del paciente: episodios previos similares, ingresos previos, tratamiento al que está sometido, etc. Por otra parte, el médico coordinador debe obtener datos sobre la seguridad de la escena en que se desarrolla el incidente, sobre todo en aquellos casos de pacientes agitados o agresivos, con el fin de movilizar los recursos necesarios que garanticen la seguridad del paciente y de terceros, así como, obviamente, del personal asistencial que se dirige al lugar.

Una vez valorado el cuadro y las posibles soluciones a aportar, el médico coordinador movilizará los recursos necesarios para dar respuesta asistencial a la enfermedad del paciente y evitar la aparición de nuevas patologías urgentes en el paciente y en el entorno humano que le va a rodear.

Llegados los recursos sanitarios al lugar del incidente, surge un segundo aspecto a valorar en el contexto de la problemática médico-legal de la atención a urgencias psiquiátricas, cual es la negativa del paciente a ser tratado o bien a ser evacuado e ingresado y la actitud a tomar por parte de los servicios sanitarios ante tal planteamiento.

La actuación ante dichas negativas, dentro de nuestro centro coordinador, ha ido variando con el tiempo. Hasta hace unos años se mantenía una postura de pasividad aduciendo el derecho del paciente a negarse a recibir tratamiento. En los últimos tiempos, bien por contar con sistemas de comunicación más perfeccionados que nos permiten contactar con el personal que se encuentra desplazado al lugar, lo cual nos garantiza una mejor valoración de la intensidad del problema así como un diagnóstico más fidedigno de la patología que aqueja al paciente, o bien porque los cambios legislativos en materia de internamiento involuntario han sido, por fin, asumidos por los médicos coordinadores, observamos una tendencia cada vez mayor a gestionar los ingresos desde el centro coordinador, poniendo en contacto a todas las instancias implicadas en este tipo de evacuaciones: ambulancia, dotación policial, Juzgado de guardia y hospital de destino.

¿Cuáles son los argumentos que nos permiten ordenar un ingreso involuntario urgente, obviando los derechos del paciente a decidir sobre el tratamiento a recibir así como el derecho constitucional a su libertad (art. 17)?

Los argumentos cuya existencia evaluamos y, más tarde, esgrimimos para decidir en dicho sentido son, de forma resumida, que nos hallamos ante una urgencia que puede poner en peligro el pronóstico vital y/o funcional del paciente y, en segundo lugar, que la patología del paciente disminuye su capacidad de conocer y querer.

El ordenamiento jurídico vigente avala, bajo nuestro punto de vista, dicho enfoque. Así, recogemos entre la legislación estatal y comunitaria:

- Código Civil: El concepto de urgencia del Artículo 211 se aplica para definir aquellos casos en los que no cabe esperar para el ingreso por las razones que sean, con la consiguiente comunicación al Juez en un plazo no mayor a 24 horas.
- Ley General de Sanidad (14/1986 de 25 de Abril): Recoge en su Artículo 9, el derecho de los pacientes a negarse al tratamiento, siempre y cuando no concurra alguno de los casos señalados en el artículo 6. Artículo en el que se contemplan como excepciones a dicha negación: la falta de capacidad del paciente para tomar decisiones y la existencia de una urgencia que no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
- Carta de derechos y deberes del usuario del Insalud: En su articulado (art. 6) se recoge el derecho de información sobre los procedimientos y tratamientos practicados, así como el derecho a aceptarlos o rechazarlos, exceptuándose aquellos casos en que "la necesidad de una actuación médica urgente no lo permita".
- Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza (1989): Entre los derechos recogidos, el apartado h señala

el derecho a renunciar a diagnóstico, tratamiento o procedimiento siempre que el citado acto no afecte a la salud o seguridad pública. Apartado de redacción ambivalente, toda vez que podría interpretarse que el término "salud" se refiere o bien al paciente sujeto del derecho o bien a la colectividad.

No obstante, la citada disposición recoge entre las obligaciones de los pacientes (apartado d), la obligación de firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación de los métodos de tratamiento. Firma que, difícilmente, se puede obtener en aquellos pacientes que tienen total o parcialmente abolida la capacidad de gobernarse a sí mismos.

El amplio repertorio legal no ha logrado, sin embargo, que la problemática médico-legal del internamiento psiquiátrico involuntario decrezca. Así, Cabrera (1989) recoge, entre otros, los siguientes problemas:

- No existencia de infraestructura sanitaria y judicial necesarias para el cumplimiento de la Ley 13/83 de Reforma de Código Civil.
- Aumento desmesurado de denuncias a personal sanitario por supuestos delitos de coacción, amenazas, secuestros, etc.
- Dificultad notoria para solapar el concepto de Urgencia Psiquiátrica con el de Urgencia del Artículo 211.
- Delimitación de las responsabilidades civiles y penales de los profesionales de la psiquiatría y de la medicina en general, ante el ingreso psiquiátrico.
- Legalidad del empleo del uso de medidas presuntamente "de fuerza" como medicación, sujeción mecánica, etc.

Además del soporte legislativo, los autores de la especialidad de Urgencias recuerdan de forma taxativa que: "El médico de urgencias tiene la obligación de usar medidas de reanimación intensivas en casos de intentos de suicidio y debe inmovilizar y tratar a individuos en peligro inminente para sí o terceros, pese a que ello esté contra la voluntad del sujeto, en particular cuando se trata de individuos incompetentes, intoxicados o psicóticos" (Crimmins, 1993).

Hyman, señala que en ámbito de la urgencia psiquiátrica para considerar competente al paciente, éste debe:

- Reconocer la presencia de enfermedad.
- Comprender los riesgos, beneficios y alternativas al tratamiento.
- Ser capaz de razonar en cierta medida sobre esta información.

Más tarde, el mismo autor abunda en el sentido por el que cuando el retraso terapéutico pueda producir daño al paciente hay una excepción a la exigencia de obtener el consentimiento informado.

En el contexto laboral del centro coordinador, constatamos la existencia de un problema añadido. En efecto, nuestro trabajo, en muchas ocasiones, se limita a realizar una evacuación involuntaria y, más tarde, será el médico hospitalario quien tras la valoración especializada y la práctica de pruebas complementarias no practicable fuera del ámbito hospitalario, considerará si es preciso o no el ingreso involuntario. Para evitar posibles denuncias por delitos de coacción o secuestro, cuando no hay ingresos posteriores, intentamos que la puesta en contacto con el

médico de la puerta del hospital, previa al traslado, sea una garantía de ingreso u observación hospitalaria.

Llegados a este punto, analizaremos de forma pormenorizada los conflictos que encontramos en el abordaje de las urgencias psiquiátricas.

1) Paciente agitado y agresivo:

Conducta enmarcada, habitualmente, en cuadros psicóticos o brotes esquizofrénicos que al desarrollarse en pacientes con historia clínica generalmente conocida no suelen producir problemas a la hora de realizar un juicio diagnóstico telefónico. Excepción lógica serían aquellos cuadros incipientes, pacientes borderline o bien psicosis tóxicas en las que no es conocida o no es revelada por el comunicante la toma de sustancias.

La experiencia con la que a este respecto contamos en el centro coordinador nos señala que son cuadros con una puesta en escena muy aparente, habitualmente se desarrollan en lugares públicos y que, generalmente, para cuando la demanda llega a nuestro centro ya se han personado en el lugar otro tipo de instituciones sanitarias (Cruz Roja o DYA) y/o policiales.

La actuación del médico coordinador ante estos síndromes pasa por movilizar a un médico, además de medio de transporte por si el facultativo considera necesaria la evacuación, y solicitar acuda al lugar de los hechos una dotación policial. En general, se intenta organizar de tal forma que los tres recursos lleguen al lugar de forma conjunta, siendo el médico, en todo caso, quien acceda al paciente en primer lugar. En aquellos casos en que el paciente comprueba la llegada de una dotación policial es frecuente que aumente su agresividad e intente la huida del lugar.

Una vez abordado el paciente por el médico desplazado comienzan los problemas dado que, habitualmente, se niega a ser tratado. Recordemos que en la revisión realizada, los cuatro casos en que se llevaron a cabo ingresos involuntarios se debieron a pacientes agitados o agresivos.

Si el médico que se encuentra en el lugar así lo cree conveniente, una vez valoradas la historia clínica y el cuadro clínico actual, se procederá a realizar el traslado en ambulancia a un centro hospitalario. En aquellos casos en que el paciente se niegue y, siempre con el visto bueno del médico que acude al lugar, se procede al empleo de medidas de sujeción que permitan dicho traslado.

La colaboración de las fuerzas de seguridad en este tipo de casos es muchas veces necesaria y no hemos detectado reticencias de sus dotaciones para colaborar en los traslados posteriores.

Los cuadros psicóticos producen un déficit de libertad, determinando conductas en las que el paciente tiene disminuida o anulada su capacidad de elección, por lo que consideramos que ante un brote psicótico nos encontraríamos ante uno de los supuestos contemplados en el reiterado Artículo 211 del CC, así como ante un cuadro que precisa tratamiento urgente. Motivaciones, ambas, por las que se lleva a cabo el traslado involuntario del paciente a un hospital psiquiátrico.

2. Intoxicación por sustancias tóxicas con finalidad suicida.

Como ya hemos visto, es una demanda relativamente frecuente en nuestro trabajo cuya necesidad de ingreso urgente se define por dos aspectos. En primer lugar, por la necesidad de proceder al tratamiento de la intoxicación propiamente dicha y, en segundo lugar, porque un intento de suicidio debe ser valorado de forma urgente por un psiquiatra quien, entre otros aspectos, debe valorar la necesidad de proceder a su ingreso hospitalario.

El abordaje médico de una intoxicación debe hacerse en el contexto hospitalario ya que serán precisas medidas terapéuticas y procedimientos diagnósticos no accesibles de forma urgente, en el medio extrahospitalario.

En nuestro quehacer habitual, como ya se ha dicho antes, existen motivos administrativos y geográficos que nos van a obligar al empleo de ambulancias no medicalizadas para evacuar pacientes sin la presencia en el lugar de médico alguno. Medio por el que obtenemos la más precoz asistencia médica y hospitalaria en algunos puntos del territorio de Gipuzkoa.

En dichas situaciones, entendemos que el acto médico con su correspondiente historia clínica, diagnóstico y propuesta terapéutica la realiza telefónicamente el médico coordinador. Esta forma de desarrollo del acto médico nos ha creado, esporádicamente, ciertos problemas a la hora de ordenar una evacuación urgente de pacientes intoxicados que expresan verbalmente su oposición al traslado.

En efecto, tanto el personal de las ambulancias como dotaciones de las fuerzas de seguridad exigen la presencia de algún facultativo en el lugar para proceder a la evacuación contra la voluntad del paciente.

No creemos necesario señalar que nos encontramos, de nuevo, ante una situación de emergencia quizás, incluso, con un mayor peligro vital que en el caso del paciente agitado. Es por ello que se ha diseñado un documento de rápida cumplimentación por parte del médico coordinador en el que éste asume la realización de un acto médico y que está destinado a poner en conocimiento del superior jerárquico de las fuerzas de seguridad presentes en el lugar, por un lado la gravedad del caso y por otro lado, la posible limitación de la capacidad cognoscitiva y volitiva del paciente. (Anexo 1).

Siempre nos queda el recurso de poner en conocimiento del Juzgado de guardia la problemática existente, para que el Juez dicte una orden judicial, si lo cree pertinente, y proceder al ingreso involuntario del paciente. No obstante, creemos que dicho procedimiento estaría indicado para situaciones no urgentes en las que el factor tiempo no corre en contra del pronóstico del paciente. La legislación nos proporciona unas bases sobre las que con un juicio diagnóstico sólido, la posibilidad cierta de un tratamiento eficaz y de rápida aplicación y, por último, la posible prevención de complicaciones que ensombrezcan el pronóstico del enfermo mental, no debemos temer a la gestión racional del internamiento involuntario.

BIBLIOGRAFÍA

- CABRERA, J. "Aspectos médico legales del ingreso del enfermo mental en el hospital psiquiátrico". *Phronesis*, vol. 10, n^o 3. 1989.
- CABRERA, J., FUERTES, J.C. "Urgencias Psiquiátricas. Aspectos Psiquiátrico-Forenses". En: *Psiquiatría y Derecho*. Ed. Arán. Madrid. 1990.
- *Código Civil*. Ed. Tecnos. 8^a Ed. Madrid. 1989.
- CRIMMINS, T.J. "Ética de la reanimación". En: *Medicina de Urgencias*. Tintinalli, J.E y cols. Ed. Interamericana-McGraw-Hill. México. 1993.
- DAVIDHIZAR, R.E., VEHLAGE, D.F. *Urgencias telefónicas*. JANO. Vol. XXXV, n^o 834. Madrid. 1988.
- Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza. BOPV n^o 149 de 4 de Agosto de 1989.
- *DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson. Barcelona. 1995.
- HYMAN, S.E. "Cuestiones Legales". En: *Urgencias Psiquiátricas*. Ed. Salvat. Barcelona.
- *Ley General de Sanidad*. (Ley 14/1986 de 25 de Abril). Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ed. Anotada. Madrid. 1991.
- Reunión de Médicos Coordinadores. Documento final. Santiago de Compostela. 1995.
- VILLALAIN, J.D., CABELLO, M. "Estudio médico legal de la asistencia de urgencia". En: *Manual de urgencias Médicas*. Ed: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1987.

ANEXO 1



Osakidetza
Servicio vasco de salud

Gipuzkoako Premiazko Larraide Unitatea
Unidad Territorial de Emergencias de Gipuzkoa

Donostia a de de 199

El abajo firmante D/Dña
médico coordinador de la Unidad Territorial de Emergencias de Gipuzkoa, tras haber
atendido y valorado telefónicamente el proceso que, en el día de hoy, presenta el/la
paciente D/Dña, considera
necesaria la evacuación de dicho paciente al Hospital
para su evaluación e ingreso si así se decidiese por parte de los médicos del citado centro
hospitalario.

La patología que presenta el citado paciente se considera como una urgencia
y/o emergencia siendo, asimismo, incompatible con el mantenimiento de la capacidad
cognoscitiva y volitiva que permitiera la decisión libre y voluntaria del paciente respecto a
su evacuación y/o ingreso.

El presente documento no exige la posterior comunicación al Juzgado de
Guardia del citado traslado. Lo que se comunica para su conocimiento y para que sean
adoptadas las medidas preventivas y activas que crea necesarias para garantizar el
reiterado traslado.

Fdo: Médico Coordinador

..... N° col

