



PROTOCOLO DE AGITACIÓN EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ÁLAVA. BASES TEÓRICAS FUNDAMENTALES

Edorta Elizagarate Zabala, Pedro Sanchez Gómez, Amaia Ortiz de Zarate San Agustín, Aitziber Ubis González, Maria Angeles Ruiz de Azua Velasco.

edorta.elizagaratezabala@osakidetza.eus

LA DEFINICIÓN DE LA AGITACIÓN ASOCIADA A LA ENFERMEDAD MENTAL

La agitación psicomotora asociada a la enfermedad mental representa un fenómeno relativamente frecuente entre los pacientes hospitalizados en las distintas unidades de los Hospitales Psiquiátricos y Áreas de Rehabilitación.

Lindenmayer propuso cuatro características que suelen estar presentes en los pacientes agitados: a) inquietud con una actividad motora excesiva o semi-intencionada, b) irritabilidad, c) sensibilidad aumentada a estímulos externos e internos y d) curso clínico inestable (Lindenmayer, 2000)

La clasificación DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría define la agitación como una actividad motora excesiva asociada a un sentimiento de tensión interior. La actividad suele ser no productiva, es repetitiva y consiste en conductas tales como pasearse sin rumbo, permanecer o moverse inquieto, retorcerse las manos, tirar de la vestimenta o incapacidad para permanecer sentado (APA, 2013). Incluso aunque la agresión o la violencia no sean componentes nucleares del concepto de agitación, una progresión en la gravedad de la misma puede conducir a comportamientos agresivos y violentos.

Resumiendo, se puede afirmar que los síntomas nucleares de la agitación asociada a la enfermedad mental son:

- Actividad motora o verbal excesiva e inapropiada.
- Irritabilidad.
- Actividad psicomotora sin o con pobre organización.
- Reactividad exagerada a estímulos internos y externos.
- Baja cooperación.

La agitación en psiquiatría está asociada con cuadros muy heterogéneos que incluyen a la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los trastornos de personalidad, el trastorno de ansiedad generalizada o los trastornos depresivos, así como los trastornos por uso de sustancias incluida la intoxicación.

No obstante, la agitación es un síndrome que obedece a numerosas causas, no solamente circunscritas a la enfermedad mental. En muchas ocasiones, además, tiene un origen

**PROTOCOLO DE AGITACIÓN EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL
HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ÁLAVA. BASES TEÓRICAS
FUNDAMENTALES**

multifactorial. En la tabla I se resumen las causas psiquiátricas y no psiquiátricas de los estados de agitación en Medicina (WPSBP, 2016).

Tabla I: condiciones médicas y psiquiátricas condicionantes de agitación.

Condición médica general TCE	Intoxicación / abstinencia Alcohol	Trastorno mental Trastornos psicóticos
Encefalitis, meningitis u otro proceso infeccioso	Otras drogas	Manía y estados mixtos
Encefalopatía por fracaso renal o hepático Toxinas ambientales		Depresión agitada Trastornos de ansiedad
Alteraciones metabólicas		Trastornos de personalidad
Hipoxia		Trastornos adaptativos
Trastornos endocrinos		Trastornos del espectro autista
Epilepsia		Discapacidad intelectual
Niveles tóxicos de medicación		

En un apartado diferenciado, debemos incluir otros procesos en los que la agitación también puede aparecer en nuestros hospitales como son los trastornos neurocognitivos y cualquier proceso médico que comprometa la función cerebral generando un cuadro confusional (Delirium).

LA AGITACIÓN COMO UN FENÓMENO DIMENSIONAL Y DE CURSO CLÍNICO INESTABLE

La descripción psicopatológica de la agitación asociada a la enfermedad mental debe destacar dos puntos fundamentales. El primero es que la agitación es un fenómeno dimensional y nunca categórico. Los pacientes no llegan a un estado de franca agresividad de la nada. Se da un proceso de incremento en los niveles de inquietud y pérdida de control e inhibición de la propia conducta que parte de los niveles más leves prácticamente imperceptibles para un observador externo a los estadios más extremos de agresividad y hasta violencia. Este proceso es variable en cuanto a su duración: en algunos casos tarda minutos pero lo más frecuente es que se prolongue a lo largo de horas y, ocasionalmente, días.

La otra característica es la impredecibilidad e inestabilidad de su curso clínico. No hay sistema predictivo que permita estimar hasta qué grado de gravedad va a llegar cada paciente en concreto o la duración del proceso de agitación. No obstante, cada paciente tiende a reproducir el mismo patrón de agitación por lo que el conocimiento de su comportamiento en el pasado,

PROTOCOLO DE AGITACIÓN EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ÁLAVA. BASES TEÓRICAS FUNDAMENTALES

puede ayudar a predecir con mayor precisión las características de futuros episodios de agitación.

EL COMPORTAMIENTO VIOLENTO EN EL PACIENTE AGITADO

La agitación es un proceso dinámico que puede escalar rápidamente de un estado de ansiedad a un comportamiento agresivo y hasta violento. Sin embargo, hay que subrayar que violencia y agresividad no son sinónimos de agitación. Violencia y agitación son los extremos más graves del espectro de comportamientos por el que entendemos *agitación* en el ser humano. Ni siquiera son, necesariamente, el extremo al que llega todo paciente en estado de agitación. Numerosos casos de agitación remiten espontáneamente sin culminar en conductas violentas o agresivas.

Poder evitar la aparición de violencia en una unidad depende de la identificación temprana de individuos en riesgo de protagonizar conductas de agitación en escalada (WPSBP, 2016).

Algunos autores (Kasper y cols, 2013) han definido algunos signos de alarma que preceden a una conducta violenta: humor caracterizado por la hostilidad, expresión facial de tensión y agresividad, volumen del habla aumentado, movimientos bruscos, disminución en la distancia corporal, amenazas verbales, contacto visual prolongado y daño físico.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos plasmados en la literatura médica por identificar signos centinela de la aparición de un proceso de agitación, siguen produciéndose numerosos casos en los que la conducta violenta sucede sin ningún signo de alarma. La agitación acompañada de agresividad o violencia es una de las situaciones de urgencia psiquiátrica más graves:

A.- En primer lugar porque el paciente acabará protagonizando daños y lesiones a sí mismo, a objetos, a otros pacientes o al personal sanitario. Estos daños, psicológicos y físicos, pueden ser muy graves.

B.-En segundo lugar porque los cambios fisiológicos que se producen en el organismo de la persona agitada, en asociación con factores internos ligados a una vulnerabilidad general y con otros externos como podría ser la exposición a tóxicos, pueden conducir a una persona a su fallecimiento inesperado por diversas causas (ver tabla II).

C.-En tercer lugar porque las medidas empleadas para contener al paciente agitado agresivo (como son la reducción física y su contención mecánica) añaden aún mayor riesgo para que se produzcan acontecimientos fatales en una persona que, como se acaba de señalar, ya se encuentra en situación de riesgo.

**PROTOCOLO DE AGITACIÓN EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL
HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ÁLAVA. BASES TEÓRICAS
FUNDAMENTALES**

Tabla II: Factores asociados a un fallecimiento inesperado en personas en estado de agitación.

Enfermedades pre-existentes.
Cardiomiopatía asociada al estrés.
Asfixia posicional: restricciones en posiciones de prono, supino u otras.
Hiperestimulación catecolaminérgica asociada al estrés.
Deshidratación, alteraciones metabólicas / hidroelectrolíticas.
Intoxicación por alcohol, drogas, especialmente cocaína con conductas erráticas/violentas.
Síndrome confusional agitado.
Extenuación ligada a acetosis.
Fracaso renal por rabdomiolisis masiva.
Enfermedad tromboembólica.

EL AISLAMIENTO, LA CONTENCIÓN Y LA RESTRICCIÓN MECÁNICA DEL PACIENTE AGITADO

En las situaciones más graves y extremas de agresividad o violencia en la persona agitada, la reducción física, la contención mecánica y la restricción física del paciente durante períodos de duración variable se pueden convertir en el único remedio posible. En estas situaciones extremas y urgentes, en cuestión de segundos se pueden generar consecuencias peligrosas hacia el propio paciente, hacia su entorno o hacia el personal sanitario.

Una vez producidas estas situaciones excepcionales, las medidas de desescalada verbal o farmacológicas pueden ser insuficientes por ser ya imposible el diálogo con el paciente o porque, como en el caso de las farmacológicas, tardan un tiempo en hacer un efecto que es demasiado prolongado para la necesidad de una solución inmediata.

La morbimortalidad de las personas que permanecen en situación en contención física no es despreciable. El Instituto de Medicina Forense de Munich estudió casos de personas fallecidas en esta circunstancia. Las causas de muerte más frecuentes fueron la estrangulación, la compresión torácica y la posición de la cabeza *colgada* hacia abajo. Lo más importante fue el hecho observado que en la mayoría de los casos de estas personas fallecidas las sujeciones estaban incorrectamente ajustadas (Berzlanovich, 2012). Un estudio realizado por la FDA (1992) citó las circunstancias más frecuentes de aparición de efectos adversos en las personas en contención mecánica Tabla III.

**PROTOCOLO DE AGITACIÓN EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL
HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ÁLAVA. BASES TEÓRICAS
FUNDAMENTALES**

Tabla III: Circunstancias de la aparición de efectos adversos durante la contención mecánica.

Uso incorrecto del instrumental.
Empleo en pacientes no apropiados.
Aplicación incorrecta.
Monitorización insuficiente o inadecuada del paciente inmovilizado.

No se debe olvidar bajo ninguna circunstancia que el paciente que ha sido sometido a una reducción y posteriormente permanece en situación de contención mecánica se halla en una situación de elevado riesgo médico. En la tabla IV se resume la morbi-mortalidad más frecuente asociada a la contención mecánica (adaptado de Mohr, 2003).

Tabla IV: Morbi-mortalidad asociada a la contención mecánica.

Asfixia por restricción.
Deshidratación.
Muerte por aspiración/ahogamiento.
Traumatismo torácico cerrado.
Descarga catecolaminérgica.
Lesiones cutáneas, abrasiones y hematomas.
Parada cardíaca/muerte súbita.
Yatrogenia farmacológica.
Rabdomiolisis.
Lesiones óseo-articulares.
Tromboembolismo.
Secuelas psicológicas.

Pero además hay circunstancias que elevan este riesgo y que deben ser tenidas en cuenta a la hora de planificar los cuidados de enfermería y médicos de estos pacientes. La tabla V presenta algunos de estos factores de riesgo.

Tabla V: Factores de riesgo para la aparición de eventos fatales durante la reducción y contención del paciente agitado.

Medicaciones depresoras del SNC (sobresedación).
Combinaciones de fármacos psicotrópicos.
Uso endovenoso de antipsicóticos y benzodiazepinas.
Empleo de toallas, sábanas, etc. que cubran la cara.
Contenciones en decúbito prono.
Reducciones con violencia física sobre el tórax.
Obesidad (IMC>30).
Hiperestimulación catecolaminérgica (hiperactividad, agitación grave, hipertermia, estrés psicológico, uso de sustancias de abuso, etc.)
Edad avanzada.
Enfermedades preexistentes.

PROTOCOLO DE AGITACIÓN EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ÁLAVA. BASES TEÓRICAS FUNDAMENTALES

Sin embargo no se debe ignorar que reducir físicamente a una persona y contenerle en una cama es una medida que siempre se realiza en contra de su voluntad. Estas medidas coercitivas merman la dignidad de las personas objeto de las mismas, en algunos casos les obligan a re-experimentar experiencias traumáticas vividas en el pasado. Adicionalmente los pacientes experimentan un estado de malestar emocional y psíquico cuando son sometidos a estas condiciones y en los relatos de los propios pacientes sobre las emociones experimentadas en situación de contención mecánica se describen sentimientos de humillación, miedo, deshumanización, aislamiento y temor a ser ignorado. Suponen situaciones psicológicamente traumatizantes que dejan una huella en estas personas y que condicionarán de manera definitiva la relación con los equipos sanitarios que mantengan en el futuro.

En consecuencia siempre deben ser consideradas como una intervención terapéutica absolutamente excepcional, realizada en contra de la voluntad del paciente, asociadas a numerosos riesgos psicológicos y médicos y que solo deben ser aplicadas cuando ninguna otra solución menos lesiva es posible y la necesidad de una intervención eficaz y rápida se sitúa por encima de cualquier otra consideración.

Pero las consecuencias negativas no se circunscriben al paciente que protagoniza el episodio de agitación con violencia. Se genera un clima de temor y desconfianza entre el resto de pacientes hospitalizados, mermando las posibilidades terapéuticas de la hospitalización psiquiátrica.

A la hora de considerar la contención mecánica no deben olvidarse las medidas de aislamiento. Por aislamiento se entiende toda reclusión del paciente en un espacio cerrado, involuntaria y con limitación para la salida del mismo. En la literatura médica procedente del ámbito penitenciario se describen las graves consecuencias psicológicas derivadas del aislamiento social de presos durante largos períodos de tiempo. Obviamente en el ámbito de nuestros hospitales no se dan las penosas circunstancias de los aislamientos prolongados practicados en centros penitenciarios de ciertos países. Pero de estas experiencias se deben derivar conclusiones para este protocolo que impidan la aparición de consecuencias tan nefastas en pacientes que tengan que ser reclusos en espacios cerrados.

Los riesgos del aislamiento de pacientes agitados en espacios reducidos vienen definidos en la tabla VI.

PROTOCOLO DE AGITACIÓN EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ÁLAVA. BASES TEÓRICAS FUNDAMENTALES

Tabla VI: Riesgos de las medidas de aislamiento en pacientes agitados.

Dificultades para pedir ayuda/retraso en la administración de la misma.
Retraso por el personal sanitario para la detección de un problema sobrevenido.
Autolesiones.
Problemas de salud sobrevenidos durante el aislamiento.
Efectos psicológicos perjudiciales sobre las personas, agravando trastornos preexistentes o induciendo otros nuevos.

También el personal sanitario se ve afectado. Son frecuentes las lesiones traumatológicas ocasionadas por la conducta violenta del paciente contra ellos, y las derivadas del proceso de reducción física y contención mecánica. Más preocupantes son las consecuencias psicológicas en el personal sanitario. Estos episodios suelen precipitar emociones mixtas y en ocasiones ambivalentes: ira, miedo, culpa, desesperanza que tienen como consecuencia fenómenos de desgaste profesional (*burn-out*) y modifican negativamente el clima terapéutico y la relación interpersonal con el propio paciente.

No debe olvidarse dos principios claves en relación con el empleo de medidas coercitivas para el manejo de la agresividad en el paciente agitado. El primero es considerar una mala praxis el empleo de estas medidas extraordinarias cuando el problema puede ser resuelto con medidas más amables. La segunda es que no recurrir a una reducción física y su contención mecánica cuando cualquier otra medida es ineficaz también acaba resultando en una mala praxis ya que las consecuencias finales de una agitación descontrolada suelen ser graves y, ocasionalmente, fatales.

Vivimos en estos momentos un cambio de visión de la sociedad en relación con el empleo de la coerción física en el paciente con enfermedad mental agitado. Los métodos coercitivos empleados en las unidades de hospitalización psiquiátrica son cada vez más cuestionados por distintos grupos sociales. En los países económicamente más desarrollados se van poniendo en marcha medidas encaminadas a conseguir el objetivo de "*Cero contenciones*". Esto incluye medidas de personal, entrenamiento del mismo, generación de protocolos de agitación y revisión de los protocolos farmacológicos. Por otro lado en numerosos países de la Unión Europea se han iniciado medidas legales que tratan de restringir y limitar la práctica de estas medidas en las unidades psiquiátricas.

ASPECTOS ÉTICOS DEL ABORDAJE DE LA AGITACIÓN ASOCIADA A LA ENFERMEDAD MENTAL

En muchas ocasiones el abordaje de la agitación en sus casos más extremos exige la reducción física del paciente y su contención mecánica. Esto supone una colisión ética entre el principio de Autonomía (se limita la libertad de una persona en contra de su voluntad) y el de

PROTOCOLO DE AGITACIÓN EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ÁLAVA. BASES TEÓRICAS FUNDAMENTALES

Beneficiencia (existe un deseo bienintencionado por parte del equipo terapéutico de proteger al paciente, su entorno y del propio personal en una situación extrema en la esta seguridad está comprometida) (CEAS, 2010).

Ni que decir tiene que la aplicación de una reducción física o una contención mecánica sin que concurriera esta situación extrema de compromiso de la seguridad del paciente, de su entorno o del personal sanitario vulneraría sin lugar a dudas el principio de no maleficencia (CEAS, 2010).

El desarrollo de este protocolo, así como las medidas recomendadas para su puesta en marcha, tratan de abordar este conflicto ético, con la intención de minimizar los riesgos para el paciente, sus posibles consecuencias legales, así como de respetar al máximo posible su autonomía. Restringir la libertad del paciente solo es aceptable cuando el beneficio para el paciente supere ampliamente el perjuicio que esta limitación le pudiera causar (Autonomía frente a Beneficiencia).

Tal y como detalla el grupo del Hospital Clínico San Carlos (CEAS, 2010), para que una reducción y contención de un paciente agitado sea admisible desde un punto de vista ético debe cumplir los siguientes requisitos:

- Que se respeten en los procedimientos la dignidad del paciente, su privacidad y haya una adecuación de medios físicos y humanos.
- Que los familiares o representantes del paciente sean informados del procedimiento y, a ser posible, con carácter previo al mismo.
- Que la contención mecánica no se prolongue más allá de lo necesario.
- Que se ajuste a un protocolo establecido en el Hospital Psiquiátrico de Álava.

ASPECTOS LEGALES DEL ABORDAJE DE LA AGITACIÓN ASOCIADA A LA ENFERMEDAD MENTAL

No existe regulación legal en el ordenamiento jurídico español que legisle de manera específica la reducción y contención involuntaria de personas con enfermedad mental. Para entender el marco jurídico en el que esta intervención extraordinaria debe desarrollarse hay que recurrir a lo que regula para el internamiento involuntario el artículo 211 del Código Civil y el 763 de la Ley 1/2000 de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil.

Se entiende que toda medida de reducción física y contención mecánica se realiza en contra de la voluntad del paciente y que es realizada de manera excepcional e ineludible porque cualquier medida menos lesiva ha fallado o es inviable. Por ello no tiene sentido solicitar consentimiento al paciente para el inicio de este procedimiento.

PROTOCOLO DE AGITACIÓN EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ÁLAVA. BASES TEÓRICAS FUNDAMENTALES

A.- Paciente ingresado involuntariamente con autorización judicial. En el caso de una reducción o contención mecánica en un paciente que está ingresado involuntariamente, el procedimiento legal se encuentra recogido en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Este precepto establece que el internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, requerirá autorización judicial aunque esté sometida a la patria potestad o tutela. Las autorizaciones de internamiento emitidas por el juzgado competente comprenden todas las intervenciones terapéuticas aceptadas por la Lex Artis para cada situación clínica concreta. En este caso, asumiendo que se dan las condiciones delimitadas en el apartado sobre las consideraciones éticas, no es necesario solicitar una autorización adicional al juzgado que autorizó el internamiento no voluntario.

B.- Paciente hospitalizado de manera voluntaria. Se entiende que toda situación por la que un paciente es reducido físicamente y contenido mecánicamente en una cama es realizada contrariamente a la voluntad del mismo. Esto se aplica a cualquier otra medida que suponga una limitación de movimientos y de la autonomía del paciente. Ello convierte de manera automática el internamiento voluntario en involuntario. En esta situación se debe dar cuenta **siempre** al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, en el plazo máximo de 24 horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de esta medida. Esta autorización judicial deberá efectuarse en un plazo máximo de 72 horas desde que llegue a conocimiento del juzgado competente.

INFORMACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA

La información clínica es parte indispensable de todas las actuaciones asistenciales. Por ello ante una indicación médica de realizar una reducción física o contención mecánica es preceptivo informar al paciente de este procedimiento, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión. Esto incluye también a las personas incapacitadas y a los menores de edad (CEAS, 2010).

En las situaciones en las que, a juicio del clínico, el paciente carece de la capacidad para comprender la información en base a su estado mental, o de manera excepcional proporcionar dicha información pudiera suponer un agravamiento del estado mental del mismo, esta información deberá ser comunicada a las personas vinculadas al paciente ya sea por lazos familiares o por ser sus representantes legales (artículos 4 y 5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

En el caso de no existir familiares, acompañantes o representantes legales, el profesional adoptará las medidas necesarias acordes con la Lex Artis (CEAS, 2010).

PROTOCOLO DE AGITACIÓN EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ÁLAVA. BASES TEÓRICAS FUNDAMENTALES

Es responsabilidad del médico prescriptor de la medida de contención la tarea de proporcionar información sobre la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias del procedimiento (CEAS, 2010).

De elección, la información se facilitará con carácter previo a la adopción de la intervención, siempre que las condiciones clínicas lo permitan y durante el tiempo en que se mantenga la misma (CEAS, 2010).

PRESUPUESTOS QUE HAN GUIADO LA CONFECCIÓN DE ESTE PROTOCOLO

Mediante la confección de este protocolo se intenta implantar en nuestro Hospital una política de *cero contenciones*. Aunque se asume que es materialmente imposible conseguir este objetivo, se entiende que con una mejora de las prácticas realizadas con el paciente agitado se conseguirá reducir el número de contenciones, aislamientos y cualquier incidente asociado a los mismos.

Los objetivos primarios que se pretende conseguir con esta guía son los siguientes:

- Reducir el número de reducciones, contenciones y aislamientos practicados en el Hospital Psiquiátrico de Álava.
- Reducir la morbi-mortalidad asociada a la agitación en la enfermedad mental y a su manejo.
- Procurar un trato humano y respetuoso con los derechos individuales de los pacientes.
- Reducir los incidentes y accidentes sufridos por el personal sanitario encargado del manejo de estos pacientes.
- Generar una sensación de seguridad y control entre el personal sanitario que permita una atmósfera terapéutica positiva.

Los presupuestos teóricos sobre el fenómeno de la agitación en el paciente con enfermedad mental y que han orientado el desarrollo de este protocolo son:

- La agitación como un fenómeno dimensional y no categórico.
- El reconocimiento precoz mediante medidas estandarizadas.
- Gradación de las intervenciones con preferencia por las menos restrictivas.
- Las intervenciones farmacológicas deben primar el principio de *calmar* sobre el de *sedar*.

PROTOCOLO DE AGITACIÓN EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ÁLAVA. BASES TEÓRICAS FUNDAMENTALES

MEDIDAS COADYUVANTES A LA APLICACIÓN DE ESTE PROTOCOLO

Revaluación anual del protocolo de agitación asociada a enfermedad mental

Este protocolo tiene como finalidad principal conseguir los objetivos descritos en el anterior apartado. Por ello tiene carácter provisional y será modificado periódicamente para optimizarlo de cara a la consecución de los objetivos.

Las futuras modificaciones serán realizadas en intervalos anuales. La información que facilitará estas modificaciones y la mejora de las futuras versiones del protocolo procederá de:

- Evolución de los indicadores de los objetivos primarios.
- Información cualitativa procedente del personal sanitario, de los responsables de las unidades de enfermería del hospital y de miembros de las Unidades de Gestión Sanitaria de apoyo

Aplicación y supervisión de la implementación del protocolo

Para evitar que el paso del tiempo y el recambio de personal en las unidades contribuyan a que se relaje la aplicación de este protocolo, se proponen las medidas siguientes:

- Los responsables de enfermería y médicos de cada unidad vigilarán la correcta aplicación del protocolo, detectarán desviaciones del mismo y corregirán aquellas que se detecten.
- El jefe de servicio ejercerá esa misma función para los períodos en los que el médico responsable del hospital sea el médico de guardia en exclusiva.
- Miembros de la UGS revisarán aleatoriamente situaciones de agitación en todas las unidades, auditarán las actuaciones y propondrán medidas de corrección al equipo cuando se hayan detectado desviaciones.
- En situaciones de agitación grave se realizarán reuniones de equipo con los responsables, miembros de la unidad y de la UGS para analizar las actuaciones correctas e incorrectas que condujeron a un desenlace positivo o no.
- Se recomienda la presencia de gráficas con la evolución de los indicadores en cada control de enfermería para que esta información actúe como elemento de retrolimentación en los equipos terapéuticos.
- Se recomienda la generación de una aplicación informática que permita obtener el listado de pacientes del hospital en protocolo de agitación, su clasificación en orden de gravedad y la localización de los mismos. Esta información será proporcionada a cada médico y supervisora de guardia en el momento de inicio de sus turnos respectivos.

Formación

La formación en las distintas intervenciones que propone este protocolo para el paciente agitado es una imprescindible para todo el personal sanitario que trabaja en el Hospital.

Para ello se proponen las siguientes medidas:

PROTOCOLO DE AGITACIÓN EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ÁLAVA. BASES TEÓRICAS FUNDAMENTALES

- Certificación de todo el personal sanitario (médicos, enfermeras y auxiliar de enfermería) que trabaja regularmente en el Hospital para todos los apartados de este protocolo.
- Certificación de la misma formación para todo personal nuevo o eventual que comienza a trabajar en este hospital.
- Las supervisoras de cada unidad verificarán que todo el personal que trabaja en las unidades de las que son responsables esté certificado, pertenezca a la plantilla fija o sea de nueva incorporación.
- El jefe de servicio verificará que los médicos que trabajan en el Hospital Psiquiátrico de Álava o aquellos que realizan guardias en el mismo estén igualmente certificados. Sean de plantilla fija o de reciente incorporación.
- Para el apartado del procedimiento de reducción física y el de contención mecánica será necesaria una recertificación con carácter bianual.

Las áreas en las que es necesaria la formación son:

- Aplicación del protocolo (clasificación correcta de los pacientes en estado de agitación e intervenciones terapéuticas correspondientes).
- Escala PEC.
- Proceso de desescalada verbal.
- Reducción física y contención mecánica.
- Intervenciones farmacológicas de la agitación.

Características arquitectónicas de las unidades y vigilancia de los espacios

En cada unidad de enfermería, y exclusivamente dentro de ella, se recomiendan las siguientes medidas:

- Todos los espacios habitados por pacientes deben ser controlados visualmente en cada momento mediante:
 - Controles de enfermería con acceso visual a estos espacios.
 - Cámaras y monitores.
 - Presencia física de personal sanitario.
- Los espacios donde permanezcan los pacientes en protocolo de agitación deberán tener una vía de entrada y otra de salida y situadas en localizaciones opuestas.
- Deberán evitarse espacios pequeños, mal vigilados y de difícil acceso.

**PROTOCOLO DE AGITACIÓN EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL
HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ÁLAVA. BASES TEÓRICAS
FUNDAMENTALES**

BIBLIOGRAFIA

1. APA (American Psychiatric Association). 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition. Washington (DC): American Psychiatric Publishing. Available from: <http://dsm.psychiatryonline.org//book.aspx?doi/10.1176/appi.books.9780890425596.893619>.
2. Berzlanovich AM et al. Deutsches Ärzteblatt International. 2012; 109.
3. CEAS (Comité de ética para la asistencia sanitaria del Hospital Clínico San Carlos). Protocolo de Contención de Movimientos de Pacientes. Madrid, 2010.
4. Food and Drug Administration. FDA safety alert: Potential hazards with restraint devices. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services. 1992.
5. Kasper S, Baranyi A, Eisenburger P, Erfurth A, Ertl M, Frey R, et al. 2013. Die Behandlung der Agitation beim psychiatrischen Notfall. Konsensus-Statement - State of the art 2013. Clin Neuropsychol Sonderausgabe.
6. Lindenmayer JP. 2000. The pathophysiology of agitation. J Clin Psychiatr. 61 (Suppl 1):5-10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11154018>.
7. Mohr WK. Canadian J Psychiatry; 2003;48:330-7.
8. WFSBP. Garriga M et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. The World Journal of Biological Psychiatry, 2016. Vol. 17, no. 2, 86-128.