



## **PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO**

Amaia Ortiz de Zarate San Agustín, Aitziber Ibis González, María Ángeles Ruiz de Azua Velasco, Pedro Sánchez Gómez, Edorta Elizagarate Zabala.

[mariaamaya.ortizdezaratesanagustin@osakidetza.eus](mailto:mariaamaya.ortizdezaratesanagustin@osakidetza.eus)

La agitación psicomotora asociada a la enfermedad mental representa un fenómeno relativamente frecuente entre los pacientes hospitalizados, es por ello que el personal de enfermería que atiende a estos pacientes debe estar no solo familiarizado con el **Protocolo de atención** al paciente agitado sino que debe estar certificado en la aplicación del mismo, lo que incluye la **evaluación del grado de agitación**, el uso de las intervenciones en el paciente agitado de acuerdo con la gravedad de su estado de agitación: **técnicas de desescalada verbal** y otras **medidas de distracción** y las **medidas de contención física** en caso de que las intervenciones previas no hayan sido efectivas.

### **EVALUACIÓN DE LA AGITACIÓN**

Será responsabilidad de la enfermera referente del paciente.

Existen diferentes instrumentos de valoración que permiten determinar el nivel de agitación del paciente. Se ha seleccionado como herramienta a utilizar en la Red de Salud Mental de Araba la escala de *Síntomas Positivos y Negativos, Componente de Excitación (PEC)* (anexo I).

Se ha determinado que todos los pacientes han de ser evaluados:

1. Como parte de la Valoración inicial de enfermería en el momento del ingreso.
2. Ante cualquier signo conductual precoz de agitación:
  - Actividad motora o verbal excesiva e inapropiada.
  - Irritabilidad.
  - Actividad psicomotora sin o con pobre organización.
  - Reactividad exagerada frente a estímulos internos o externos.
  - Baja cooperación.

Cambios en relación con su patrón habitual de comportamiento.

Se considerará que un paciente ha entrado en un estado de agitación cuando la evaluación mediante la escala PEC arroje una puntuación superior a 10 puntos. En ese momento se pondrá en marcha el protocolo de agitación.

Una vez iniciado el protocolo de agitación, se realizará una nueva evaluación mediante la escala PEC en cada turno y siempre que la situación del paciente lo requiera. La evaluación continuada cesará cuando en alguna de las evaluaciones arroje una puntuación igual o inferior a 10, evaluándose en este momento la continuidad del protocolo de agitación.

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

Es importante descartar factores secundarios a procesos médicos o por intoxicaciones por drogas o fármacos que estén detrás de cualquier proceso de agitación:

1. Cambios en las constantes vitales o funciones vegetativas.
2. Oscilaciones en el nivel de conciencia o capacidades atencionales.
3. Conocimiento, sospecha o urinocontrol positivo de drogas de abuso o fármacos.
4. Quejas subjetivas por el paciente de dolor o cualquier disfunción fisiológica.

Ante la mínima sospecha de la presencia de estos signos y síntomas, el médico responsable debe ser avisado inmediatamente para avanzar en el diagnóstico diferencial.

### Clasificación de la gravedad de la agitación

En función de la puntuación de la escala PEC que en cada turno se obtenga, los pacientes en estado de agitación serán clasificados según su gravedad en las categorías definidas en la tabla I.

**Tabla I: Clasificación de la gravedad de la agitación**

Gravedad de la agitación	Puntuación escala PEC	Datos adicionales
Cuestionable	5-10	
Leve	11-15	
Moderada	16-20	
Moderadamente grave	20-25	
Grave	26-30	o ítem "control de impulsos" $\geq 4^*$
Extremadamente grave	30-35	

\*Dada la estrecha relación entre el déficit de control de impulsos y la posibilidad del paso al acto, se ha determinado que una puntuación superior a 4 en este ítem debe ser considerada como agitación grave e instaurarse las medidas pertinentes

### INTERVENCIONES EN EL PACIENTE AGITADO DE ACUERDO CON LA GRAVEDAD DE SU ESTADO DE AGITACIÓN

Las intervenciones terapéuticas destinadas a controlar la agitación vienen marcadas por el **principio de gradación de las intervenciones con preferencia por las menos coercitivas**.

Antes de escoger la intervención hay que plantearse si se han aplicado o son aplicables las intervenciones menos invasivas. En este sentido cada nivel de gravedad incluye como primera opción *"todas las anteriores"* para destacar que se intente aplicar primero las opciones menos coercitivas.

#### Agitación leve

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

- Informar al psiquiatra de la activación del protocolo de agitación.
- Control visual continuo.
- Implementar **medidas de distracción** (ver anexo II).
- Valorar la necesidad de presencia del personal de enfermería "cerca sin estar al lado"\*.
- Evaluar idoneidad de la salida\*\*.
- Valorar inicio de técnicas de **desactivación verbal** (ver anexo III)
- Valorar la necesidad de presencia/paseo de los vigilantes de seguridad por la unidad de forma periódica.

\* Implica un aumento de la supervisión pero respetando la necesidad de mayor espacio interpersonal del paciente.

\*\* En caso de paciente con ingreso voluntario la supresión de las salidas sin acuerdo con el paciente implicaría avisar al psiquiatra de guardia para tramitar el ingreso involuntario.

### Agitación moderada

- Informar al médico de guardia de la activación del protocolo de agitación y valorar presencia del mismo en función del estado o características del paciente.
- Valorar acompañamiento de personal de enfermería e implementar medidas de distracción (ver anexo II).
- Iniciar técnicas de desactivación verbal (ver anexo III).
- Facilitar espacios con disminución de estímulos:
  - Sala de visitas o zonas comunes (salas de terapia).
  - Abrir la habitación.
- Tratamiento farmacológico:
  - Valorar adelantar medicación de la siguiente toma.
  - Administrar medicación pautada como "*si precisa*".
  - Nueva medicación pautada por el psiquiatra de guardia.
- Evaluar la idoneidad de salidas y/o visitas\*.
- Avisar a familiares.
- Valorar presencia/paseo de los vigilantes de seguridad por la unidad de forma periódica.

\* En caso de paciente con ingreso voluntario la supresión de las salidas sin acuerdo con el paciente, implicaría avisar al psiquiatra de guardia para tramitar el ingreso involuntario.

### Agitación moderadamente grave

- Todo lo anterior y además:
- Valorar necesidad de iniciar el procedimiento de aislamiento
- Valorar necesidad de los **procedimientos de reducción y de contención mecánica** (ver anexo IV) en la habitación de aislamiento
- Valorar necesidad de información a familia en caso de disponer de permisos de salida/visita.

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

- Valorar presencia en la unidad de psiquiatra en cada turno para valorar el estado del paciente.
- Valorar presencia/paseo de los vigilantes de seguridad por la unidad de forma periódica.
- Si se ejecuta el procedimiento de aislamiento o de contención en un paciente con ingreso voluntario, implicaría avisar al psiquiatra de guardia para tramitar el ingreso Involuntario.

### **Agitación grave**

- Todo lo anterior y además:
- Procedimientos de aislamiento y/o de reducción y de contención mecánica en función del estado del paciente.
- Presencia de psiquiatra en cada turno para valorar el estado del paciente.
- Presencia/paseo de los vigilantes de seguridad por la unidad de forma periódica.

### **Agitación extremadamente grave**

- Todo lo anterior y además:
- Valorar presencia Fuerzas de Orden Público previa llamada al 112.

Todo estado de agitación en el que haya que poner en marcha medidas como son el aislamiento, la reducción física o la contención mecánica es una situación extraordinaria. La posibilidad de que suceda un incidente en forma de lesión física en el propio paciente, su entorno o el personal sanitario es muy alta.

En consecuencia, es fundamental un registro claro y preciso de toda situación en la H<sup>a</sup> Clínica del paciente.

Por ello el primer principio que tanto el médico como la enfermera responsable del paciente agitado es la trazabilidad y coherencia de todas las anotaciones en los diferentes registros. Cualquier contradicción entre los distintos registros debe ser detectada por médico y enfermera y resolver dicha contradicción en la documentación del episodio de agitación.

El médico responsable debe documentar adecuadamente en el evolutivo del paciente la información relativa al episodio de agitación de manera que sea comprensible por cualquier auditor que, con posterioridad, quiera inquirir sobre lo sucedido durante esa intervención. En cualquier caso la información registrada debe aclarar:

- Las circunstancias en las que se produjo el estado de agitación.
- Las medidas terapéuticas iniciadas.
- En el caso de recurrir a la reducción física y/o contención mecánica, las razones por las que estos procedimientos se volvieron ineludibles.
- Cualquier incidente (paciente, personal, otros pacientes, material) o la ausencia del mismo.
- Las personas que han recibido información sobre el episodio.
- El plan de tratamiento para las siguientes horas/días en el caso de haber iniciado un procedimiento de contención mecánica.

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

### ANEXO I: ESCALA PEC

La escala PEC debe su nombre a una contracción de otro acrónimo: PANSS-EC (excited component). Es una escala con cinco ítems procedentes de la escala madre, PANSS, que está compuesta de 30 (Montoya, 2011).

Los cinco ítems de la escala PEC son expuestos en el siguiente gráfico:



Cada uno de estos ítems son valorados mediante una escala dimensional tipo Likert con las siguientes puntuaciones:

1. Ausente.
2. Mínimo.
3. Leve.
4. Moderado.
5. Moderadamente grave.
6. Severo.
7. Extremo.

Se debe tener en cuenta que solo se otorgará la puntuación 1 cuando haya total seguridad que la conducta definida por el ítem evaluado está completamente ausente.

Cuando no haya completa seguridad sobre su presencia pero tampoco sobre su ausencia se escogerá la puntuación 2.

Cuando haya seguridad sobre su presencia se escogerá una puntuación entre 3 y 7. La puntuación específica se escogerá en función de la que mejor describa la conducta del paciente en relación con el ítem evaluado. Cada puntuación tiene en la escala una descripción de la conducta que viene definida en la propia escala.

De esta manera el rango de puntuaciones oscila entre la mínima con 5 puntos (ausencia absoluta de cualquier signo de agitación) a 35 (gravedad máxima).

Es fundamental tener en cuenta que la escala **solo** evalúa la conducta presente en el momento de evaluación. No debe tenerse en cuenta comportamientos pasados por muy recientes que sean estos. En este sentido el recuerdo de estados de agitación pasados **nunca** debe influir sobre el acto de evaluación actual.

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

### ESCALA PEC

**A.- TENSIÓN:** Manifestaciones físicas claras de miedo, ansiedad, y agitación, tales como rigidez, temblor, sudor profuso e inquietud. *Bases para la calificación:* Información verbal que manifiesta ansiedad y, por consiguiente, la gravedad de las manifestaciones físicas de tensión observadas durante la entrevista.

**1.- Ausente:** La definición no es aplicable.

**2.- Mínimo:** Patología cuestionable, puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.

**3.- Leve:** la postura y los movimientos indican una larga aprehensión, como leve rigidez, inquietud ocasional, cambios de posición o un temblor fino y rápido de las manos.

**4.- Moderado:** Una apariencia nerviosa clara surge de varias manifestaciones, tales como conducta inquieta, temblor obvio de las manos, sudor profuso o manierismos nerviosos.

**5.- Moderadamente grave:** Una tensión pronunciada se evidencia por varias manifestaciones, como temblor nervioso, sudor profuso e inquietud pero la conducta durante la entrevista no está significativamente afectada.

**6.- Severo:** La tensión es pronunciada hasta el punto de que las interacciones interpersonales se encuentran alteradas. El paciente, por ejemplo, puede estar constantemente inquieto, ser incapaz de permanecer sentado por un largo rato, o mostrar hiperventilación.

**7.- Extremo:** La tensión marcada se manifiesta por señas de pánico o aceleración motora notable como un caminar rápido e inquieto y una incapacidad para permanecer sentado más de un minuto, ocasionando que la conversación sea imposible.

**B.- FALTA DE COLABORACIÓN:** Rechazo activo a seguir los deseos de otros incluyendo al entrevistador, personal del hospital o la familia, que puede estar asociado con desconfianza, actitud defensiva, obstinación, negativismo, rechazo a la autoridad, hostilidad y beligerancia. *Bases para la calificación:* La conducta interpersonal observada durante la entrevista así como los informes del personal de atención primaria o los familiares.

**1.- Ausente:** La definición no es aplicable.

**2.- Mínimo:** Patología cuestionable, puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.

**3.- Leve:** Accede con una actitud de resentimiento, impaciencia o sarcasmo. Puede objetar de forma inofensiva cuando se le presiona durante la entrevista.

**4.- Moderado:** Ocasionalmente se rehúsa de plano a cumplir con alguna demanda social normal, tal como hacer su cama, atender a los programas planeados, etc. El

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

paciente puede proyectar hostilidad, actitud negativa o defensiva pero generalmente puede trabajarse con él.

**5.- Moderadamente grave:** El paciente frecuentemente está inconforme con las demandas de su medio y puede ser catalogado por otros como un desadaptado o "con graves problemas de actitud". La falta de cooperación está reflejada en una actitud obviamente defensiva o irritable con el entrevistador y una posible falta de voluntad para contestar muchas preguntas.

**6.- Severo:** El paciente es muy poco colaborador, negativista y, posiblemente, también beligerante. Rehúsa cumplir con las demandas sociales y puede ser renuente a iniciar o concluir la entrevista completa.

**7.- Extremo:** La resistencia activa tiene un impacto serio sobre casi todas las áreas mayores de funcionamiento. El paciente puede rehusar a unirse a alguna actividad social, a cuidar su higiene personal, a conversar con la familia o el personal, y a participar aún en forma breve en una entrevista.

**C.- HOSTILIDAD:** Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento incluyendo sarcasmo, conducta pasivo-agresiva, abuso verbal y agresión física. *Bases para la calificación:* Conducta interpersonal observada durante la entrevista e informes del personal de atención primaria y familiares.

**1.- Ausente:** La definición no es aplicable.

**2.- Mínimo:** Patología cuestionable, puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.

**3.- Leve:** Comunicación de ira indirecta o restringida, tal como sarcasmo, falta de respeto, expresiones de hostilidad e irritabilidad ocasional.

**4.- Moderado:** Presenta una actitud abiertamente hostil, mostrando irritabilidad frecuente y expresiones directas de ira o resentimiento.

**5.- Moderadamente grave:** El paciente es sumamente irritable y ocasionalmente amenaza o agrede verbalmente.

**6.- Severo:** La falta de cooperación y el abuso o las amenazas verbales influyen notablemente la entrevista y tienen un impacto serio en las relaciones sociales. El paciente puede ser violento y destructivo pero no es físicamente agresivo contra otros.

**7.- Extremo:** Una ira marcada ocasiona una falta de cooperación extrema e impide otras interacciones, o se presentan episodios de agresión física en contra de otros.

**D.- MAL CONTROL DE IMPULSOS:** Trastorno en la regulación y el control de la acción sobre los impulsos que resulta en una descarga de tensión y de emociones mal dirigida, súbita, poco modulada y arbitraria sin preocuparse por las consecuencias. *Base para la calificación:* La conducta durante la entrevista e informes del personal de atención primaria y familiares.

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

**1.- Ausente:** La definición no es aplicable.

**2.- Mínimo:** Patología cuestionable, puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.

**3.- Leve:** El paciente tiende a enojarse y frustrarse fácilmente cuando se ve confrontado con situaciones estresantes o cuando se le niega una gratificación, pero raramente actúa de forma impulsiva.

**4.- Moderado:** El paciente se muestra enojado y agresivo verbalmente a la mínima provocación. Ocasionalmente puede ser amenazante, destructivo, o tener uno o dos episodios de confrontaciones físicas o peleas menores.

**5.- Moderadamente grave:** El paciente exhibe repetidos episodios de impulsividad que involucran abuso verbal, destrucción de propiedad o amenazas físicas. Puede existir uno o dos episodios de enfrentamientos serios por los cuales el paciente necesitó aislamiento, sujeción física o sedación.

**6.- Severo:** El paciente frecuentemente es agresivo, amenazante, demandante y destructivo de manera impulsiva, sin aparente consideración de las consecuencias. Muestra una conducta violenta y puede ser ofensivo sexualmente y puede responder conductualmente a órdenes alucinatorias.

**7.- Extremo:** El paciente realiza ataques homicidas, asaltos sexuales, brutalidad repetida o conducta autodestructiva. Requiere supervisión directa constante o restricciones externas a causa de su incapacidad para controlar sus impulsos peligrosos.

**E.- EXCITACIÓN:** Hiperactividad que se refleja en una conducta motora acelerada, un incremento en la respuesta a los estímulos, hipervigilancia o excesiva labilidad emocional. *Bases para la calificación:* La conducta durante la entrevista e informes del personal de atención primaria y familiares.

**1.- Ausente:** La definición no es aplicable.

**2.- Mínimo:** Patología cuestionable, puede encontrarse en el extremo superior de los límites normales.

**3.- Leve:** Tiende a estar ligeramente agitado, hipervigilante o levemente excitado durante la entrevista, pero sin episodios claros de excitación o labilidad emocional marcada. El discurso puede ser ligeramente presionado.

**4.- Moderado:** La agitación o excitación son claramente evidentes en la entrevista, afectando al discurso y la motilidad general, o pueden ocurrir episodios de agitación esporádicos.

**5.- Moderadamente grave:** Se observa hiperactividad significativa o frecuentes crisis de actividad motora, haciéndose difícil para el paciente permanecer sentado por períodos que excedan algunos minutos en cualquier momento dado.

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

**6.- Severo:** Una excitación marcada domina la entrevista, limita la atención y afecta en cierto modo las funciones personales tales como la alimentación y el sueño.

**7.- Extremo:** Excitación marcada que interfiere seriamente con la alimentación y el sueño y hace que las relaciones interpersonales sean virtualmente imposibles. La aceleración del discurso y de la actividad motora puede resultar en incoherencia y agotamiento.

### ANEXO II: TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN

Se llama técnica de distracción a toda intervención terapéutica que pretende condicionar la atención del paciente. El objetivo es centrar la atención de éste en una actividad que genere emociones neutras o positivas. Así la atención es desplazada de los contenidos mentales presentes durante el estado de agitación y que suelen despertar emociones negativas. De esta manera se pretende disminuir la tensión.

Por técnicas de distracción se consideran:

- Ofrecer conversación (preguntar por una actividad reciente, hablar sobre temas que le puedan interesar...).
- Invitarle a realizar una actividad lúdica:
  - Juegos de mesa.
  - Pintar mándala/dibujo.
  - Actividad deportiva: ping-pong/frontón/gimnasio.
  - Escuchar música/ver TV.
  - Leer revista/prensa/libro.
- Dar un paseo.
- Ayudar al personal en alguna actividad.
- Expresar emociones mediante escritura.

Es muy útil dejar al paciente la posibilidad de elección para que sienta cierto autocontrol y que se tiene en cuenta su opinión.

Hay que valorar la idoneidad de que estas actividades sean realizadas con personal y pacientes para integrarle en el grupo. Otra opción es que permanezca solo con personal pues en ocasiones el resto de pacientes podría actuar como estimuladores de la tensión interior que se trata de reducir.

### ANEXO III: TÉCNICA DE DESACTIVACIÓN (DESESCALADA) VERBAL

La desescalada verbal es una intervención empleada para personas que se encuentran en riesgo de comportarse agresivamente. Se basa en el empleo del lenguaje junto con otras técnicas de comunicación para atenuar, redirigir o desescalar una situación conflictiva (Mary, 2010).

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

El objetivo de la desescalada verbal es reducir el nivel de ansiedad para poder animar al paciente a que acepte la posibilidad del diálogo ya que cualquier intento de razonar con una persona enfurecida es siempre imposible.

Las técnicas de desescalada verbal descansan en el principio de que el pensamiento de la persona agitada se caracteriza por ser:

- a) ilógico
- b) concreto
- c) desenfocado

Por el contrario, el pensamiento de la persona no influida por una situación emocional descontrolada se caracteriza por ser:

- a) lógico
- b) abstracto
- c) razonable

La finalidad de una técnica de desactivación eficaz es conseguir que la persona abandone el estilo de pensamiento propio de una crisis emocional para adoptar el estilo de pensamiento de una persona centrada.

La desescalada verbal asumen que la escalada conductual (y su retorno a la normalidad) se estructura en siete fases detalladas en la tabla II (Colvin, 1989).

**Tabla II: Etapas de la escalada conductual**

Calma	Persona relativamente calmada y cooperadora
Desencadenante	Experimenta conflictos sin resolver. Esto desencadena la escalada conductual
Agitación	Se encuentra enfada, sin objetivo claro.
Aceleración	El conflicto permanece sin resolver, la persona se centra en el conflicto
Cima	Está ya fuera de control y muestra una conducta grave.
Desescalada	Desahoga las emociones del período de cima, aparece confundida, la gravedad de la etapa de cima va bajando.
Recuperación	Muestra disposición para participar en actividades

En cualquier intento de desescalada verbal es fundamental tener en cuenta que la comunicación interpersonal está compuesta por tres factores:

- a) lenguaje corporal
- b) el tono (cómo se dice)

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

### c) la elección de las palabras

De todos ellos el más influyente (55%) es el lenguaje corporal que está compuesto del contacto visual, la postura, los gestos y las expresiones faciales. En segundo lugar es la manera como se dicen las cosas (38%) el tono, el ritmo, el volumen, la carga emocional, el nivel de detalles, etc. Por último y el factor menos importante de todos es qué se dice (7%), es decir la selección de las palabras empleadas para la comunicación.

Cualquier intento de desescalada verbal está compuesta de 10 dominios fundamentales que deben guiar la intervención y que vienen señalados en la tabla III (Richmond, 2012).

**Tabla III: Diez dominios de la técnica de desescalada**

<b>Respetar el espacio personal</b>
<b>No mantener actitudes provocadoras</b>
<b>Establecer contacto verbal</b>
<b>Ser conciso</b>
<b>Identificar deseos y emociones</b>
<b>Prestar mucha atención a lo que el paciente dice</b>
<b>Llegar a un acuerdo, o acordar en lo que se desacuerda</b>
<b>Dejar bien claro lo que establece la Ley y marcar límites claros</b>
<b>Ofrecer opciones y optimismo</b>
<b>Explicar los procedimientos al paciente y al personal</b>

En la aproximación a la persona agitada hay que tener en cuenta la distorsión que se produce en estas personas en relación a cómo perciben el espacio territorial en el que se sienten cómodos: aumenta hasta en cinco veces la extensión propia de las condiciones de calma. Cualquier intento de penetrar en este espacio hará que la persona vea incrementada sus sensaciones de incomodidad.

También se recomienda tener en cuenta todo lo que no se debe hacer durante un intento de desescalada verbal y que viene resumido en la tabla IV.

**Tabla IV: Decálogo de intervenciones desaconsejadas**

<b>Negarse a escuchar o interrumpir el discurso del paciente</b>
<b>Avergonzar a la persona por su mal comportamiento</b>
<b>Elevar el tono de voz para "hacerse oír"</b>
<b>Continuar la negociación, habiendo comprobado que no se poseen las habilidades necesarias y/o que el paciente rechaza al profesional</b>
<b>Ofrecer medicación "para que esté más tranquilo"</b>

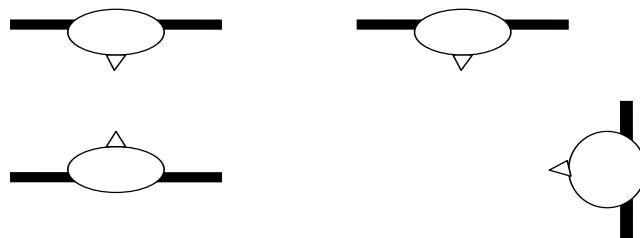
## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

- |   |
|---|
| <b>Sonreír o hacer comentarios graciosos</b>  |
| <b>Discutir con el paciente o amenazarle</b>  |
| <b>Retar al paciente. Mirarle fijamente</b>   |
| <b>Invadir el espacio personal puesto que una persona agresiva puede sentir la invasión de su espacio como amenazante</b> |
| <b>Minimizar o no tener en cuenta los sentimientos de la personas</b>   |

La postura de aproximación al paciente es igualmente fundamental. No es conveniente aproximarse al paciente de manera frontal (ver postura A) o por la espalda. Acercarse a él de manera oblicua (ver postura B) suele ser percibido de manera menos agresiva. En cualquier caso nunca hay que dar la espalda a un paciente durante una situación hostil. En un primer momento la mejor postura es mantenerse en una posición angular junto al paciente, con una cadera y pie apartado y los contralaterales hacia delante. Esta postura es mucho más estable y deja expuesto una menor proporción del cuerpo en caso de un intento de agresión. En cualquier caso siempre hay que permanecer a una distancia suficiente de manera que el paciente no nos alcance en caso de que intente golpearnos, agarrarnos o darnos una patada.

POSTURA A

POSTURA B



Durante el diálogo se debe dar una apariencia lo menos amenazante posible. Para ello es conveniente seguir las recomendaciones de la tabla V.

**Tabla V: Recomendaciones para una apariencia no amenazante**

- |  |
|--|
| <b>Aparecer siempre calmado y seguro aunque no se sienta así</b>   |
| <b>Mantener un contacto visual limitado</b>  |
| <b>Mantener una expresión facial neutra</b>  |
| <b>Colocar las manos en frente de nuestro cuerpo, abiertas y en posición relajada</b>  |
| <b>Mantenerse a la misma altura ocular que el paciente. Animarle a que permanezca sentado. Si se levanta, hacerlo igualmente</b> |

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

En general, son útiles una serie de recomendaciones que deben tenerse en cuenta durante una intervención de desescalada verbal y que vienen detalladas en la tabla VI.

### Tabla VI: Recomendaciones durante una desescalada verbal

<b>No elevar el tono de voz ni gritar a un paciente que grita. Esperar hasta que pare para respirar, o hable más calmadamente o a un volumen normal</b>
<b>Dar respuestas simples</b>
<b>Repetir si es necesario</b>
<b>Responder a preguntas que pidan información con independencia de las malas formas con que sean planteadas</b>
<b>Nunca responder a preguntas cuya única finalidad sea el insulto o la ofensa</b>
<b>Ayudar al paciente para que pueda expresar sus emociones de ira en vez de actuar en base a ellas</b>
<b>No adoptar una postura defensiva aunque el paciente realice comentarios, maldiciones o insultos contra nosotros</b>
<b>Ser sincero. Mentir a alguien para calmarle puede conducir a una futura escalada cuando se descubra la mentira</b>
<b>Posponer, si es posible, la comunicación de nuevas noticias desagradables</b>
<b>Explicar los límites y normas en un tono que infunda respeto y con firmeza, pero siempre respetuoso</b>
<b>Dar opciones, siempre que sea posible y que ambas opciones sean seguras</b>
<b>Ser respetuoso a la hora de establecer límites o solicitar ayuda externa</b>
<b>Empatizar con los sentimientos, nunca con el comportamiento</b>
<b>Ofrecer actos alternativos si es posible: un zumo, agua, infusión, etc</b>

En la comunicación verbal es fundamental el empleo de técnicas de escucha activa que hagan ver al paciente que se le está prestando atención. Una de ellas son los denominados los reforzadores mínimos que pueden ser no verbales (asentimientos con la cabeza) o respuestas verbales simples (¡Ah!, ¡Sí!, ¡Claro!...) que no interrumpen el discurso del paciente y, por el contrario, lo alientan.

Otra de las técnicas de escucha activa es el empleo de respuestas en espejo que muestran al paciente que se le está escuchando al repetir o resumir lo que acaba de decir. Estas declaraciones deben ser siempre breves y nunca interrumpir el discurso de la persona agitada.

La tercera modalidad de técnicas de escucha activa es el empleo de preguntas abiertas (¿me podría decir más sobre esto último?...). Este tipo de preguntas nos permiten recoger más información, examinar si la situación es potencialmente peligrosa para nosotros y si la persona está pensando en clave racional.

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

### ANEXO IV: Procedimiento de aislamiento y/o contención física

El **aislamiento** se refiere a las situaciones en las que un paciente es sometido a un confinamiento involuntario en una habitación a solas para impedir físicamente la salida de ésta. También ha sido denominada como “aislamiento a puerta cerrada con llave”. La NIC lo definió como “un confinamiento solitario en un ambiente totalmente protector con estrecha vigilancia por parte del personal de cuidados en razón de la seguridad o para el control de determinadas conductas”.

El aislamiento es siempre involuntario. Por eso, cualquier situación en la que el paciente es invitado a retirarse a su habitación o lo hace por iniciativa propia, sin que eso suponga limitación alguna a su libertad de movimientos nunca debe ser denominada aislamiento.

Las indicaciones para iniciar un proceso de aislamiento son:

1. La prevención del daño a sí mismo o a otros.
2. La prevención del daño a la propiedad y las conductas extrañas o disociadas.
3. El proveer un tratamiento psiquiátrico adecuado en un ambiente seguro para el paciente y el personal que lo atiende.
4. La reducción de estímulos necesaria en muchas ocasiones para evitar la escalada en la agitación.

Cualquier medida de aislamiento supone una situación de riesgo para el paciente. Por ello se debe usar exclusivamente cuando, a juicio clínico del médico responsable, intervenciones menos restrictivas han sido inadecuadas o no son apropiadas.

Los cuidados de enfermería para el paciente en situación de aislamiento están orientados a evitar las complicaciones propias del aislamiento

El aislamiento implica incrementar la atención y vigilancia del paciente, por lo que los cuidados de enfermería deben ir orientados a:

- Vigilar, controlar y prevenir las posibles complicaciones y/o riesgos asociados del aislamiento. Para ello todo paciente en situación de aislamiento debe ser monitorizado visualmente en todo momento.
- Valorar el estado general del paciente:
  - Nivel de conciencia.
  - Grado de agitación y/o confusión.
  - Nivel de ansiedad.
  - Respuesta al tratamiento farmacológico en caso de agitación psicomotriz.
  - Actitud del paciente ante el aislamiento.
- Monitorizar constantes vitales (TA, FC, T<sup>a</sup> y saturación de oxígeno). La frecuencia dependerá de la situación clínica del paciente y la previsión de posibles complicaciones.

**Al menos se deberá monitorizar las constantes una vez al día**

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

- Atender a las necesidades básicas del paciente: alimentación, hidratación, higiene, eliminación, cuidados de la piel, movilidad, comunicación y seguridad
- Vigilar la ingesta (líquidos y alimentos) y la eliminación (urinaria y fecal) en cada turno
- Reorientar y estimular sensorialmente al paciente, ya que el aislamiento y la administración de fármacos sedantes pueden aumentar la confusión y la desorientación del paciente
- Crear un ambiente confortable en la habitación. Es importante reducir los estímulos ambientales sin generar aislamiento social.
- Reevaluar la necesidad de seguir manteniendo el aislamiento.
- Registrar la respuesta del paciente al procedimiento en el evolutivo del paciente y realizar la firma de actividades específicas asociadas al procedimiento.

Para ello una vez que el paciente haya sido aislado se deberá añadir al plan de cuidados de Enfermería la NIC número 6630 Aislamiento con las siguientes actividades:

- Aplicar el protocolo de aislamiento
- Ayudar a vestir con prendas seguras
- Retirar todos los objetos de la zona de aislamiento que puedan ser utilizados por el paciente para hacerse daño él mismo o al personal de cuidados
- Proporcionar alivio psicológico al paciente
- Ayudar con las necesidades relacionadas con la nutrición, la eliminación, la hidratación e higiene personal

La **reducción** del paciente agitado y con agresividad se refiere al proceso de inmovilización de una persona como paso previo a su **contención mecánica**. Debe ser siempre concebida como un acto terapéutico.

El procedimiento de reducción física se inicia desde el momento en que el personal sanitario se aproxima al mismo con la finalidad de proceder a su inmovilidad física y finaliza cuando el proceso de contención mecánica (sujeción) en la cama de la habitación de aislamiento ha sido completado.

La reducción es un acto siempre contrario a la voluntad del paciente. Debe considerarse, en consecuencia, como un acto terapéutico excepcional y de altísimo riesgo. Solo debe aplicarse cuando cualquier otra medida más respetuosa con los derechos del paciente ha fracasado a la hora de reducir la agresividad, y el comportamiento del paciente supone un riesgo inminente e inaceptable de daño para sí mismo o los demás.

Todo proceso de reducción del paciente agitado y agresivo debe ser indicado y supervisado presencialmente por el médico responsable del paciente en cada momento.

Es probable que la aparición y curso de las conductas auto o heteroagresivas por parte del paciente sean tan rápidas que no dé el tiempo suficiente para avisar al médico y que éste haga

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

acto de presencia junto al paciente en el momento en que se ha iniciado el procedimiento de reducción física. En estas situaciones de urgencia y de forma excepcional será la enfermera referente del paciente la líder del procedimiento de reducción física. En el mismo momento en el que el médico se persone en la unidad, la decisión de mantener esta medida y su supervisión pasará a depender de este médico.

La ejecución del procedimiento de reducción física es responsabilidad de todo el personal: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y vigilantes de seguridad sin excepción.

El número de personal necesario para un procedimiento de reducción física es fundamental. Un número inferior al necesario hará que la medida no pueda ser realizada con eficiencia y seguridad aumentando el riesgo de lesiones y efectos adversos para el paciente y el propio personal implicado. Un número superior al deseable entorpecerá las tareas de reducción física con las mismas consecuencias negativas.

Hay que tener en cuenta que la probabilidad de que una persona agitada acabe recurriendo a una conducta violenta es directamente proporcional a la posibilidad percibida por la misma de que ese comportamiento violento se salde con éxito. En consecuencia, un número suficiente de personal y el socorro del personal de seguridad ejercerá un efecto claramente disuasorio a la hora de decidir el recurso a la violencia por parte del paciente.

En general se recomienda que el equipo participante en la reducción mecánica esté compuesto por un mínimo de cuatro personas y, preferentemente, cinco, además del líder del procedimiento de reducción física.

### **Cuidados de enfermería del paciente en situación de contención mecánica:**

Toda persona que se encuentre en una situación de contención mecánica está en una situación de alto riesgo de sufrir accidentes o complicaciones que pongan en riesgo su integridad física o psicológica. Esto obliga a extremar el celo en la vigilancia y cuidados del mismo así como de poner en marcha unos cuidados de enfermería que prevengan la aparición de cualquier evento desfavorable.

Los posibles efectos adversos derivados de una inmovilización se pueden resumir en:

- Derivados de la inmovilidad: dolor, estreñimiento, impactación fecal, incontinencia, úlceras por presión contracturas, trombos, pérdida de fuerza, pérdida de tono muscular, inestabilidad en la deambulación e impotencia funcional, neumonía hipoestática...
- Derivados de la contención abdominal: dificultad respiratoria, compresión venosa, compresión nerviosa y asfixia.
- Derivados de la contención de extremidades: alteración de la integridad de la piel, interrupción de la circulación sanguínea así como del tratamiento intravenoso, edemas, hematomas, trastornos neurológicos...
- Otros: broncoaspiración, efectos psicológicos negativos y compromiso de órganos...

La sujeción física implica incrementar la atención y vigilancia del paciente, por lo que los cuidados de enfermería deben ir orientados a:

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

- Vigilar, controlar y prevenir las posibles complicaciones y/o riesgos asociados de la sujeción física.
- Valorar el estado general del paciente:
  - Nivel de conciencia.
  - Estado respiratorio y estado psicomotor.
  - Grado de agitación y/o confusión.
  - Nivel de ansiedad.
  - Respuesta al tratamiento farmacológico en caso de agitación psicomotriz.
  - Actitud del paciente ante la sujeción.
- Monitorizar constantes vitales (TA, FC, T<sup>a</sup> y saturación de oxígeno). La frecuencia dependerá de la situación clínica del paciente y la previsión de posibles complicaciones. Al menos se deberá monitorizar las constantes una vez por turno.
- Revisar los puntos de sujeción a intervalos predeterminados por el protocolo. Al menos cada 15 minutos durante la primera hora y después un mínimo de cada 2 horas y siempre que el paciente lo necesite dependiendo de su estado.
  - Valorar:
    - Comprensión vascular (arterial y venosa).
    - Comprensión nerviosa.
    - Comprensión articular (coloración, entumecimiento, movilidad de miembros, temperatura y sensibilidad).
    - Lesiones por fricción.
  - Cambiar las sujetaciones que estén húmedas o manchadas para mantener la higiene y evitar laceraciones de la piel.
- Mantener la alineación corporal (decúbito supino), cabecero de la cama a 30°-45° y colocar extremidades en posición anatómica para evitar problemas funcionales.
- Facilitar, si es posible, la movilidad de las extremidades procurando que el paciente realice ejercicios activos y/o pasivos cada 2-4 horas.
- Atender a las necesidades básicas del paciente: alimentación, hidratación, higiene, eliminación, cuidados de la piel, movilidad, comunicación y seguridad.
- Vigilar la ingesta (líquidos y alimentos) y la eliminación (urinaria y fecal) en cada turno.
- Reorientar y estimular sensorialmente al paciente, ya que la sujeción física y la administración de fármacos sedantes pueden aumentar la confusión y la desorientación del paciente.
- Comprobar que el personal sanitario pueda manipular fácilmente los accesos venosos, drenajes o sondas, si precisa.
- Crear un ambiente confortable en la habitación. Importante reducir estímulos ambientales y a ser posible procurar que el paciente con sujeción física esté en una habitación próxima al control de enfermería.

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

- Reevaluar la necesidad de seguir manteniendo la sujeción física.
- Registrar toda actuación (vigilancia y evaluación) relacionada con el procedimiento en los registros especiales habilitados en el programa OSANAIA. Este registro incluye la firma de actividades y la evaluación de indicadores por turno.

### **Cuidados médicos del paciente en procedimiento de contención mecánica:**

Todo paciente que se encuentre en bajo el procedimiento de contención mecánica deberá ser atendido, en una primera observación, por el médico responsable en cada momento. Esta observación tiene como finalidad conocer la situación clínica del paciente y tomar medidas profilácticas de las complicaciones previsibles en cada paciente. Para ello puede ser necesario la solicitud de exploraciones complementarias y el inicio de tratamiento anticoagulante.

La primera evaluación del paciente deberá ser realizada durante la primera hora una vez iniciada la contención mecánica.

Las evaluaciones sucesivas a la primera pueden requerir de la observación directa del paciente o no. Esto se decidirá en función de la situación clínica del paciente contenido así como por la información aportada por la enfermera referente.

En cualquier caso, el paciente será evaluado por el médico responsable a petición de la enfermera referente cuando se produzcan cambios en la situación clínica del mismo y, en general, siempre que surjan incidencias.

### **BIBLIOGRAFÍA**

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?doi1/410.1176/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. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Medicare and Medicaid programs: hospital conditions of participation: patients' rights. Final rule (2006). [http://edocket.access.gpo.gov/cfr\\_2010/octqtr/pdf/42cfr482.13.pdf](http://edocket.access.gpo.gov/cfr_2010/octqtr/pdf/42cfr482.13.pdf).
5. Colvin, G., & Sugai, G. (1989). *Understanding and Managing Escalating Behavior (ppt)*. Tomado el 22 enero 2012 de <http://www.pbis.org/common/pbisresources>.
6. Food and Drug Administration. FDA safety alert: Potential hazards with restraint devices. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services. 1992.
7. Kasper S, Baranyi A, Eisenburger P, Erfurth A, Ertl M, Frey R, et al. 2013. Die Behandlung der Agitation beim psychia- trischen Notfall. Konsensus-Statement - State of the art 2013. Clin Neuropsy Sonderausgabe.

## PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

8. 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>.
9. Mary M. Kerr & C.M. Nelson: *Strategies for Addressing Behavior Problems in the Classroom*, 2010.
10. Mohr WK. *Canadian J Psychiatry*;2003;48:330-7.
11. Montoya A, Valladares A, Lizán L, San L, Escobar R, Paz S. Validation of the Excited Component of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-EC) in a naturalistic sample of 278 patients with acute psychosis and agitation in a psychiatric emergency room. *Health Qual Life Outcomes*. 2011 Mar 29;9:18.
12. Richmond JS et al. *Western J Emergency Med.* 2012;12: 17-25.
13. WFSBP. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2016. Vol. 17, no. 2, 86-128.