



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico (2015-16)

Trabajo Fin de Grado

**“Rol de enfermería ante el paciente
agitado”**

(Revisión bibliográfica)

Alumno: Antolín Miguel, Nerea

Tutor/a: D. Eugenio Bartolomé De Castro

Junio, 2016

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	2
2. INTRODUCCIÓN.....	3
2.1 DEFINICIÓN.....	3
2.2 ETIOLOGÍA.....	4
2.3 ABORDAJE Y TRATAMIENTO.....	6
2.4 OBJETIVOS.....	7
3. MATERIAL Y METODOS.....	8
3.1 PRIMERA FASE.....	8
3.2 SEGUNDA FASE.....	8
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	12
4.1 CONCLUSIONES.....	23
5. BIBLIOGRAFÍA.....	25
6. ANEXOS.....	28
6.1 ANEXO 1.....	28
6.2 ANEXO 2.....	41
6.3 ANEXO 3.....	54
6.4 ANEXO 4.....	67

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE:

Introducción: La agitación psicomotriz en los pacientes del servicio de urgencias es una de las situaciones más frecuentes y estresantes a las que se enfrenta el personal de enfermería en su trabajo diario, donde el paciente sufre un aumento de actividad motora, lo que supone un gran riesgo para la seguridad del paciente y del personal.

Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica del rol desempeñado por el personal de enfermería sobre el manejo del paciente agitado y una revisión de los protocolos de actuación de diferentes hospitales del sistema sanitario de Castilla y León.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica acerca del paciente agitado en los principales buscadores científicos y la revisión de los protocolos existentes en diferentes hospitales de Castilla y León.

Resultados y discusión: Destaca que el modo de actuación ante el paciente agitado y los protocolos existentes de diferentes hospitales están muy protocolarizado. Las medidas terapéuticas más utilizadas en el manejo de esta situación son, en primer lugar, la contención verbal seguida de la farmacológica y la mecánica. Los fármacos más usados en el manejo del paciente agitado son antipsicóticos incisivos y benzodiacepinas de vida media corta, dependiendo de la etiología causante.

Conclusión: Las diferencias en el manejo del paciente agitado en un servicio de urgencias son mínimas y se adaptan a las recomendaciones establecidas por la comunidad científica existente en la actualidad.

Palabras clave: Paciente agitado, Rol de Enfermería, Contención Mecánica, Contención Verbal, Protocolo de Actuación.

2. INTRODUCCIÓN

La crisis de agitación, es una situación clínica frecuente en diversos ámbitos sanitarios a la que se enfrenta el personal con relativa frecuencia en su práctica diaria, tanto en la unidad de psiquiatría como en otras áreas de hospitalización como es el caso del servicio de urgencias. Esto supone un gran reto para los profesionales, debido a que su manejo requiere la necesidad de actuar con rapidez a fin de garantizar la seguridad del paciente y del entorno.¹

Es importante que los profesionales conozcan las características clínicas básicas de esta patología, para adquirir la capacidad de realizar un correcto abordaje. El manejo puede presentar algunas dificultades, ya que son pacientes de colaboración baja que pueden llegar a presentar conductas agresivas o violentas, lo que dificulta en gran medida la labor asistencial.^{2,3}

Actualmente, existen pocos estudios descriptivos y comparativos sobre la incidencia de casos de agitación psicomotriz en los servicios de urgencias. Este hecho se debe a la dificultad de realizar estudios en el marco de la urgencia y a que en la mayoría de registros se contabilizan los casos relacionados con alteraciones psiquiátricas, dejando de lado los casos de etiología orgánica, estos son registrados por la enfermedad somática que padecen y su incidencia no puede ser estudiada.⁴

2.1 DEFINICIÓN.

La agitación psicomotriz es un síndrome caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora, que va desde, una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado, lo que requiere una atención inmediata. El estado de ánimo del paciente agitado se puede manifestar como nervioso, disfórico, colérico, y son frecuentes las risas, el llanto y los gritos incontrolables^{2,3}

2.2 ETIOLOGÍA.

El síndrome de agitación puede estar asociado a diversas etiologías. Según la documentación revisada la agitación psicomotriz puede obedecer a tres grupos fundamentales de causas: ^{5,6, 7, 8, 9, 10, 11,12}

A) Agitación de causa orgánica: Se debe a los trastornos producidos por alteraciones endocrino-metabólicas, neurológicas o tóxicas.

El cuadro más frecuente es el “delirium o síndrome confusional agudo” (SCA) que se caracteriza por una alteración del nivel de conciencia y atención, puede acompañarse de disfunción cognoscitiva, cambios emocionales, autonómicos y conductuales, todo ello de instauración aguda (horas o días), progresiva y fluctuante a lo largo del día. ^{8,9}

ENDOCRINO-METABÓLICOS	NEUROLÓGICOS	TÓXICOS
<ul style="list-style-type: none">• Infecciones sistémicas• Fiebre• Traumatismos• Estados Postoperatorios• Ictus• Tumores• Delirium• Tratamiento con: benzodiacepinas, neurolépticos, sedantes, etc.	<ul style="list-style-type: none">• Accidente cerebrovascular• Tumores• Meningitis• Encefalitis• Crisis Epilépticas	<ul style="list-style-type: none">• Intoxicaciones o síndromes de abstinencia por:<ul style="list-style-type: none">• alcohol• estimulantes• cannabis, etc

Tabla 1: Alteraciones endocrino-metabólicas, neurológicas o tóxicas. ^{8, 11.}

B) Agitación de causa no orgánica: Es la producida por alteraciones psiquiátricas. Dentro de las alteraciones psiquiátricas podemos dividirlas en dos subgrupos fundamentales:

1. Psicóticas:

- Esquizofrenia y Trastorno Esquizoafectivo: cursa en brotes, agitación con ideación delirante, alteraciones del lenguaje y alucinaciones.
- Episodio maníaco: conducta agitada acompañada de un ánimo eufórico y/o irritable, trastornos del lenguaje, hiperactividad y conducta desinhibida.
- Episodio depresivo: depresión agitada más frecuente en ancianos y niños.
- Trastorno por ideas delirantes (paranoia): discurso delirante en torno a temas de celos, perjuicio, persecución.

2. No psicóticas

- Crisis de angustia: sensación de muerte inmediata que puede conllevar agitación.
- Crisis histérica: Se evidencia teatralidad y manipulación del paciente.
- Trastorno de personalidad: sobre todo histriónico, límite y paranoide.
- Alteración de conducta en el Retraso mental.

C) Agitación de causa reactiva o situacional: se debe a reacciones de estrés agudo producidas por situaciones como:

- Duelo
- Violaciones
- Situaciones catastróficas como incendios, terremotos
- Ingresos en servicios especiales como UVIs.

CUADRO CLÍNICO ^{13, 14.}

Las manifestaciones más frecuentes de la agitación psicomotriz son:

- Actividad verbal o motora incrementada, repetitiva y sin propósito.
- Hiperexcitabilidad (respuesta exagerada ante estímulos, irritabilidad).
- Síntomas de activación simpática (taquicardia, sudor, boca seca).
- Sensación subjetiva de pérdida del control.
- Agresividad contra otros o contra sí mismo.
- Discurso hostil o suspicaz, volumen progresivamente alto
- Hiperventilación

2.3 ABORDAJE Y TRATAMIENTO:

Según la *Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias* el abordaje terapéutico del paciente agitado se compone de cuatro tipos de intervención. La aplicación de cada uno de ellos dependerá del grado y riesgo de violencia secundaria a la agitación que padece el paciente:

A) Contención verbal

Es la primera pauta de actuación, siempre que sea posible, donde se fomenta la verbalización evitando la acción física. Es una medida terapéutica útil para el personal de enfermería en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total.

Objetivo:

- Lograr una alianza terapéutica con el paciente.
- Negociar soluciones terapéuticas.
- Disminuir la hostilidad y la agresividad.
- Informar de la crisis transitoria que sufre y potenciar su autocontrol.

B) Aislamiento

El aislamiento es el 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 (CIE, 1996).

C) Contención farmacológica

Es la primera pauta de actuación en la agitación orgánica o en los casos donde no es eficaz o suficiente la contención verbal, como alternativa a la sujeción mecánica.

La elección del fármaco se realiza dependiendo de:

- Administración VO e IM, siendo la VO de elección.
- Rapidez de inicio y duración de la acción.
- Ausencia de metabolitos activos y de acumulación del fármaco.
- Bajo riesgo de aparición de efectos adversos importantes.
- Pocas contraindicaciones.

D) Contención Mecánica:

Es una medida terapéutica dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo de un paciente para tratar de garantizar la seguridad de él mismo y/o de los demás. En la mayoría de los casos obliga a actuar en contra de su voluntad, y en un contexto frecuente de urgencia.

Finalmente, el personal de enfermería, realizara una “Autoevaluación”.

Este proceso se llevará a cabo en dos partes, por un lado, el profesional hará un análisis de su propia actitud, y por otro lado evaluará las acciones llevadas durante el proceso para analizar las posibles limitaciones existentes con el fin de mejorar el procedimiento en sucesivas intervenciones.

2.4 OBJETIVOS:

Los objetivos del presente trabajo son:

- Realizar una revisión bibliográfica sobre el rol desempeñado por el personal de enfermería ante el manejo del paciente agitado.

- Realizar una revisión sobre los protocolos existentes de actuación en situaciones de agitación en hospitales del sistema sanitario de Castilla y León

3. MATERIAL Y MÉTODOS

En el presente trabajo se ha desarrollado una revisión bibliográfica acerca del manejo del paciente agitado centrándose en la revisión de distintos protocolos directamente relacionados con la temática elegida dando lugar al posterior análisis de resultados, discusión y conclusiones.

La estrategia de búsqueda de información se ha dividido en dos fases comprendidas entre los meses de febrero y abril del Año 2016.

3.1 PRIMERA FASE

Se comenzó con la recopilación de protocolos de actuación de distintos hospitales pertenecientes a la comunidad autónoma de Castilla y León.

De las nueve provincias, solo fue posible acceder a la información de:

1. Complejo Asistencial Universitario de Palencia
2. Hospital clínico universitario de Valladolid
3. Hospital clínico universitario de Salamanca.

La causa del déficit de información de las restantes provincias, fue el acceso a la información. Este déficit se debe a que la única vía de acceso para acceder a sus datos era mediante la solicitud al departamento de investigación del hospital, lo que suponía un largo periodo de tiempo para poder obtenerlos.

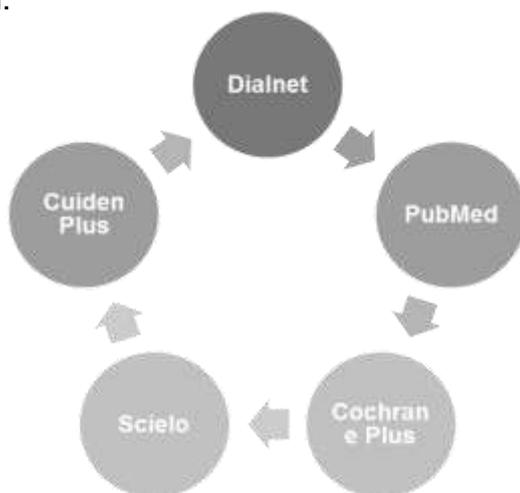
3.2 SEGUNDA FASE

Se realizó una revisión bibliográfica para conocer la importancia y situación actual del tema elegido, en este caso: “el rol de enfermería ante el paciente agitado”.

En primer lugar, se comenzó recopilando información en buscadores de divulgación general como Google Académico mediante la combinación de los términos “agitación psicomotriz”, “rol de enfermería”, “paciente agitado” y “protocolo de agitación”.

La información ha sido acotada mediante los siguientes filtros: año 2016, idioma español o inglés, sin incluir patentes y/o citas donde se encontraron varios artículos relacionados directamente con el tema, los cuales han sido necesarios para la elaboración de este trabajo.

En segundo lugar, se procedió a la revisión bibliográfica de artículos relacionados con la temática elegida en las principales bases de datos científicas específicas de ciencias de la salud:



Para la búsqueda fueron utilizados los términos correspondientes al tesoro de descriptores en Ciencias de la salud (DeCS) y sus correspondientes MeSH (Medical Subject Headings) en inglés, junto con la combinación de los operadores booleanos AND, OR y NOT lo que ha permitido la búsqueda en bases de datos de interés internacional.

DeCS	MeSH
Agitación psicomotriz	Psychomotor agitation
Paciente agitado	agitated patient
Protocolo agitación	Protocol agitation
Rol de enfermería	Nursing role

Tabla 2: Descriptores.

Para la elaboración de esta revisión se realizaron un total de 13 búsquedas bibliográficas en las bases de datos anteriormente citadas. Estas proporcionaron un total de 15 referencias bibliográficas debido a que hubo bibliografía que tuvo ser descartada por encontrarse duplicada en varias de las bases consultadas.

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BUSQUEDA	SELECCIÓN INICIAL	ARTICULOS INCLUIDOS
<i>Dialnet</i>	Agitación psicomotriz	24	4
	Paciente agitado	27	1
Pub Med	Nursing and Psychomotor	28	1
<i>Crochane Plus</i>	Agitación	29	0
	Agitación and psicomotriz	1	0
	Paciente and agitado	0	0
	Protocolo and agitación	0	0
	Rol and enfermería	2	0
<i>Scielo</i>	Agitación and psicomotriz	0	0
	Paciente and agitado	10	1
	Agitación and enfermería	13	1
Cuiden	Agitación psicomotriz	17	5
Google Académico	Agitación psicomotriz	147	2

Tabla 3: Estrategia de búsqueda en bases de datos científicas:

El siguiente paso fue comenzar la búsqueda de protocolos directamente entre las páginas web de distintos hospitales, donde se descubrió información relevante que más tarde fue utilizado para la elaboración de este trabajo.

También se revisaron páginas web oficiales como la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) y la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM).

La mayoría de información utilizada en la revisión bibliográfica ha sido encontrada en bases de datos de divulgación general.

Los criterios considerados en la búsqueda de información necesaria para la realización de este trabajo han sido:

a) Criterios de inclusión:

- Protocolos y guías clínicas relacionadas con el tema.
- Trabajos de investigación o revisiones que traten sobre agitación psicomotriz, tratamiento e intervenciones.
- Artículos de texto completo o de acceso gratuito (free full text).
- Idioma de español o inglés

b) Criterios de exclusión:

- Artículos donde no se trataba exclusivamente de la agitación psicomotriz o recomendaba intervenciones.
- Se hace referencia a violencia o agresión.
- No estaba disponible el texto completo de forma gratuita
- Hace referencia fuera del ámbito hospitalario o psiquiátrico.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Revisión bibliográfica sobre el rol de enfermería en el manejo del paciente agitado:

En primer lugar, como se cita en el artículo publicado por Víctor Fernández Gallego³, se debe diferenciar la conducta violenta de agitación psicomotriz. La conducta violenta se caracteriza por presentar agresividad, hostilidad y brusquedad lo que genera un problema de orden y seguridad, que como tal deben ser atendidos por personal de seguridad.

El signo indicativo más importante de violencia inminente es el comportamiento motor del paciente: aumento de la actividad motora, conducta demandante y aumento del tono de voz, suspicacia y desconfianza.

La diferencia es que la agitación es un trastorno de psicomotricidad y la conducta violenta es una alteración de la impulsividad, aunque es frecuente la asociación entre ambas de forma secuencial. Esta secuencia suele producirse crecientemente:



Esta conducta puede suponer un riesgo potencialmente vital para el paciente.¹

Lo primero que debe hacer el personal de enfermería es preparar el entorno terapéutico. Según "Stuart y Sundeen" (1995)¹⁷, el propósito del entorno terapéutico es ofrecer seguridad, confianza, protección y ayudar a los pacientes a sustituir conductas inadaptadas por habilidades personales y psicológicas más eficaces.

Para proporcionar un entorno de seguridad que garantice la integridad del paciente y del personal sanitario, han de seguirse una serie de pautas.

En primer lugar, se fomentará la participación activa del paciente mediante la asignación de un miembro del personal de enfermería en el momento del ingreso.

Para reducir el estrés se procederá a construir una relación terapéutica de confianza y empatía con el paciente, reduciendo al máximo los posibles factores irritantes (luz, ruido) y creando un ambiente de interés y respeto. ^{2, 3, 11,14.}

En segundo lugar, se recabará la máxima información posible acerca del paciente (antecedentes, situación socio-familiar, etc.) y si la situación lo permite, se recurrirá a redes de apoyo externas, como familiares o amigos con incidencia positiva en el paciente, lo que ayudará en la resolución de la situación.

Una vez obtenido un entorno terapéutico favorable y haber establecido un clima de seguridad, deben realizarse una serie de actuaciones siguiendo una secuencia jerárquica basada en los siguientes pilares fundamentales: ^{3,7, 8, 13.}

1. Control de la conducta del paciente:

Para ello el personal se aproximará al enfermo de forma tranquila y respetuosa, colocándose fuera del espacio personal del paciente y en su lado no dominante, manteniendo en todo momento una distancia de seguridad.

El acercamiento debe hacerse de lado, pero dentro del campo visual del paciente. Hay que evitar actitudes de confianza (tocar o abordar por la espalda).

El espacio destinado al abordaje debe ser amplio, con un ambiente tranquilo y libre de objetos que puedan predisponer a una posible agresión.

Antes de entrar debemos asegurarnos una vía de salida accesible. En la entrevista nos situaremos cerca de la salida y de los dispositivos de llamada al exterior por si fuera necesaria la presencia de otros profesionales.¹⁴

En el caso de que el paciente sea portador de algún arma, no se procederá a la evaluación hasta que se deshaga de ella depositándola en una zona neutral.

En caso de negativa, el personal de seguridad y/o las fuerzas de orden público serán avisados. Evitando en todo momento exponernos a riesgos innecesarios.

2. Evaluación médica: Una intervención precisa, requiere una identificación de la causa subyacente. El error más grave que puede cometerse ante un paciente agitado, es suponer, que la causa es de origen psiquiátrico y obviar las posibles causas orgánicas.^{3, 6, 12, 14.}

a) Se comenzará realizando una historia clínica detallada donde figuren:¹²

- Antecedentes médico-quirúrgicos recientes: tipo de cirugía, anestesia, reducciones en pacientes con fracturas, exploraciones invasivas, colocación y retirada de vías, sondas y drenajes.
- Antecedentes psiquiátricos (tratamiento habitual, adherencia, cambios recientes)
- Motivo del ingreso
- Analíticas recientes
- Consumo y abstinencia de tóxicos: Tanto la introducción de nuevos fármacos como su deprivación pueden desencadenar cuadros de agitación o delirium.
- Características del episodio actual (factores precipitantes, **Anexo 5**)
- Sensaciones percibidas del paciente (dolores, ahogos, mareos, temblores)

b) Se continuará con la exploración física y psíquica valorando las alteraciones del nivel de conciencia, así como la presencia de alucinaciones visuales.

El personal de enfermería procederá a determinar las constantes vitales del paciente: tensión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura axilar, glucemia capilar.

En la exploración psíquica se realizará la evaluación del estado mental del paciente determinando de manera general. El diagnóstico diferencial se basa en la etiología de la agitación psicomotriz:^{10, 12.}

- **Causa orgánica:** Debemos sospechar de Delirium cuando se trate de un cuadro de inicio agudo o subagudo, en pacientes con edad avanzada sin historia psiquiátrica previa. Un signo característico es la alternancia de periodos de calma con otros de agitación, sobre todo de instauración nocturna.
- **Causa no orgánica:** Este tipo de agitación se diferencia de la agitación orgánica por carecer de alteración del nivel de conciencia y no suele presentar desorientación temporo-espacial y la fluctuación es escasa.

	AGITACIÓN ORGÁNICA	AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA
NIVEL DE CONCIENCIA	Fluctuante, alteración de conciencia (obnubilación sobre todo nocturna)	No suele fluctuar. Conciencia clara
COMPORTAMIENTO	Inquieto, actitud exigente, vocífera, demanda ayuda, se arranca vía/sonda	Puede existir hostilidad o agresividad verbal hacia acompañantes o interlocutor
HABLA ("FORMA")	Discurso incoherente	Tono elevado, verborreico, disgregado, fuga de ideas en episodio maníaco
HUMOR	Fluctuante, lábil	Disforia o euforia
CONTENIDO DEL PENSAMIENTO	Confusión mental, alucinaciones visuales, delirio + actividad ocupacional, ideación delirante (especialmente de perjuicio)	Alucinaciones auditivas, ideación delirante de perjuicio en esquizofrenia o trastornos delirantes o megaloides en la manía
ESTADO COGNITIVO	Desorientación temporo-espacial, amnesia completa del episodio	Orientación temporo-espacial generalmente no afectada
OTROS DATOS	Taquicardia, taquipnea, fiebre, focalidad neurológica	Antecedentes psiquiátricos, incluidos ingresos previos

Tabla 3: Diagnóstico diferencial entre agitación orgánica y psiquiátrica según la evaluación del estado mental ¹⁰

3. Instauración de tratamiento:

El tratamiento de la agitación psicomotriz debe ir encaminado en la medida de lo posible a la resolución de la causa que ha provocado la agitación psicomotriz.

Las medidas terapéuticas existentes para el abordaje del paciente agitado se dividen en: contención verbal, farmacológica y mecánica.

Según la Nursing Interventions Classification (N.I.C). Se define Intervención Enfermera como *“Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”*.

El rol de enfermería es esencial en el abordaje de la agitación psicomotriz. Constituye una de las principales contribuciones a la labor del equipo terapéutico encargado del tratamiento de este tipo de pacientes.

En la revisión bibliográfica realizada, todos los artículos coinciden en que el primer nivel de actuación ante el paciente agitado es la contención verbal. Los objetivos de esta medida terapéutica se realizan para llevar a cabo el restablecimiento del autocontrol del paciente que facilitara la exteriorización de sus pensamientos y la implantación de límites de conducta claros. Es responsabilidad de la enfermera educar y estimular al paciente para que desempeñe un papel activo y responsable en su propio cuidado.¹⁴

El paciente debe estar informado en todo momento de la intervención que se le va a realizar y si fuera preciso negociar la toma de medicación.

La actitud que debe ser adoptada por el personal de enfermería siempre ha de ser empática, mostrando el máximo respeto hacia él. Para ello se utilizará un tono de voz firme mostrando actitud tranquilizadora, pero no autoritario, evitando realizar prejuicios o provocaciones.⁹

Es importante reservarnos los propios juicios y evitar la confrontación de ideas con el paciente. Si el paciente presenta delirio ayudaremos a aliviar su sufrimiento evitando entrar en sus ideas delirantes.¹⁴

Se debe tener especial cuidado con el lenguaje no verbal, evitando miradas prolongadas o fijas y evitando el contacto físico.

Según las recomendaciones científicas revisadas, la contención farmacológica es la primera pauta de actuación en situaciones de agitación de causa orgánica, además, estará indicada cuando la contención verbal no sea eficaz.^{8,14.}

La primera vía de administración de medicación elegida es la vía oral, aunque en numerosas ocasiones es inviable, debido al aumento de actividad motora y escaso nivel de participación que presentan estos pacientes.^{2, 3, 6, 8, 11, 12.}, esto explica que en numerosas ocasiones la vía de administración más utilizada sea la vía intramuscular. En los casos en los que sea posible, durante la contención verbal, se ofrecerá al paciente medicación sedante de absorción rápida por vía oral o sublingual.

Los fármacos más utilizados en el tratamiento de la agitación desde una visión general según la etiología de agitación son:

- 1) Benzodiazepinas: indicadas en casos de agitación orgánica sin actividad delirante, alucinaciones o problemas respiratorios y en manifestaciones causadas por miedo y pánico. Dentro de este grupo los fármacos más usados encontramos el Lorazepam, Diazepam y Midazolam.
- 2) Neurolépticos o antipsicóticos: indicados en casos agitación psicótica y, en general, ante la presencia de delirios, alucinaciones, confusión marcada y dificultades respiratorias. El Haloperidol es el fármaco de elección para el tratamiento de la agitación psicótica. Estrategias recientes incluyen los antipsicóticos atípicos como la Risperidona y la Olanzapina en el tratamiento de este tipo de agitación.

Ante este tipo de situaciones, se aconseja la administración conjunta de benzodiazepinas y antipsicóticos, el objetivo que se persigue es la sedación del paciente y no el control de los síntomas.^{3.}

Algunos autores introducen el aislamiento como medida terapéutica anterior a la contención mecánica. Esta técnica consiste en el confinamiento solitario en un ambiente totalmente protector con estrecha vigilancia por parte del personal para el control de conductas y mantenimiento de la seguridad tanto del paciente como del personal.^{8, 14.}

Finalmente, cuando se produzca el fracaso de las estrategias anteriormente citadas se utilizará como medida excepcional la contención mecánica. En ocasiones puede ser la primera medida terapéutica cuando se trate de situaciones de agitación grave o donde exista un riesgo inminente.^{2, 3, 9, 15, 17.}

Según la “*SEEUE*” si la agitación es de etiología orgánica este tipo de contención pasara a ser la primera pauta de actuación, con el objetivo de tratar la patología somática que presenta el paciente.

La contención mecánica debe ser prescrita por un facultativo, en los casos de urgencia en los que éste no esté presente y esta medida sea de necesidad inmediata, será la enfermera la responsable de comunicarlo al facultativo en el menor tiempo posible.^{5.}

Según la información revisada la posición adecuada para la realización de esta medida es la colocación del paciente en decúbito supino, excepto en los casos de intoxicación o disminución de conciencia donde el paciente presente riesgo de vomito o aspiración que se dejaría en posición lateral de seguridad.^{9, 12}

Toda persona sometida a esta medida terapéutica debe ser valorada por el personal de enfermería, para se realizará un seguimiento basado en un plan de cuidados que vigilará constantemente: las constantes vitales, el nivel de conciencia, la hidratación y alimentación, la movilidad y la eliminación intestinal y vesical.

La finalización de la contención mecánica debe hacerse gradualmente mientras se va observando la respuesta del paciente.³

La Sociedad Nacional de Enfermería de Salud Mental y la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias recomienda al personal de enfermería la realización de un autocontrol donde analizara las actitudes y sentimientos experimentados en las acciones llevadas a cabo para identificar posibles limitaciones surgidas en el abordaje del paciente agitado.

Revisión de protocolos de agitación del sistema sanitario de Castilla y León:

Tras la revisión de los protocolos de actuación de pacientes agitados de: *el “Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA)”*¹⁹, el *“Hospital Clínico Universitario de Valladolid”*¹⁸ Y El *“Hospital Clínico Universitario de Salamanca”*⁶, toda urgencia de agitación psicomotriz debe ser tratada por el facultativo de urgencias, quien será el encargado de su atención.

En el caso de una agitación de naturaleza psiquiátrica el facultativo de urgencias evaluará al paciente hasta la llegada del psiquiatra, quien asumirá la responsabilidad de tratar al paciente en coordinación con el facultativo.

Según los protocolos revisados, los recursos materiales necesarios son: lugar amplio y libre de objetos, con dos puertas de acceso que no puedan cerrarse ni bloquearse desde dentro.

En el *“CAUPA”*¹⁹ se describe detalladamente el espacio adecuado, dentro de los recursos existentes, donde debe abordarse este cuadro clínico, mientras que en los otros hospitales solo describen las características que debe tener el espacio para un adecuado abordaje, sin definir un lugar concreto donde realizarse.

Todos los protocolos revisados coinciden en que el primer paso para el control del paciente agitado es la contención verbal, teniendo en cuenta que no siempre la situación permite este tipo de abordaje. Todos utilizan el diálogo como herramienta principal de trabajo con el objetivo de que el paciente se muestre más abordable en la entrevista, la exploración clínica y el tratamiento.

Unificando las indicaciones de los protocolos revisados, si se produce el fracaso de la contención verbal se justifica la pauta de contención farmacológica.

En todos los protocolos la pauta farmacológica se realiza en función de la etiología, siendo los más utilizados:

- Etiología orgánica: predomina el uso de Antipsicóticos debido a los escasos efectos anticolinérgicos que presentan, el fármaco de elección es el Haloperidol.
- Etiología psiquiátrica: los fármacos de elección son los Antipsicóticos por los mismos motivos que en el caso de etiología orgánica. El uso de Benzodiacepinas queda reservado exclusivamente a los casos de agitación de origen comicial por abstinencia de alcohol o benzodiacepinas.

En el protocolo del “CAUPA”¹⁹ cabe destacar la necesidad de que el personal de enfermería disponga siempre en el botiquín de urgencias fármacos de esta naturaleza, siendo de vital importancia el conocimiento del método de preparación, la vía de administración y la accesibilidad, para facilitar una rápida y eficaz actuación.

En el caso de que las medidas anteriormente citadas fracasasen (contención verbal y farmacológica), todos los protocolos revisados coinciden en el uso de contención mecánica como medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o total del paciente, para garantizar la seguridad de él y del resto de personal. Por ello esta medida restrictiva constituye el último eslabón ante el abordaje del paciente agitado en el servicio de urgencias hospitalarias.

Todos los protocolos coinciden en que el personal mínimo necesario para la realización de esta técnica es de 4 personas, siendo idónea la participación de 5 personas. Una persona para cada extremidad y otra para la cabeza.

Esta medida es un procedimiento planeado y coordinado en el que participa: personal de seguridad, dos celadores y un auxiliar, además de la enfermera quien se situará en la cabeza del paciente y será la encargada de coordinar y dirigir la contención.

En la unidad debe conocerse el lugar designado para este tipo de técnica, donde se dispondrá de un sistema de elementos de sujeción homologado, tales como, 2 muñequeras, 2 tobilleras y un cinturón abdominal, todos ellos provistos de almohadillado para evitar lesiones en el paciente y favorecer el retorno venoso, además de los anclajes y llaves o botones magnéticos.

En la cama destinada a este tipo de actuación, todos los protocolos revisados coinciden en que al menos el cinturón abdominal deberá estar previamente colocado en la cama. Esta medida se debe a que la sujeción abdominal es el primer eslabón a seguir en la contención mecánica de pacientes agitados.

Seguidamente todos indican continuar inmovilizando los miembros inferiores y por último los superiores.

En caso de contención parcial la sujeción debe realizarse en diagonal, conteniendo una extremidad inferior, por ejemplo, la derecha y la extremidad superior izquierda o viceversa.

Únicamente en el protocolo del “*Hospital clínico universitario de Valladolid*”¹⁸ se explica detalladamente cómo deben situarse las extremidades para la realización de la contención, de esta manera, las extremidades inferiores deberán estar extendidas y ligeramente separadas para permitir una correcta sujeción de los tobillos.

Por último, las extremidades superiores deberán colocarse extendidas y separadas del cuerpo para permitir una correcta sujeción de las muñecas.

Una vez finalizada la contención se preguntará al paciente si tiene alguna necesidad básica, que en caso de existir será atendida por la enfermera en el mismo momento de solicitarse.

La enfermera junto con el facultativo responsable serán en todo momento, los encargados de la evaluación y el seguimiento del paciente.

Como se describe detalladamente solo en el protocolo del "Hospital clínico universitario de Valladolid"¹⁸, se valorarán dentro de la primera hora tras la finalización de la contención mecánica las constantes vitales del paciente, el estado general, el nivel de conciencia y en las zonas de sujeción se vigilarían el retorno venoso y la integridad de la piel para valorar la aparición de lesiones en los puntos de sujeción.

Según el "CAUPA"¹⁹ si la contención es total se protocolizará la liberación de extremidades cada dos horas, liberando cada extremidad un mínimo de 15 minutos para evitar complicaciones. Tras la decisión de finalizar la contención mecánica, todos los protocolos revisados indican la retirada de los elementos de sujeción de forma gradual y en presencia de al menos 3 miembros del personal encargado.

En "la recomendación científica del SEEUE"⁸ se aconseja tras la finalización del proceso la realización del autochequeo personal, lo que podemos observar que no está indicado en ninguno de los protocolos utilizados en la revisión siendo una medida importante para mejorar el procedimiento de actuación en sucesivas intervenciones.

4.1 CONCLUSIONES

Tras la revisión bibliográfica del paciente agitado y el análisis de los procedimientos revisados, se objetiva, que las conclusiones obtenidas tras la revisión bibliográfica acerca del rol de enfermería ante el manejo del paciente agitado son:

Que en primer lugar, el objetivo principal de la implantación de un protocolo estandarizado, es mejorar la calidad asistencial, unificando criterios y pautas de actuación en el manejo de pacientes agitados y difundir criterios de buena práctica para aumentar la seguridad del paciente y del personal sanitario ante este tipo de situaciones clínicas. Para ello es de gran importancia dotar al personal de enfermería de los conocimientos y pautas a seguir en el caso que se establezca la necesidad de utilizar contención mecánica y/o verbal.

En segundo lugar, que la toma de decisión de inicio del protocolo de actuación ante el paciente agitado debe ser resuelta por el facultativo responsable o psiquiatra asignado y en caso de extremada urgencia de aplicación y ausencia de ambos, toda la información revisada coincide que será el personal de enfermería el encargado de llevar a cabo su inicio comunicándoselo al facultativo responsable lo antes posible.

En tercer lugar, respecto al material y recursos necesarios todos los protocolos coinciden en que debe disponerse de un lugar preparado con un conjunto de sistemas de contención homologados, de los cuales al menos el sistema de sujeción abdominal deberá estar debidamente colocado en la cama destinada a esta medida terapéutica.

Para finalizar, tras la revisión de los protocolos de actuación ante el paciente agitado del Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Hospital clínico Universitario de Valladolid y Hospital Clínico Universitario de Salamanca, se concluye que no hay grandes diferencias en el modo de atención al paciente agitado. Esto se debe que los criterios de actuación de los protocolos revisados se ajustan a las recomendaciones científicas establecidas, lo que lleva a la conclusión de que el abordaje del paciente agitado está muy protocolarizado.

5. BIBLIOGRAFÍA

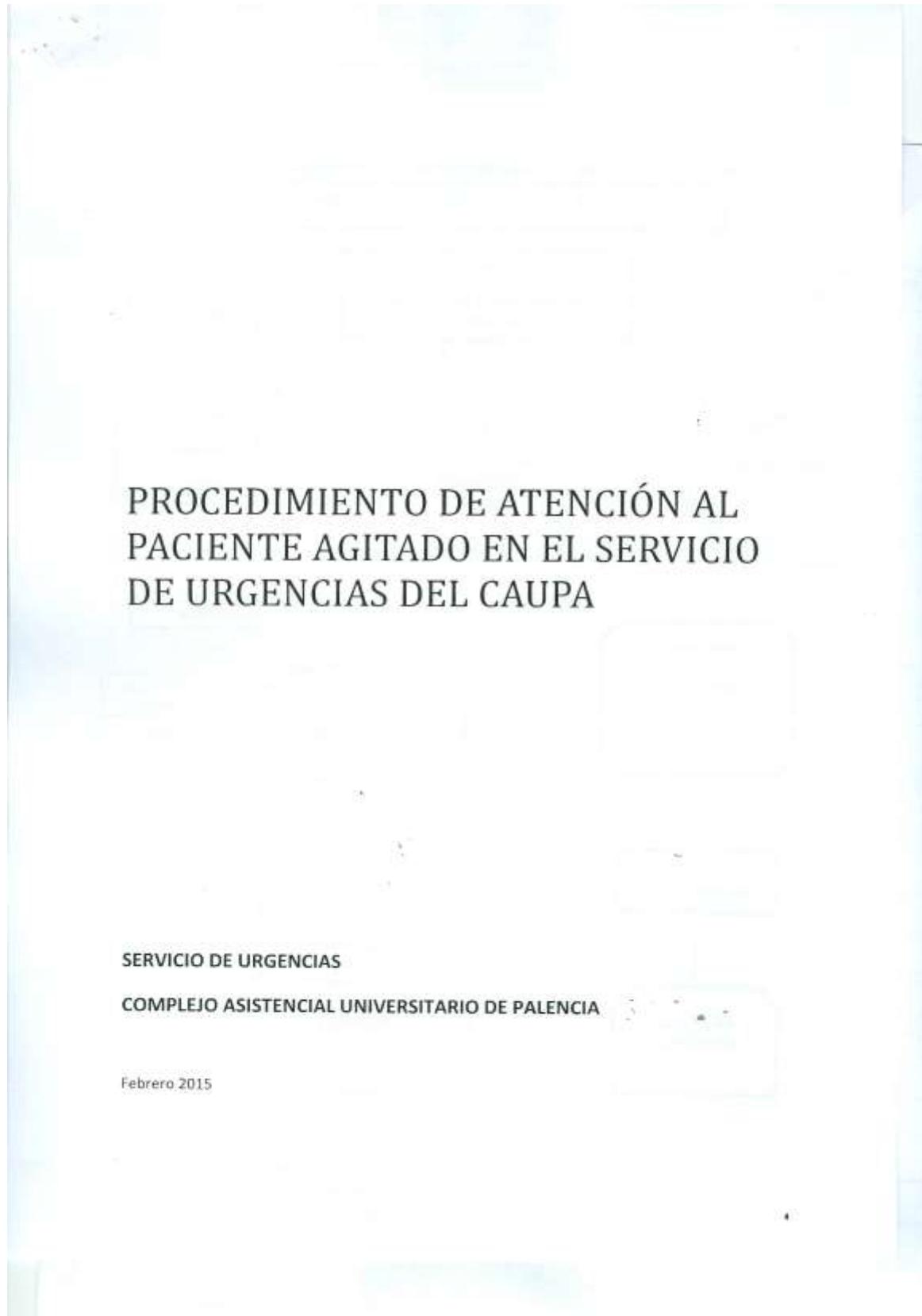
1. Burk RS, Grap MJ, Munro CL, Schubert CM, Sessler CN. Predictors of Agitation in the Adult Critically Ill. American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses.[Internet] 2014; 23(5):414-423.
Available from: <http://www.aacn.org/wd/Cetests/media/A1423053.pdf>
2. Galián. I. Protocolo de atención a pacientes con agitación y/o heteroagresividad. Hospital psiquiátrico Román. Murcia; 2011
3. Fernández V, Murcia E, Sinisterra J, Casal C, Gómez M. Manejo inicial del paciente agitado. Revista científica de la Sociedad Española de Medicina de urgencias y emergencias. Volumen 21. 2009.
4. Martín Cazorla F., Santos Amaya I.M., López García M. Agitación psicomotriz e implicaciones médico forenses. Cuad. Med. Forense [Internet]. 2011 Sep; 17(3): 111-117. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113576062011000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062011000300002>.
5. Carricaburu Ripa A. Intervención enfermera, contención mecánica en la agitación psicomotriz.[Grado en enfermería]. Universidad de la Rioja. 2015. Disponible en: http://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001088.pdf
6. Hospital Clínico Universitario Salamanca. Protocolo para el tratamiento de agitación psicomotriz. Versión 2.0. Julio. Año 2015. [Observación no publicada]
7. Rivas Jiménez M. Manual de Urgencias. Buenos Aires. Panamericana S.A. 2ª Edición. Año 2010

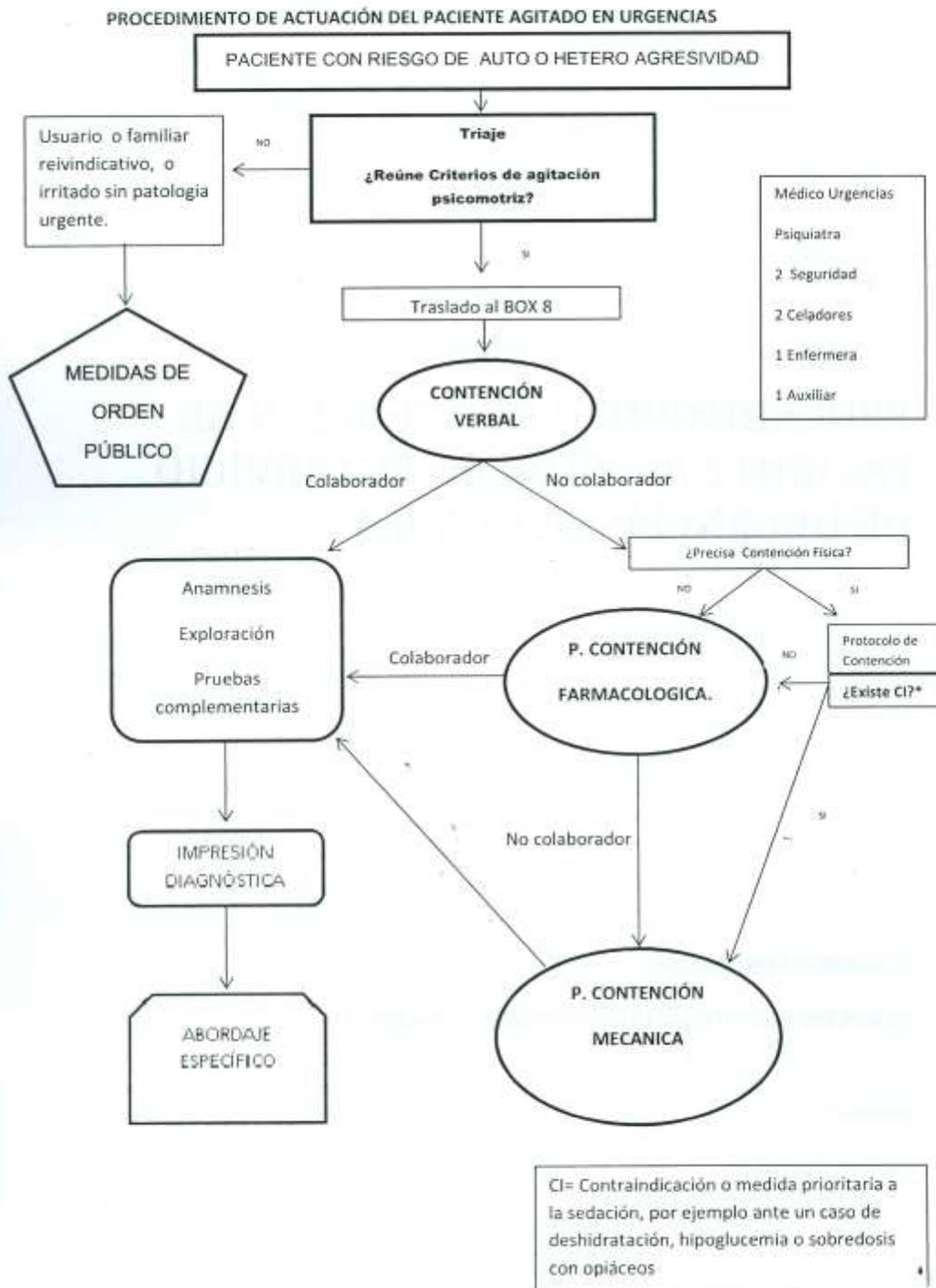
8. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias” (SEEUE). El paciente agitado. Recomendación científica 10/01/09 de 25 de junio de 2009. Disponible en:
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/anterior/documentos/recomendaciones/AGITADO.pdf>
9. Carcoba. N, García. C, Guevara C. Contención mecánica en urgencias. NURE Inv. [Internet]. 2012 Disponible en:
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE60_protocolo_contencion.pdf
10. Ruiz. I, Mateos. V, Suárez. H, Villaverde. P Guía práctica de diagnóstico y tratamiento. Síndrome confusional agudo (Delirium). Servicio de Salud del Principado de Asturias. Hospital Universitario Central de Asturias.
11. Madoz Gúrpide; Martínez Moneo, Matilde; Otaño, Magdalena. El paciente agitado. Servicio de psiquiatría del Hospital de Navarra. Libro electrónico de temas de urgencia. Disponible en:
<http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/17.Psiquiatricas/El%20paciente%20agitado.pdf>.
12. García Álvarez MJ. Bugarín González R. Agitación psicomotriz. Actualización de “ABCDE en Urgencias Extrahospitalarias” [Internet]. Gerencia de gestión Integrada de Santiago de Compostela. 2012.
13. Honorio Delgado – Hideyo Noguchi I. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2014; 77 (1):19. Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1160>.

14. Megías Lizancos F, Vila Gimeno C, Carretero Román J, Rodríguez Monge M, Salas Rubio J, Sánchez Alfonso J et al. Abordaje y cuidados del paciente agitado. Documento de Consenso. Revista Española de Enfermería de Salud Mental 2016 Año. 2016; Vol. 1(Nº.1).
15. Physical restraint of patients in the practice of nursing: integrative review. Journal of Nursing UFPE [Internet] 2013; 7(9):5677-5685. Disponible en: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4293/0>
16. García. I, López. N, Vicente. M. Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica. ¿FALTA DE TIEMPO? Index Enfermería [online]. 2004, vol.13, n.47, pp.44-48. ISSN 1132-1296.
17. Bohorquez de Figueroa A, Carrascal S, Acosta S, Suárez J, Melo A, Pérez J, et al. Evolución del estado mental del paciente sometido a la contención mecánica. Revista Ciencia y Cuidado. 2010 enero - diciembre; Vol. 7(Nº. 1): p. págs. 29-34.
18. Protocolo actuación: paciente agitado. Hospital Clínico Universitario Valladolid. [Monografía no publicada]
19. *Procedimiento de atención al paciente agitado en el servicio de urgencias del CAUPA. Complejo Asistencial Universitaria de Palencia. Año 2015.* [Monografía no publicada]

6. ANEXOS

6.1 Anexo 1: Procedimiento de atención al paciente agitado en urgencias del CAUPA





Procedimiento del paciente agitado en Urgencias
CAUPA

En la elaboración de este Procedimiento de Atención al Paciente Agitado en el Servicio de Urgencias del CAUPA han colaborado profesionales sanitarios y no sanitarios de los Servicios de Urgencias, de Salud Mental, de Prevención y Riesgos Laborales, directivos del CAUPA, así como personal de Seguridad.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes agitados son una situación clínica a la que, con relativa frecuencia, se enfrentan los profesionales sanitarios en su práctica asistencial.

Ante un paciente agitado (estado de marcada excitación mental acompañada de un aumento inadecuado de la actividad motora) es frecuente cometer el error de asumir un origen psiquiátrico, olvidando descartar procesos orgánicos potencialmente mortales como hipoglucemia, meningoccefalitis, hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea...

Ante un paciente agitado, lo primero, además de tomar las medidas de seguridad oportunas, debe ser intentar establecer un diagnóstico diferencial de presunción que oriente el abordaje terapéutico. Éste diagnóstico de presunción se hará en función tanto de la sintomatología reflejada por el paciente como por la información facilitada por familiares, amigos, o testigos si es posible.

En la medida de lo posible el tratamiento irá dirigido a abordar la causa que provoca la agitación. El manejo del paciente agitado se basa en medidas de seguridad, intervención verbal y medidas de contención (física, mecánica, farmacológica). Ante todo hay que garantizar la SEGURIDAD del personal, del propio paciente y familiares, de otros pacientes y del entorno material.

OBJETIVOS

- El objetivo principal que se persigue con este procedimiento es el de ordenar las actuaciones realizadas por cada uno de los profesionales que atienden a un paciente agitado en el Servicio de Urgencias y establecer las pautas básicas de actuación en situación de urgencia.
- Unificar las pautas de actuación por parte de todos los profesionales implicados en el mismo paciente
- Disminuir los riesgos para el propio paciente y los profesionales en aquellas situaciones en que pueda producirse

RECURSOS

1. MATERIALES

1.1. Estructurales:

Box 8

- Libre de objetos contundentes o afilados, con la adecuada disposición del mobiliario que permita la salida, sin cerrojos y un sistema de llamada al exterior para situaciones de emergencia. (Botón antipánico)
- Se atenderá siempre al paciente acompañado de personal de Seguridad, aunque si la situación lo permite, la entrevista se realizará a solas con el paciente, el médico se situará más próximo a la salida y con suficiente distancia de seguridad. El acompañante podrá estar presente si actúa como elemento tranquilizador.
- Si el riesgo de violencia es elevado, el encuentro será con la puerta abierta y con otras personas fuera próximos a la puerta, o incluso de pie y presentes en la habitación. Para preservar la confidencialidad del paciente, una puerta presentará un "ojo de buey" que permita la vigilancia desde fuera del box
- Dispone de mesa, silla, camilla especializada con correas de contención, monitor

1.2. Fungibles y farmacológicos:

1.2.1. Camilla con sujeción mecánica

1.2.2. Sujeciones mecánicas

1.2.3. Botiquín de psicofármacos esenciales para las urgencias psiquiátricas

2. HUMANOS

- 2.1 .Facultativo de Urgencias / Psiquiatra
- 2.2 .Enfermeros/as
- 2.3. Auxiliar
- 2.4 .Celadores/as
- 2.5. Seguridad

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

TRIAJE

Si en el triaje se detecta al paciente agitado y éste supone una amenaza, se activará botón antipánico. Si se considera que puede ser evaluado por un facultativo, se evaluará en el Box 8. Todo paciente que llegue agitado al servicio de urgencias se le mandará directamente al BOX-8

EVALUACIÓN

Toda urgencia psiquiátrica deberá ser evaluada por un psiquiatra. Hasta su llegada el facultativo de urgencias evaluará / atenderá al paciente en el Box 8.

En el Box 8 del Servicio de Urgencias se han realizado una serie de actuaciones estructurales para adecuar, dentro de las posibilidades existentes, ese espacio a las necesidades de la atención al paciente agitado.

El Box 8 dispone de una camilla con la sujeción mecánica preparada, timbre antipánico para poder advertir al personal de seguridad ante una situación potencialmente peligrosa, y dispone de dos puertas de escape.

INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA

1. **CONTENCIÓN VERBAL:** Si es posible constituye el primer paso para intentar controlar la conducta del paciente agitado. Consiste en la intervención a través del diálogo con el usuario que realiza el personal del hospital destinada a conseguir que el paciente disminuya su ansiedad y agitación con el objetivo que sea más abordable a la entrevista, exploración clínica y tratamiento. Se realiza ante casos de agitación sin peligro inminente. Cuando se precise, el personal sanitario podrá solicitar la presencia de personal no sanitario como elemento de seguridad, apoyo y disuasión. (Anexo.1)

2. **CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA:** Consiste en administrar medicación con la finalidad de aliviar los síntomas de agitación según protocolo. Todos los fármacos que pudieran precisarse deberán estar disponibles permanentemente en el botiquín de urgencias (Anexo.2)

BOTIQUIN DE URGENCIAS:

AGITACION

- Haloperidol oral e inyectable
- Sinogan ® (Levopromacina)
- Zyprexa® (Olanzapina) oral e inyectable
- Tranxilum® (Cloracepato dipotásico) oral e inyectable
- Valium® (Diacepam) oral e inyectable
- Lexatin ® (Bromazepam) oral
- Trankimazin ® (Alprazolam) oral
- Tiaprizal ® (Tiapride) oral e inyectable
- Orfidal ® (Loracepam) oral
- Loxapina inhalado

INTOXICACIÓN Y ABSTINENCIA

- Distraneurine ® (Clometiazol):
- Naloxona parenteral
- Naltrexona oral
- Anexate® (Flumacénilo)
- Nicotina oral

3. **CONTENCIÓN FÍSICA:** Consiste en el conjunto de maniobras de inmovilización transitorias que realiza un equipo específico para conseguir que el paciente que lo precisa reciba el tratamiento farmacológico y/o se proceda a la contención mecánica (Tabla 1.)

4. **CONTENCIÓN MECÁNICA:** Implica maniobras y técnica de sujeción con mecanismo de seguridad, que se realiza según procedimiento establecido en el protocolo de sujeción. (Anexo.3)

ANEXO 1

CONTENCIÓN VERBAL

- Darse a conocer como médico. Tener información sobre la Hª Clínica del paciente antes de hablar él.
- No realizarlo en solitario, siempre que sea posible.
- Asegurarse vía de salida accesible, siempre estando el profesional más cerca de la puerta. Colocarse en el lado no dominante y fuera del espacio personal del paciente
- Dar información. El paciente deberá estar informado en todo momento de lo que se le va a hacer. Evitar amenazas y promesas falsas. Ofrecer expectativas razonables.
- Mostrar actitud tranquilizadora pero de firmeza (aparentar calma y control de la situación en todo momento).
- Conversación tranquila, hablar sin elevar la voz, suave y con preguntas cortas, escucha activa, no enfrentarse al paciente (ni con actitudes ni con ideas) ni mostrar prejuicios hacia él. Aunque es importante limitar su conducta, y comunicarle qué conducta se aceptará y cuál no.
- No mantener la mirada fija, sino efectuar desplazamientos naturales con la vista. Evitar gestos bruscos, amenazantes ni defensivos
- Valorar, y estar atentos ante signos inminentes de violencia, tales como aumento del tono de voz (habla amenazante, lenguaje insolente y grosero,...), tensión muscular (agarrarse a la silla, etc.), nerviosismo, hiperactividad (frotar de manos, caminar de un lado a otro,...), miradas de reojo, etc. El signo predictor más importante de violencia inminente es el comportamiento motor del paciente. Ignorar estos gestos de posible violencia es abrir las puertas a una amenaza potencial.
- La presencia de familiares debe ser valorada por el médico. Pero siempre será conveniente y necesario preguntar a familiares y testigos sobre el paciente (antecedentes, consumo de sustancias, situación familiar, apoyo social, etc.) así como de la crisis concreta.
- Considerar la posibilidad de ofrecer medicación sedante por vía oral (diazepam, haloperidol) e incluso parenteral; algunos pacientes, especialmente los que sufren trastornos adaptativos, lo aceptan

ANEXO 2

PROTOCÓLO FARMACOLÓGICO DE PACIENTE AGITADO EN URGENCIAS

AGITACIÓN MODERADA-GRAVE

- **Haloperidol 5mg** (una ampolla) i.m + **Sinogan ® 25 mg** i.m con posibilidad de repetir a la hora si persisten síntomas significativos. En determinadas circunstancias se puede emplear 2 ampollas de haloperidol . Existe una pauta alternativa con **Haloperidol i.m + Diazepam 10mg (Valium®)**. Vigilar Tensión arterial, ritmo cardíaco y función respiratoria
- **Zyprexa ® 10 mg** i.m con indicación de repetir cada hora si persisten síntomas
- **Adasuve ®** inhalado como alternativa a la medicación inyectable (esquizofrenia o trastorno bipolar)
- **Tiaprizal ®** i.m 1 ampolla en caso de agitación en ancianos o pacientes con otra patología física como motivo principal de intervención. La dosis se puede repetir a los 45min

AGITACIÓN LEVE O INQUIETUD INTENSA

- **Alprazolam 0.5-1mg (Trankimazin ®)**: sublingual en pacientes sin síntomas psicóticos y con marcada sintomatología ansiosa, repitiendo a los 30 min si no cede la sintomatología
- **Bromazepam 3mg (Lexatin ®)**: cada 8h si ansiedad leve
- **Diazepam 10mg (Valium ®)** v.o ò **Cloracepato dipotásico 10 mg (Tranxilum®)** oral, en pacientes con agitación leve asociada a ansiedad e insomnio.
- **Loracepam 1mg (Orfidal ®)**: en paciente con agitación leve asociada a ansiedad
- **Diazepam 10mg i.m o Tranxilum® 50mg i.m**

* Este protocolo está destinado al paciente agitado en Urgencias. Las indicaciones son orientativas para los facultativos de Urgencias. El protocolo no suple la experiencia y los conocimientos del facultativo en cada caso concreto

ANEXO 3

PROTOCOLO DE CONTENCION MECANICA

(Actualización de Salud Mental del CAUPA)

OBJETIVO

Inmovilizar o realizar una restricción de movimientos del paciente mediante el uso de procedimientos físicos o mecánicos en cama, con correas de sujeción, a fin de controlar las actividades físicas del paciente y protegerlo de las lesiones que pueda infligirse a así mismo o a otros.

INDICACIONES

- Garantizar la seguridad de otras personas
- Prevenir daños al propio paciente
- Evitar la alteración del ambiente terapéutico
- A petición del propio paciente si clínicamente es apropiado

RECURSOS Y MATERIALES

Cinturón de sujeción mecánica Segufix

Correas de sujeción mecánica (muñequeras y tobilleras, tiras de fijación a cama, cinta para sujeción tórax)

Imanes y botones para anclaje

CONSIDERACIONES PREVIAS

- Comprobar el estado de la cama y preparar sobre ella al menos el cinturón con el que se realizara la contención mecánica
- Preparar y dejar en lugar cercano, pero seguro, todo el material que va a ser necesario para la contención.
- Decidir previamente, que tipo de contención, total o parcial, se va a realizar.

PROCEDIMIENTO PARA LA INMOVILIZACION

-Planear una forma rápida y coordinada de la intervención con el equipo. El modo en que se debe actuar para cada situación o paciente será coordinado por la enfermera.

-Agrupar un mínimo de cuatro o cinco personas. A criterio de la enfermera, podría modificarse al número de personas que deben intervenir.

La enfermera requerirá inmediatamente la presencia del personal de Seguridad y de al menos dos celadores y un auxiliar.

Si a pesar de todos los recursos humanos de los que se dispone en la Unidad, se prevé que estos pueden ser insuficientes, se solicitará la presencia de otros celadores.

-Una vez coordinados y tomada la decisión, se debe dar tiempo al paciente para obedecer las indicaciones. En caso de no conseguir la colaboración deseada se evitara el intercambio verbal con el paciente.

-La contención física se realizara comenzando con la inmovilización de cintura, mediante colocación de un cinturón de Segufix, continuando por miembros inferiores y por ultimo superiores.

En caso de inmovilización parcial esta se realizara cruzada o en diagonal (brazo izquierdo y pierna derecha o viceversa).

Preferentemente se situará al paciente en decúbito supino, o en decúbito lateral izquierdo, en los que se presenta disminución del grado de vigilia y es previsible la aparición de vómitos.

-Retirar lo antes posible todos los objetos potencialmente peligrosos para el paciente o para otros si no ha podido hacerse antes de la inmovilización.

- Una vez realizada la contención física, se comprobará que las muñequeras, tobilleras y el propio cinturón de Segufix, se encuentran correctamente apretados, con suficiente almohadillado en tobillos y muñecas para no impedir retorno venoso y evitar úlceras por presión. Se preguntara al paciente si presenta alguna necesidad básica, para atender en ese momento.

VIGILANCIA DEL PACIENTE SOMETIDO A INMOVILIZACION

- La auxiliar de enfermería, o la enfermera vigilarán al paciente de forma continua. Es recomendable que la enfermera marque una pauta sobre la frecuencia y cuidados a realizar en cada visita
- La enfermera hará constar en la historia de enfermería la hora de inicio y finalización de la sujeción, así como cualquier incidencia relevante que ocurra durante el tiempo de dure la misma
- Se tendrán especiales precauciones a la hora de ser administrados alimentos. Es más seguro administrar alimentos de consistencia blanda, pues los atragantamientos pueden ser más frecuentes con los líquidos.
- Es importante no bajar la guardia en los momentos en que se realicen maniobras de movilización del paciente (aseo personal, alimentación o al atender necesidades fisiológicas)
- Brindar en todos los casos un ambiente tranquilo, disminuyendo los estímulos ambientales.
- En caso de estar asociado un cuadro de desorientación, intentar reorientar al paciente en espacio, tiempo y personas.
- Cuando la inmovilización se realice sobre las cuatro extremidades y este previsto que esta situación debe mantenerse, se protocolizara la liberación, de extremidades cada dos horas, liberando cada miembro durante al menos quince minutos.
- El auxiliar deberá revisar regularmente el almohadillado de muñecas y tobillos.
- El auxiliar y el celador deberán revisar regularmente la integridad y correcta colocación del Segufix y de sus imanes
- Vigilancia continua y control de constantes vitales fundamentalmente en pacientes con síntomas de embriaguez, abstinencia a alcohol...
- Cuando definitivamente se decida poner fin a la inmovilidad, esta siempre será retirada de forma gradual, y en el momento de la liberación completa, es preciso garantizar la seguridad del personal, por lo que estarán presentes al menos tres personas.

TABLA 1

Tabla 1. Contención física. Inmovilización mediante correas

Es una técnica de enfermería pero que va a precisar la ayuda de todo el personal disponible, entre 4 y 5 personas, para que resulte más efectiva en pacientes violentos.

La exhibición de fuerza puede resultar de por sí disuasoria, y en algunos casos suficiente.

Se realizará en el BOX 8

Mejor utilizar correas comercializadas de cuero que vendas, sábanas o similares.

Eliminar objetos peligrosos próximos.

Técnica:

Se le indica al paciente que se va a proceder a su inmovilización para su protección y correcta atención.

Ideal actuar 1 persona por cada extremidad y otra para el control de la cabeza. Una persona dirige.

Colocar al sujeto de espaldas sobre el suelo o la camilla.

Sujetar con las correas entre 2 puntos (brazo y pierna contralaterales) y 5 puntos (todas las extremidades y cintura), según la intensidad del cuadro.

La cabeza ligeramente incorporada para evitar aspiraciones. Evitar la opresión del cuello y abdomen.

Ante violencia extrema, la inmovilización la deben realizar las fuerzas de seguridad.

6.2 Anexo 2: Protocolo para el tratamiento de la agitación Hospital Clínico
Universitario Salamanca

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SALAMANCA**

Paseo de San Vicente, 58-182
37007 Salamanca

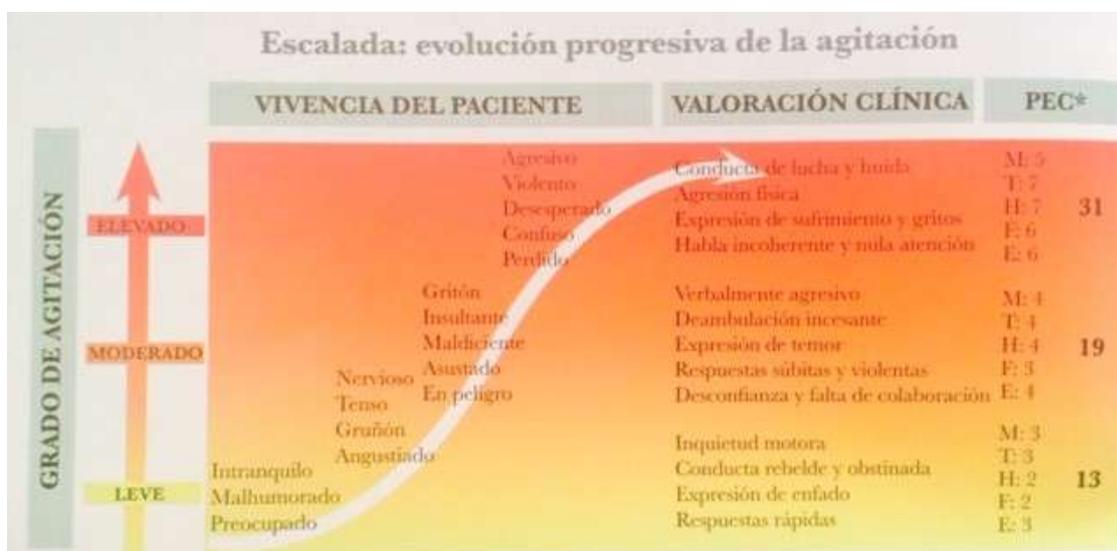


PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

La agitación psicomotriz consiste en un aumento de la actividad motora inadecuada y no productiva DE INICIO GENERALMENTE BRUSCO Y QUE EXIGE UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA INMEDIATA. Se acompaña de un estado de tensión interna, que puede manifestarse verbalmente, y a la vez con alteraciones cognitivas. Puede aparecer en forma de inquietud *psicomotriz* (escasa intensidad), o *agitación extrema* (exaltación de movimientos).

La diferencia entre Agitación Psicomotriz y conducta violenta es: la primera es un trastorno de psicomotricidad y la segunda una alteración de la impulsividad. Lo más frecuente es la asociación entre ambas en forma secuencial o al unísono. Las 3Aes: Ansiedad→ Agitación→ Agresividad.



1. MARCO TEÓRICO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ.

La prevalencia de agitación, o agresividad es similar en pacientes psiquiátricos (4.3%) que en la población general (3.3%). Se estima que hasta un 40% de los pacientes que ingresan en una unidad psiquiátrica han presentado previamente algún comportamiento agresivo.

La agitación se puede deber a causas: Orgánicas(Delirium)/ Psiquiátricas/ De carácter o personalidad.

Características de la agitación orgánica.

- Enfermedad conocida con **deterioro cognitivo**: déficits neurosensoriales o trastornos neurológicos previos, sobre todo en la edad avanzada.
- Puede aparecer con el uso de **fármacos**, sobre todo en la edad avanzada.
- Antecedentes de **intoxicación por drogas** y otras sustancias farmacológicas.
- **Inicio brusco** de la clínica.
- **Ausencia de historia previa** de otros episodios confusionales.
- **Fluctuaciones del estado de conciencia**: atención, desorientación y grado de alerta.
- Presencia de alteraciones sensoperceptivas sobre todo del tipo **alucinaciones visuales**.

Tabla 1. Etiología del delirium por grupos de edad

Infancia	- Infecciones-Intoxicaciones-Traumatismos-Epilepsia
Adolescencia	- Intoxicación aguda y abstinencia de sustancias de abuso - Traumatismo craneoencefálico - Cuadros postquirúrgicos
Adulthood	- Endocrinopatías, encefalopatías, procesos vasculares, neoplasias - Intoxicación y abstinencia de alcohol y sustancias de abuso
Senectud	-Enfermedades cerebrovasculares (sobre todo frontales y temporales) -Efectos secundarios de la medicación.

Tabla 2. Tipos de delirium

Delirium hiperactivo	Delirium hipoactivo
- Hiperactividad verbal y no verbal sobre todo nocturna. - Agitación y movimientos desordenados y estereotipados que reproducen la actividad profesional del paciente (delirio ocupacional) - Hiperfunción autonómica: diaforesis, rubor, taqui o bradicardia, palidez, alt. pupilares, temblor, incontinencia urinaria, hipo o hipertensión arterial.	- Hipoactividad verbal y no verbal (reacciones lentas, respuestas sencillas). - Abandono de actividades habituales (apatía e inatención). - Puede llegar a dormirse en la exploración. - Tendencia al estupor y coma.
MÁS FRECUENTE	MENOS FRECUENTE

Características de la agitación psiquiátrica.

Agitación con síntomas psicóticos:

- Esquizofrenia: tipo paranoide, catatónico...
- Trastorno esquizoafectivo.
- Psicosis reactiva breve
- Trastorno bipolar
- Trastorno de ideas delirantes

Agitación sin síntomas psicóticos:

- Oligofrenia
- Crisis de angustia
- Demencia
- Reacción aguda de estrés
- Trastorno conversivo

Características de la agitación de carácter o personalidad.

Ciertos estilos de personalidad tienden a la agitación ante situaciones de estrés emocional o situaciones catastróficas que pueden suponer una amenaza grave para el sujeto y allegados; fundamentalmente las personas con rasgos pertenecientes al cluster B de los trastornos de la personalidad.

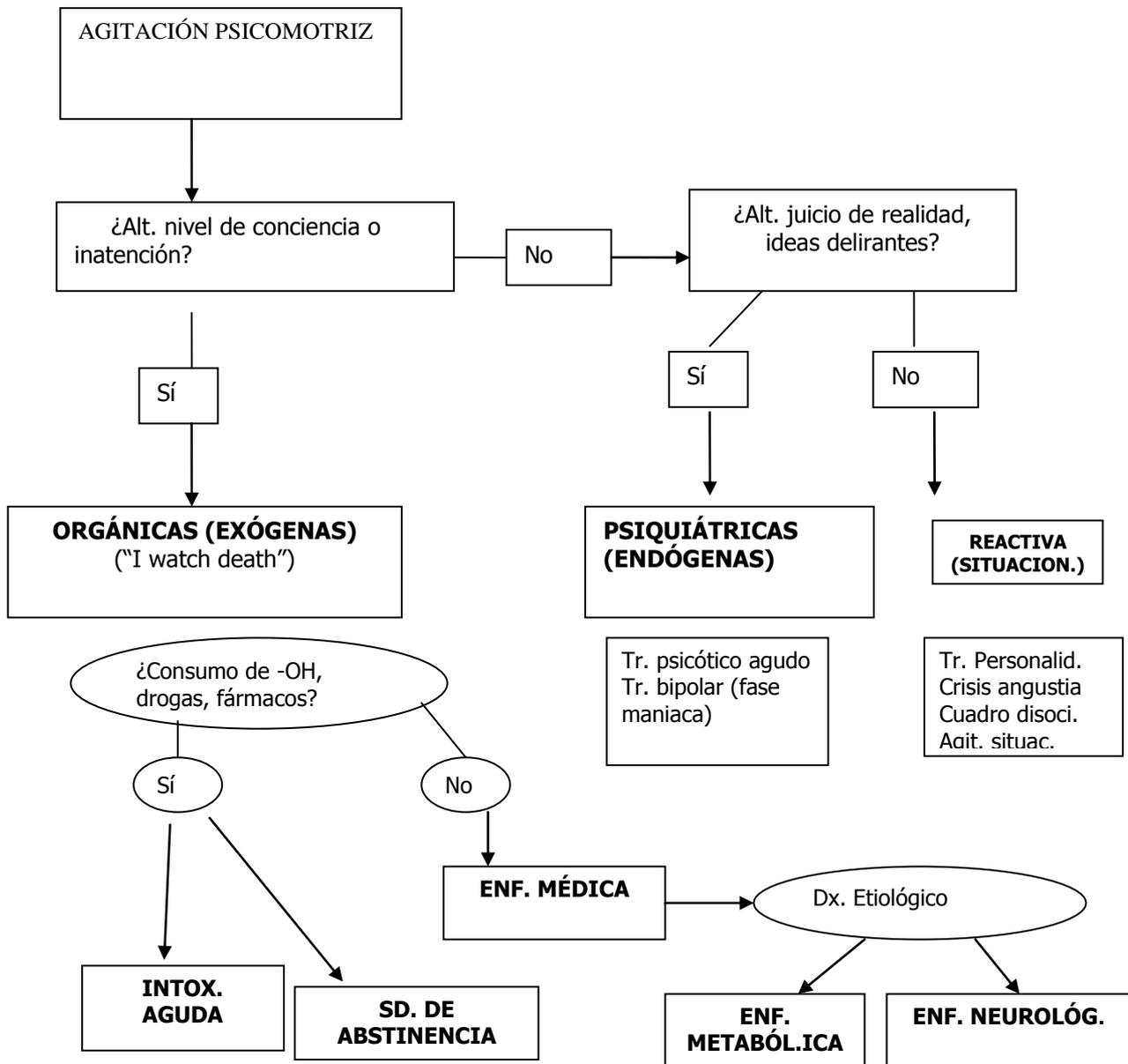
2. EVALUACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ.

Existen determinados signos/síntomas que pueden ayudarnos a predecir un comportamiento violento/agitado:

Expresión facial de tensión/enfado, tensión corporal, inquietud, signos que indiquen hiperactivación autonómica, movimientos erráticos, volumen de discurso aumentado, contacto visual prolongado, rechazo a la comunicación, concentración baja, proceso del pensamiento poco claro, delirios o alucinaciones con contenido violento, gestos o palabras amenazantes, informar de enfado o sentimientos violentos, bloqueo de las vías de escape, comportamiento similar al que precedió a episodios previos de agitación.

Por otro lado, también hay que atender a los factores asociados a la agitación: SEXO MASCULINO, 15-30 AÑOS DE EDAD, NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO, POCOS VÍNCULOS FAMILIARES, USO/ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS, ANTECEDENTES DE CONDUCTA VIOLENTA ANTERIOR.

3. ALGORITMO DIAGNOSTICO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ



4. EVALUACIÓN DEL PACIENTE AGITADO.

- Historia Clínica.

Determinar las constantes:

- Tensión arterial: hiper o hipotensión inapropiadas.
- Frecuencia cardiaca: <50 l/min. ó >120 l/min. realizar ECG.
- Temperatura axilar: si >38°C buscar foco: heridas, flebitis, orina, neumonía.
- Glucemia capilar (aunque el paciente no sea diabético).
- Diuresis previa (cuando esté recogida).

Revisar historia:

- Motivo de ingreso.

- Antecedentes: comorbilidad y tratamiento habitual.
- Procedimientos quirúrgicos recientes: tipo de cirugía, anestesia realizada, reducciones (en los pacientes con fracturas de huesos largos pensar en el embolismo graso), fijaciones, exploraciones invasivas, colocación y retirada de vías, sondas y drenajes.
- Analíticas recientes.

Anamnesis dirigida:

- Quejas previas del paciente (dolores, ahogos, mareos, temblores, tiritonas, constipación) referidas por los familiares o los cuidadores.
- Hábitos tóxicos (alcoholismo, opiáceos, drogas de diseño, abuso de benzodiacepinas) posible síndrome de privación.
- Posibles **factores precipitantes**: ingesta (broncoaspiración), administración de fármacos (reacciones adversas), movilizaciones (embolia pulmonar, dolores no controlados), caídas (fracturas).
- Revisar la **medicación habitual del paciente**: cualquier fármaco puede ser causa, pero, sobre todo: sedantes-hipnóticos (benzodiacepinas, barbitúricos), narcóticos (codeína y otros opiáceos), anticolinérgicos (incluidos los antihistamínicos), corticoides y el litio.
- Tanto la introducción de nuevos fármacos como su privación pueden desencadenar cuadros de agitación o delirium.
- Presencia de privación sensorial.

- Examen del estado mental.

Esta evaluación va encaminada a orientar el diagnóstico principal hacia un síndrome confusional agudo de etiología orgánica. Para ello el Servicio de Urgencias del Hospital General o el de Medicina Interna si el paciente está ingresado, deberá tener especial consideración en la realización de pruebas complementarias.

- Escalas psicométricas para valorar el síndrome de agitación psicomotriz: (Poco habitual en Urgencias).
 - Escala de Evaluación de la Actividad Comportamental (BARS).
 - Escala de Evaluación Agitación-Calma (ACES).
 - Escala de Comportamiento Agitado de Corrigan (ABS).

5. PAUTAS DE TRATAMIENTO EN EL PACIENTE AGITADO.

Tabla 3. Agitación y Tratamiento.

Riesgo percibido	Acción a tomar	Terapia farmacológica
Bajo	Medidas básicas de seguridad	Preferiblemente vía oral
Medio	Contención verbal	Vía oral o intramuscular
Alto	Sujeción o aislamiento	Vía parenteral

5.1. Medidas básicas de seguridad.

ANTE TODO, DEBE ASEGURARSE LA INTEGRIDAD DEL PACIENTE Y DEL EQUIPO ASISTENCIAL.

El lugar de entrevista debe ser una habitación amplia, con escasos estímulos externos perturbadores, con dos puertas de acceso que no puedan cerrarse o bloquearse por dentro, amueblada con los mínimos enseres precisos y con medios de alarma operativos. Hay que retirar objetos potencialmente peligrosos o que podrían ser usados como armas.

Solicite al resto del personal sanitario o de seguridad que permanezca próximo y alerta (posibilidad de requerir su ayuda rápida). Evite siempre la presencia de otros pacientes, así como la observación por parte de curiosos, siendo preferible que se retiren los acompañantes.

No es recomendable dejar sin supervisión al paciente agitados ni permitirle encerrarse en lugares de difícil acceso como lavabos o ascensores.

Es útil que el paciente cambie su ropa de calle por pijamas o batas de hospital.

Durante la entrevista: colocarse cercano a la puerta de salida y guardar una distancia de seguridad prudencial. No dé la espalda al paciente. Deje siempre la puerta entreabierta, solicite al paciente que se acueste en la camilla de observación u ofrézcale asiento, y si éste se niega, manténgase de pie.

Cuidado con el lenguaje no verbal: evitar miradas fijas o prolongadas, que puedan interpretarse como amenazadoras o desafiantes. No cruzar los brazos o esconder las manos detrás de la espalda. No permita que el paciente se interponga entre usted y la puerta de salida y evite el contacto físico con el paciente.

La mejor aproximación es siempre mostrando calma, comprensión y franca voluntad de ayuda, evitando actitudes desafiantes o que puedan provocar al paciente.

Frente a la amenaza con armas, el personal sanitario debe inhibirse y solicitar la intervención del personal de seguridad o fuerzas del orden público (“mostrar fuerza”).

5.2. Contención verbal.

Escuchar al paciente cuando empiece a hablar, permitirle que exponga sus necesidades, sentimientos, vivencias y temores, sin emitir sentencias o juicios sobre las razones del paciente, evite la confrontación verbal

Dar instrucciones breves, asertivas, apoyando de forma empática, evitando amenazas, enfrentamientos o promesas que no se puedan cumplir. Se deben reforzar las conductas de autocontención, poner límites de forma asertiva y firme ofreciendo varias opciones o alternativas.

Al paciente se le debe informar en todo momento de las acciones que se van a emprender, de lo que previsiblemente sucederá, y negociar, si procede, la vía de administración de la medicación. Es importante el uso de técnicas de mediación.

El tono de voz debe ser suave, conciliador e interesándose sobre las necesidades específicas que el paciente pueda tener.

Establezca claramente quién es quién. Identifíquese como el responsable último de su cuidado y de la toma de decisiones y recuérdelo que se halla en una situación de crisis temporal e insista en su voluntad final de ayudarlo.

5.3. Contención mecánica

Ver vía clínica de contención mecánica (Anexo 3)

5.4. Pautas de medicación oral e intramuscular

En la agitación de causa orgánica el objetivo terapéutico principal es tratar la enfermedad subyacente. En estas agitaciones es preferible utilizar antipsicóticos con los mínimos efectos anticolinérgicos posibles. Primera Elección: Haloperidol. En general, deben evitarse las benzodiazepinas (BZD), reservado su uso a los casos de agitación de origen comicial, por abstinencia de alcohol o por abstinencia de BZD.

Pauta oral: Haloperidol, 3-5mg cada 20-30 minutos hasta la tranquilización o hasta un máximo de 20mg, pasando en su defecto a la vía parenteral.

Pauta parenteral: Haloperidol 5mg intramuscular, cada 30-45 minutos, hasta un máximo de 20mg/24h.

Benzodiazepinas. En pacientes sin sintomatología psicótica con clínica de tipo ansioso y sin patología conocida respiratoria, intoxicación por alcohol o estimulantes, agitación con crisis comiciales, abstinencia de benzodiazepinas, de alcohol y opiáceos.

Se eligen benzodiazepinas de absorción rápida por vía oral o sublingual. Su rapidez de inicio de su efecto terapéutico es directamente proporcional a la liposolubilidad. La duración de su efecto depende más de su índice de distribución (marcado de forma inversa a su liposolubilidad) que de la vida media de eliminación.

El paradigma es Diazepam cuya acción se inicia a los 15-20 minutos y su concentración máxima en sangre se alcanza a los 30-90 minutos. La dosis inicial puede repetirse a los 45-60 minutos hasta alcanzar el grado de eficacia deseable.

La pauta parenteral se indica en caso de intoxicaciones por estimulantes, alucinógenos, alcohol o benzodiacepinas. También en casos de absorción errática por vía parenteral (excepto para el Lorazepam, no disponible en nuestro medio). Ofrece la posibilidad de revertir sus efectos mediante flumazenilo (Anexate®) (0.3 iv EN PERFUSIÓN LENTA, 30-60 SEG, REPETIR MISMA DOSIS/MINUTO HASTA QUE EL PACIENTE ESTE CONSCIENTE SIN SOBREPASAR 2 MG; PUEDE SER UTIL PERFUSIÓN IV DE 0.1-0.4 MG/H. SI A PESAR DE DISTINTAS DOSIS NO MEJORA CONCIENCIA HAY QUE VALORAR ORIGEN NO BENZODIACEPÍNICO) lo que las hace seguras incluso por vía endovenosa.

También ofrece la posibilidad en casos extremos de usar Diazepam 10-20 mg intravenoso en perfusión lenta (5-10mg/min) / 8 horas; como alternativas existen Clorazepato dipotásico en perfusión intravenosa continua (100-200mg en 500ml de suero salino, cada 8-12 horas), Flunitrazepam o Midazolam.

Una situación especial: casos de necesidad de actuación domiciliaria, o de traslado de pacientes agitados: Midazolam 5-7.5mg intramuscular es una opción recomendable, dada su rapidez de inicio y de mantenimiento.

Tabal 4. Benzodiacepinas de administración oral

Adm. Oral	Dosis (mg)	Rapidez de inicio	Dosis equivalente	Preferencia de uso
Diazepam (Valium®)	10-20/6-8h	rápida	5	Primera elección
Clonazepam (Rivotril®)	1-2	Intermedia (10gotas=1mg)	0.25	Casos especiales.
Lorazepam (orfidal®, idalprem®)	5-10/8h	intermedia	1	Primera elección
Alprazolam (trankimazin®)	2	intermedia	0.5	Segunda elección
Clorazepato dipotásico (Tranxilium®)	15-50/6-8h	Rápida	7.5	Segunda elección
Midazolam (Dormicum®)	7.5	Intermedia	1.5	Casos graves

Tabla 5. Benzodiazepinas de administración IM

Adm. Im	Dosis (mg)	Repetible a	Preferencia de uso
Clorazepato dipotásico (Tranxilium® vial 20,50,100mg) IM	50-100	30-60 min.	Primera elección
Diazepam (Valium® 1amp 10mg) IM	10-20	30-60 min.	Primera elección
Flunitrazepam (Rohipnol® amp.2mg)	1-2	90-180min.	Segunda elección
Midazolam (Dormicum® amp.5, 15,25,50mg)	5	60-90 min.	Segunda elección
Clonazepam (Rivotril® amp.1mg)	1	2-4 horas	Resistencia.

Antipsicóticos: De uso preferente en pacientes con sintomatología psicótica, ante sospecha de causa orgánica, clínica confusional, inestabilidad cardiorrespiratoria.

La pauta parenteral es preferible en pacientes con sintomatología psicótica, ante sospecha de causa orgánica.

Haloperidol es el fármaco de primera elección porque:

- No hipotensión arterial
- No metabolitos activos
- Se puede usar en insuficiencia cardíaca, renal y EPOC.

En casos extremos Haloperidol 5-10mg intravenoso en perfusión rápida seguida de 5-10mg/hora, con control de las constantes vitales o vía intravenosa en bolo de 3-5 minutos, cada 20 minutos hasta lograr la sedación. La vía endovenosa apenas produce SEP, pero se asocia a ARRITMIAS VENTRICULARES, siendo preciso monitorización cardíaca: Si QTC \geq 450mseg. Suspende Haloperidol.

En caso de efectos adversos tipo efectos extrapiramidales, sobre todo con los clásicos (Haloperidol, Zuclopentixol), podría añadirse 5mg de Biperideno (1 ampolla Akineton®). El empleo de neurolepticos clásicos sedativos, tipo Levomepromazina obliga a la monitorización de sus efectos cardiológicos hipotensores.

Tabla 6. Antipsicóticos de administración oral.

Adm. oral	Dosis (mg)	posología	Preferencia de uso
Haloperidol	2.5-10/30min-6h	Gotas (10gotas=1mg)	Primera elección
Olanzapina (Zyprexa®)	10-20	Bucodispersable (VT)	Primera elección en pacientes psicóticos
Levomepromazina (Sinogan®)	25-100	Gotas (1gota=1mg)	Segunda elección
Clotiapina (Etumina®)	40-80	intermedia	Casos graves
Risperidona (Risperdal®)	3-6	Solución (1ml=1mg)	Primera elección en pacientes psicóticos.

Tabla 6. Antipsicóticos de administración parenteral.

Adm. im	Dosis (mg)	Repetible a	Preferencia de uso
Haloperidol (amp. 5mg)	2.5-10 IM Máx: 20mg/24h	30-60 min.	Primera elección
Olanzapina (Zyprexa® amp.10mg)	10 IM	2-4horas	Primera elección en pacientes psicóticos.
Ziprasidona (Zeldox® amp.20mg)	20	2horas	Primera elección en pacientes psicóticos.
Levomepromazina (Sinogan® amp.25mg/1ml)	25-50	1-2 horas	Segunda elección

NUEVO: Activado por Inhalación: Loxapina (Adasuve®): Indicado para el tratamiento rápido de la agitación leve-moderada en adultos con Esquizofrenia o Trastorno Bipolar.

Pautas combinadas. Sobre todo, en pacientes con sintomatología muy grave y conductas de franca agitación con agresividad; especialmente en caso de que se desee sedar al paciente o en presencia de sujeción mecánica. Estas pautas precisan monitorización estricta y repetición cada 2-4 horas hasta alcanzar el grado de sedación deseado o hasta llegar a un máximo de 4 administraciones en un período de 24 horas.

- ❑ Haloperidol 5 mg (1 ampolla) +Benzodiacepinas (MIDAZOLAM, DIACEPAM, CLONACEPAM REPETIBLE CADA 2-4H (tabla 5).
- ❑ Haloperidol 5 mg (1 ampolla) +Levomepromazina 25mg (2 ampollas); intramuscular repetible cada 2-4 horas, hasta un máximo de 4 administraciones.
- ❑ Haloperidol 5 mg (1 ampolla) +Levomepromazina 50mg (2 ampollas) + Prometazina 50mg (Frinova® 1 ampolla); repetible cada 4-6 horas, hasta un máximo de 3 administraciones.

5.5. Pautas de mantenimiento

Hay que ajustar la dosificación a la mitad de la dosis de la pauta de primera elección o pasar a mantenimiento por vía oral. Debe iniciarse el protocolo según la etiología correspondiente.

En pacientes con conductas recidivantes de agresividad, violencia o persistentemente agitado debería ser trasladado a unidades que cumplan especiales requisitos en el manejo de dichos pacientes. La clozapina es de primera elección en estos pacientes, objetivándose una reducción de la hostilidad y agresividad independiente de su efecto antipsicótico. Alternativamente el uso de Quetiapina a dosis de $\geq 600-900\text{mg/día}$.

El uso coadyuvante de Valproato y de Carbamazepina, a dosis controladas según niveles plasmáticos, es útil ante la sospecha de episodios de agitación, agresividad o violencia en pacientes afectivos o cíclicos.

Ante la presencia de daño cerebral es también recomendable el uso de Carbamazepina y de Valproato, así como de Clonazepam a dosis estándar y de beta-bloqueantes: propranolol a dosis individualizadas $>120\text{mg/día}$.

Finalmente debe considerarse el uso de electroconvulsoterapia de forma coadyuvante al tratamiento antipsicótico en pacientes psicóticos agitados que no han respondido satisfactoriamente a otras alternativas.

6. BIBLIOGRAFÍA.

- Rodríguez Marañón M., Catalán Alcántara A., Salazar Vallejo M. El paciente con agitación psicomotriz. En: Salazar Vallejo M., Peralta Rodríguez C., Pastor Ruiz J. Tratado de psicofarmacología bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2005. p.141-144.
- Guadilla Fernández ML. El paciente con delirium. En: Salazar Vallejo M., Peralta Rodríguez C., Pastor Ruiz J. Tratado de psicofarmacología bases y aplicación clínica. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2005. p.154-158.
- Gascon Barraeniera J., Rojo Rodes J.E., Salazar Soler A., Tomás Vecina S. Guía práctica de manejo terapéutico y prevención en el paciente agitado. Editorial Master Line and Prodigios. Madrid, 2004.
- García Rivera C. Clínica y Psiquiatría. Clips en agitación. Vol 1 N° 1, mayo 2014.
- Bobes J, Gacia Portilla MP, Bascarán MT, Saiz PA, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, 7º edición Cyesan 2015.

6.3 Anexo 3: Protocolo de contención mecánica Hospital Clínico Universitario Salamanca

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SALAMANCA**
Paseo de San Vicente, 58-182
37007 Salamanca



PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

Versión 1.0. Julio 2008

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

En torno al procedimiento de la contención mecánica surgen múltiples connotaciones de orden físico, psíquico y legal, por lo que es especialmente importante una adecuada protocolización del mismo. Dado el carácter involuntario y restrictivo de la contención, es especialmente conveniente el definir con claridad el marco en que ésta debe practicarse. El objetivo de este documento es la definición del proceso, indicaciones y responsabilidades adquiridas en orden a garantizar un marco de actuación eficaz, comprometido y ajustado a los derechos y el beneficio terapéutico de aquellos enfermos en que sea aplicado.

1. CONCEPTO Y MARCO TEÓRICO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

La contención mecánica constituye una medida restrictiva empleada en el contexto de la asistencia sanitaria general, con especial aplicación en el marco de la salud mental.

Por medidas restrictivas se entiende aquellos procedimientos terapéuticos que limitan de forma temporal la autonomía y el derecho de libertad de los pacientes. La adopción de estas medidas debe ser excepcional, con principio de mayor beneficio para el paciente y en el contexto de un plan terapéutico, garantizando siempre la dignidad del paciente. Entre las medidas restrictivas aplicables están la sujeción mecánica, el aislamiento, la restricción de visitas y de la comunicación con el exterior de la sala de hospitalización (salidas a otras salas, restricción del uso del teléfono...) y la intervención del correo. De forma general, las condiciones que deben darse para la aplicación de medidas restrictivas deben ser:

- Se tratará siempre de una medida razonable, tomada con carácter excepcional, limitada en el tiempo y con fin terapéutico (en ningún caso será tomada como medida de castigo, control o como forma paliativa de la insuficiencia de personal).
- Indicación clínica individualizada con orden médica expresa.

- Basada en el principio de beneficio del sujeto: valoración del riesgo/ beneficio.
- Cuando previa efectuación de intervención verbal ésta no haya resultado eficaz (o cuando las circunstancias de agitación, desorganización mental grave o alteración del nivel de consciencia no permitan la efectividad de esta medida previa).
- Será llevada a cabo como norma general por personal sanitario con un nivel de formación adecuado y suficiente.

Por restricción o contención mecánica se entiende el conjunto de procedimientos físicos y/o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente, a fin de controlar sus actividades físicas y protegerlo de lesiones que pudiera infringirse a sí mismo y/o a terceros.

2. INDICACIONES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

Al tratarse de una medida limitante de la autonomía del paciente, la inmovilización mecánica de un paciente deberá estar plenamente justificada y ser considerada como el último recurso terapéutico. La sujeción sirve como medida para garantizar la seguridad individual del paciente y prevenir daños a sí mismo o terceros. Estará indicada de forma general, por tanto, cuando exista riesgo razonable para la salud e integridad del paciente y de terceros. En ningún caso está justificada la contención como castigo, para mayor comodidad del personal o sin que se hayan probado antes intervención verbal, farmacológica u otras medidas menos restrictivas.

Se dan estas circunstancias, constituyendo indicación para la contención mecánica, en los siguientes supuestos:

- Agitación psicomotriz, con riesgo para la integridad del paciente y/o terceros. El origen de la agitación puede darse en el contexto de una enfermedad funcional, de una enfermedad orgánica (delirium) o una intoxicación/ abstinencia de tóxicos.

- Conductas que supongan riesgo para la integridad del individuo. Se incluyen aquí los fines suicidas, conductas autolesivas y otros (como el caso de sujetos con deterioro del nivel de conciencia, con riesgo de caída accidental, desorientación temporo-espacial, precipitación...)
- Conductas que supongan riesgo para la integridad de terceros (heteroagresividad, piromanía, acoso sexual...)
- Violencia física contra el personal hospitalario, otros internos o personas ajenas a la Unidad y/o destrucción de propiedades de otros o mobiliario y objetos hospitalarios.
- Paciente con deterioro grave de la conducta (conductas bizarras, gritos incontrolados, conductas que generen violencia en otros pacientes, conductas contra la higiene pública...). La contención puede emplearse como refuerzo negativo en caso de desórdenes conductuales especialmente importantes o como parte de una terapia de conducta. No se debe utilizarse si la conducta es simplemente molesta o si existe una alternativa viable la inmovilización.
- Para evitar interrupciones graves de un determinado programa terapéutico (en pacientes con inquietud/ agitación psicomotriz que se retiran vías, catéteres, sondajes...)
- Si el paciente lo solicita voluntariamente y existe justificación clínica y/o terapéutica, a juicio del sanitario responsable.

3. CONSIDERACIONES MÉDICO-LEGALES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA.

La inmovilización es una medida sanitaria preventiva a realizar en sujetos a los que se les supone una alteración temporal de sus facultades psíquicas que originan un riesgo para el propio sujeto o para terceros.

El principio general conllevaría solicitar el consentimiento del paciente y en su defecto de sus allegados; pero en la inmensa mayoría de casos se convierte un hecho privatorio de libertad y realizado en contra de la voluntad del paciente.

Legalmente la inmovilización de un paciente es considerada como un hecho impuesto y como tal, convierte el internamiento en involuntario (si no lo era previamente). Esto obliga a la pertinente comunicación a las autoridades judiciales dentro de las primeras 24 horas de producirse el hecho, exponiendo las razones por las que se considera indicado el procedimiento de contención y solicitando autorización judicial a dicho efecto. En las siguientes 72 horas el paciente deberá ser valorado por dicho juez para confirmación o no del internamiento.

La regulación legal de estos procedimientos se ciñe a:

- Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000 de 7 de enero.
- Ley 41/2002 de autonomía del paciente
- Artículo 10 de la Ley General de Sanidad, en relación con el consentimiento informado.

4. CONSIDERACIONES PRÁCTICAS PARA LA CONTENCIÓN MECÁNICA: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Una vez confirmada la justificación de la contención mecánica, pondremos en marcha el protocolo de actuación.

La orden debe ser una orden médica expresa y confirmada por escrito. A menudo por razones de urgencia y mayor proximidad el personal de enfermería experimentado puede tomar la decisión, siempre con fin terapéutico y no de sanción. En estos casos se solicitará la presencia del personal facultativo cuanto antes para confirmación de la necesidad de este tratamiento. Dicha confirmación podrá hacerse telefónicamente, debiendo en cualquier caso quedar plasmada por escrito la orden médica antes de tres horas.

La indicación de la sujeción deberá quedar siempre debidamente reflejada en la historia clínica del enfermo, quedando identificados el paciente, el DUE y personal facultativo que indiquen dicho procedimiento, el motivo de la indicación y la pauta farmacológica aplicada en su caso.

4.1. Condiciones físicas, material y personal:

➤ *Lugar:* Debe realizarse en un entorno seguro, en ausencia de personal que no vaya a proceder en la técnica de contención. La habitación deberá estar bien ventilada, en ausencia de estímulos en la mayor medida posible, en semipenumbra – excepto en delirium -, y lo más cerca posible del control del personal sanitario de cuidados.

➤ *Sistemas de sujeción:* Deberán ser sistemas homologados (Segufix o correas de cuero en su defecto), incluyendo:

- 1 cinturón de sujeción abdominal
- 2 muñequeras
- 2 tobilleras
- Optativo en caso de grave agitación una contención de hombro
- 9 anclajes (11 si usamos la contención de hombro)
- Tiras para cambios posturales
- Llaves magnéticas y botones magnéticos (al menos 1 de cada)
- 1 sábana (por si necesidad de inmovilización torácica).

➤ *Personal:* La contención mecánica debe ser llevada a cabo por personal del sistema sanitario con suficiente formación; siendo, si es preciso, posible solicitar auxilio a las fuerzas y cuerpos de seguridad.

Será efectuada al menos por 4 personas, preferentemente por cinco, según el tipo de sujeción y las características del paciente (recordar que un paciente de complejión media-fuerte en estado de agitación psicomotriz es capaz de amortiguar la contención con una potencia 4 veces superior a la de una persona normal).

Será coordinado por un enfermero/a, ayudado por otros miembros de personal de enfermería y auxiliar, celadores, y de ser posible, personal de seguridad.

4.2 Procedimiento:

En el orden físico, la técnica de la contención tiene cierto carácter traumático, comportando un riesgo de lesión para el paciente y el personal que lo lleva a cabo. De ahí la importancia del procedimiento de contención y de la capacitación del personal que la lleve a cabo.

Es deseable que la sala esté despejada de pacientes a la hora de proceder. Asegurarse de que la cama está preparada y frenada.

Asegurarse bien de que el paciente no tiene ninguna necesidad básica que cubrir antes de proceder a la contención.

Se alejará del paciente cualquier objeto potencialmente peligroso (objetos punzantes, cortantes, incendiarios...) incluyendo un registro minucioso del propio paciente, que deberá ser despojado de cinturones, anillos, cadenas, relojes o cualquier objeto personal potencialmente peligroso.

El abordaje verbal del paciente antes, durante y después de la realización de la técnica de inmovilización es de gran importancia. Un buen abordaje verbal reduce al mínimo la utilización de la fuerza en la inmovilización. Siempre que el estado del paciente lo permita, se le explicará el procedimiento con calma, incluyendo el motivo de la medida y la técnica a seguir, pidiéndole su colaboración y asegurándole el tiempo suficiente para seguir las indicaciones. Sólo en caso de última necesidad se empleará la fuerza.

No mostrarse agresivos, ni física ni verbalmente, ni responder a las potenciales provocaciones del paciente. Una vez tomada la decisión de inmovilizar, tras el fracaso de otros procedimientos, no se deberá insistir en el diálogo, que puede ocasionar situaciones embarazosas y dificultar el procedimiento.

En orden a proceder a la inmovilización, es deseable que se proceda de forma rápida y coordinada. El paciente estará colocado en decúbito supino y posición anatómica, con los piernas y brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente. Se asignará a cada miembro del equipo una extremidad.

En primer lugar, se colocará el cinturón abdominal, que también deberá sujetarse a la cama, a las barras laterales de la misma. Posteriormente se colocarán las muñequeras y tobilleras, que se sujetarán también a las barras laterales y pies de la cama respectivamente. Las extremidades se sujetarán siempre de su extremo más distal.

Se sujetará un mínimo de dos miembros, alternos en ese caso.

Es útil efectuar la sujeción de forma que una de las extremidades quede accesible para coger una vía endovenosa, por si fuera preciso.

Precauciones:

- Vigilar la situación de la cabeza, no situarla en la proximidad de esquinas o muebles para evitar potenciales golpes en caso de que se soltasen accidentalmente las sujeciones.
- Vigilar que las sujeciones están bien aseguradas, pero no ejerzan excesiva presión (para evitar úlceras por presión y compromiso del retorno venoso). Esto es especialmente importante en la sujeción abdominal: que no esté excesivamente floja (podría permitir el deslizamiento del enfermo bajo ella, con el consiguiente riesgo de ahorcamiento) ni excesivamente fuerte (riesgo de dificultad respiratoria)
- Evitar huesos largos y tórax, por riesgo de lesiones.
- No forzar articulaciones.
- Comprobar el retorno venoso.

En la tabla 1 se recogen algunos aspectos técnicos fundamentales en función del tipo de sujeción a aplicar:

Tabla 1: Procedimiento de contención mecánica

	INMOVILIZ. PARCIAL	INMOVILIZACIÓN TOTAL
Posición	Decúbito supino ¹	
Cintura	Sí	Sí
Brazos	Sólo uno	Ambos a los lados o uno sujeto un lado y otro sobre la cabeza
Piernas	La contralateral al brazo	Ambas, extendidas y separadas
Tórax	No	Si agitación severa, con sábana alrededor axilas

4.3. Administración de medicación:

- Prescrita siempre por el médico: preferiblemente de forma consensuada con el paciente.
- Objetivo: reducir lo más rápidamente posible el estado de agitación del paciente en orden a minimizar la duración de la contención lo más posible.
- Se administrará siempre después de la contención física, de la forma más inmediata posible (es conveniente tener ya preparada la medicación sedante, generalmente administrada vía parenteral).
- Es obligatoria la consignación de la orden médica de tratamiento en la historia clínica del paciente.

4.4. Vigilancia del enfermo:

Mientras dure la contención el enfermo deberá estar adecuadamente controlado, para asegurarnos de que la contención es eficaz y de que el paciente está en buen estado, garantizando la satisfacción de sus necesidades básicas.

¹ Los pacientes intoxicados, por el riesgo de vómitos y aspiración, deberán colocarse preferentemente en decúbito lateral izquierdo o decúbito prono.

Tener en cuenta que, desde el momento que se efectúa la contención, el enfermo se convierte en un PACIENTE DE ALTO RIESGO que requiere atención constante, que se realizará en la siguiente forma:

- **Supervisión médica:**

- ✓ El médico responsable del paciente en cada caso deberá visitar siempre al paciente en el primer episodio, preferentemente antes de una hora y en cualquier caso siempre antes de tres.
- ✓ Control periódico al menos una vez cada 8 horas (una vez por turno). Cualquier incidencia será consignada por escrito en la historia clínica del paciente.

- **Supervisión de enfermería:**

- ✓ Observación del paciente cada 30 minutos, con atención a posibles necesidades básicas del mismo.
- ✓ Comprobación del estado general del paciente cada 2 horas (especialmente necesario en caso de intoxicaciones por abuso de sustancias, síndromes de abstinencia, TMO o enfermedades médicas concomitantes), con:
 - Comprobación del nivel de conciencia.
 - Toma de constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura.
 - Comprobación de pulsos periféricos y buen nivel de perfusión.
- ✓ Valorar la ingesta y la eliminación de líquidos y sólidos. Especial atención al estado de hidratación. Para las necesidades de eliminación, en función del estado del paciente, se recurrirá al pañal, cuña o se le acompañará al baño, avisándole previamente de que va a ser de nuevo contenido

- ✓ Valorar si se han producido heridas, roces o ulceraciones cutáneas por presión o decúbito. Asegurar el mantenimiento de la higiene personal.
 - ✓ Registro de los datos obtenidos en las valoraciones (ver anexo)
- **Supervisión del personal auxiliar y/o celadores:**
 - ✓ Comprobación del correcto estado de las sujeciones y el almohadillado cada 2 horas (integridad y limpieza de las mismas, que no ocasionen excesiva compresión al paciente)
 - ✓ Cambio de las sujeciones cuando sea necesario.
 - ✓ Realizar cambios posturales periódicos para evitar lesiones cutáneas y compromiso circulatorio.

Un adecuado seguimiento del paciente contenido limitará el riesgo de que el paciente sufra complicaciones derivadas del hecho de estar inmovilizado en la cama. Es especialmente importante la evaluación de la existencia de **factores de riesgo de trombosis venosa**, que, en caso de existir, harán recomendable la administración de tratamiento anticoagulante. Son factores de riesgo:

- Edad > 40 años
- Obesidad
- Insuficiencia venosa crónica
- Enfermedad neoplásica
- Estados de hipercoagulabilidad
- Antecedentes TVP/TEP
- Enfermedad cardiovascular (ICCC, IAM...)
- Antecedentes de acv trombótico
- Fractura de pelvis, cadera o pierna

En caso de coexistir 2 o más factores de riesgo y siempre que la inmovilización se prorrogue más de 24 horas se procederá, por orden médica, a la administración de heparina de bajo peso molecular, 1 vez al día, vía subcutánea, previa analítica con resultados de coagulación normales.

4.5. Alimentación:

Preferiblemente con alimentos de consistencia blanda para evitar accidentes durante la deglución, y si es posible en posición de semisentado. En el caso de las bebidas, mejor a través de pajita.

4.6. Tiempo de la contención:

La inmovilización debe durar el menor tiempo posible en relación con su indicación terapéutica. En principio se pauta para una duración de ocho horas, aunque cuando la situación clínica lo permita, deberá acortarse tanto como sea posible. Estas 8 horas son prorrogables por decisión médica tras reevaluación, debiendo quedar consignada en la historia la indicación médica de prórroga de la contención, con firma por parte del médico y el DUE responsable en cada turno.

El tiempo límite de prolongación de una sujeción es de 72 horas. Una vez superado ese margen el paciente será liberado. Cualquier otra indicación de sujeción deberá ser valorada de nuevo e iniciado el procedimiento desde el principio.

4.7. Procedimiento de retirada de la sujeción

Será por orden médica con la valoración previa del paciente. No se debe informar de ello al paciente hasta que se vaya a hacer. Contar con el personal necesario por si fuese preciso controlar una posible reacción violenta del paciente y realizar nueva contención.

Se llevará a cabo paulatinamente, iniciando la descontención por una extremidad y valorando seguidamente la respuesta del paciente. Nunca retirar una inmovilización completa de una sola vez. El resto de las sujeciones se retirarán progresivamente cada cierto tiempo (cada 30 minutos - 2 horas), y siempre en presencia de personal suficiente.

6. BIBLIOGRAFÍA:

- Andrés M.J. y cols. Internamientos no voluntarios en el Hospital General. www.psiquiatria.com. Madrid 2002.
- Bobes J y cols. Salud mental: enfermería psiquiátrica. Ed. Síntesis. Madrid 1994.
- Comité Asistencial de Ética. Reflexiones sobre los aspectos éticos de la inmovilización de pacientes. Hospital Universitario Central de Asturias. www.hca.es. Oviedo 2001.
- Diccionario Mosby. Medicina, enfermería y ciencias de la salud. Ed. Harcourt España. Madrid 2000.
- Herranz M.M. y cols. Protocolos: protocolo de contención. www.psiquiatria.com. Álava 2003.
- Kaplan H.I. y Sadock B.J. Tratado de psiquiatría tomo II, 2ª ed. Ed. Salvat. Barcelona 1989.
- Ley general de sanidad 14/1986 de 25 de abril. B.O.E. nº 102 de 29 de abril.
- Luis M.T. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Ed. Harcourt Brace. Madrid 1999.
- McIskey J.C. y Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones en Enfermería (CIE). Ed. Síntesis. Madrid 1999.
- Morrison M y cols. Enfermería Mosby. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Ed. Harcourt España. Madrid 1999.
- Morrison M. Fundamentos de enfermería en Salud Mental. Ed. Mosby. Madrid 1999.
- Ramos J.A. Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento. Psiquiatría Médica. Ed. Masson. Barcelona 1999.
- Rivera A, Soto M.D. Estudio de contenciones en una unidad de agudos de psiquiatría. www.psiquiatria.com. Ourense 2002.
- Roldán B, Perea B. El consentimiento informado en la práctica médica. Ed. SmithKline Beecham (Madrid 1996).
- Sevillano M.A. y cols. Protocolo de contención de la unidad de psiquiatría de Son Dureta de Palma de Mallorca. Palma de Mallorca 2002.
- Ley 41/2002 de autonomía del paciente

6.4 Anexo 4: Protocolo: Paciente agitado Hospital Clínico Universitario Valladolid.



I. JUSTIFICACIÓN.

La contención física supone un confrontamiento ético entre los principios de autonomía (limitación de la libertad del paciente en contra de su voluntad) y de beneficencia (deseo bienintencionado sanitario de protección al paciente, a su entorno y autoprotección física y legal del personal cuando la propia seguridad está comprometida). Este conflicto ético, junto a los riesgos que pueden suponer la restricción e inmovilización de los pacientes (fracturas, muertes por asfixia...) y sus posibles consecuencias legales, exigen que el procedimiento sea realizado siguiendo una normativa que contemple claramente desde lo adecuado de la prescripción y metodología, hasta el papel de todo el equipo implicado, así como la obligación de informar a la familia sobre el proceso. (1)

La contención mecánica es un último recurso terapéutico que se utiliza en situaciones extremas para controlar conductas que suponen alto riesgo para el propio paciente, como para otros pacientes y profesionales sanitarios, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas, como el abordaje y contención verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y la contención farmacológica.

Dicho recurso es utilizado no sólo en unidades de psiquiatría, sino también en pacientes que presentan un cuadro de agitación, confusión, de delirium, en pacientes suicidas o en enfermos que tengan el nivel de consciencia alterado, que se retiran y arrancan las sondas, los catéteres y que pueden lesionarse. Por tanto, las contenciones físicas se realizan en unidades médicas, quirúrgicas, geriátricas, psiquiátricas, servicios de urgencias o cuidados intensivos lo que justifica la necesidad de elaborar un protocolo consensuado y aprobado por la Dirección del Centro que regule y establezca la justificación, normas, procedimiento y evaluación posterior a seguir en el caso de tener que aplicar contención mecánica o inmovilización de pacientes atendidos en este hospital basándonos en las mejores evidencias científicas disponibles: "Las instituciones establecen una política corporativa para el uso mínimo de contenciones que incluye contenciones mecánicas y químicas".

2. DEFINICIÓN

La contención mecánica o física es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo en un paciente que lo precise, para tratar de garantizar la seguridad de él mismo o de los demás. (3)

Su indicación sólo está justificada ante el fracaso de otras alternativas, ya que vulnera el principio de autonomía de la persona al limitar la libertad del paciente, suponiendo una restricción de los derechos fundamentales de amparo constitucional de las personas afectadas por las intervenciones corporales

3. POBLACION DIANA

Indicaciones:

- Prevención de daño inminente a sí mismo o a otros cuando otros medios (contención verbal o farmacológica) han resultado ineficaces.
- Prevención de daño al entorno (familia, pacientes, personal asistencial, instalaciones...).
- Para asegurar el seguimiento del tratamiento prescrito cuando se asocia a conducta agresiva o riesgo inminente de la misma.
- Contingencia en la terapia conductual de conductas peligrosas.
- Otras:
 - Reducir al mínimo la medicación durante la observación de pacientes agitados por delirium o psicosis.
 - Episodio de agitación psicótica en embarazadas.
 - Prevenir daños durante la administración urgente de medicación.
 - Prevenir la agresión y automutilación que no responde a otras intervenciones, en el caso de deficientes mentales graves.

Contraindicaciones:

- Orden expresa del médico de no aplicar contención.
- Siempre que exista la posibilidad de aplicar otros abordajes terapéuticos.
- Como castigo al paciente por una transgresión.
- Como respuesta a una conducta molesta.
- Como respuesta al rechazo del tratamiento en pacientes conscientes y orientados.
- Como sustitución de un tratamiento ya en curso.
- Por simple conveniencia del equipo.
- En casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar por disminuir la estimulación sensorial.
- Desconocimiento del estado general de salud del paciente.

- Vivencia del paciente como refuerzo de su conducta violenta.
- Cuando no exista personal suficiente para realizar la contención o sea una situación de peligrosa (paciente armado).
- Contingencia en la terapia conductual de conductas peligrosas.
- Otras:
 - Reducir al mínimo la medicación durante la observación de pacientes agitados por delirium o psicosis.
 - Episodio de agitación psicótica en embarazadas.
 - Prevenir daños durante la administración urgente de medicación.
 - Prevenir la agresión y automutilación que no responde a otras intervenciones, en el caso de deficientes mentales graves.

Enfermería:

- Dirige la contención y coordina su ejecución.
- La indica en caso de urgencia y ausencia del médico.
- Es responsable de la contención mecánica.
- Es responsable de los cuidados y controles posteriores.

Auxiliar de enfermería (3 o 4 personas):

- Coopera en la ejecución y supresión de la contención mecánica.
- Participa en los cuidados, el control y observación del paciente.
- Se ocupa de la custodia y mantenimiento de los equipos materiales de la contención.

Celador:

- Colabora en la instauración de la contención y transporte del paciente.

Personal de seguridad:

- Pueden ser requeridos para colaborar en el procedimiento, con su presencia y/o intervención en la reducción del paciente si, excepcionalmente, no es suficiente con el personal de la propia Unidad.

4. MATERIAL

Utilizaremos siempre sujeciones de tipo estandarizado y homologado que impida ejercer una excesiva presión en las extremidades, que sean confortables, no lesivos, de ajuste rápido y con fácil acceso a los puntos de fijación.

Unidad de Salud Mental:

- Juego de correas de sujeción mecánica completo (con independencia de que la sujeción sea total o

parcial) compuesto por:

- Cinturón ancho abdominal.
- 2 sujeciones para los miembros superiores.
- 2 sujeciones para los miembros inferiores.
- Alargaderas para poder fijar mejor las contenciones a la cama.
- Botones o anclajes suficientes para todas las sujeciones anteriores. Botones de sujeción y sus correspondientes cierres de imán o de muelle.

Unidades de hospitalización y urgencias:

- Sujeciones para los miembros superiores y/o inferiores (número según indicación médica).
- Cinturón abdominal.

5. PROCEDIMIENTO

El objetivo de las medidas de contención mecánica es la limitación de movimientos, de parte o de todo el cuerpo del paciente, a fin de prevenir lesiones en el propio paciente o a otras personas, en los casos en los que hayan fallado otras alternativas como la contención verbal o la contención química, o bien como coadyuvante de ambas.

A. Consideraciones previas:

- Valorar la situación en la que un paciente pueda perder el control y adoptar conductas físicamente peligrosas, para sí mismo o para los demás. Nuestro objetivo será evitar el daño inminente y lograr la seguridad de todos los pacientes, se avisará al médico responsable para que confirme o no el poner en marcha el protocolo y se llamará al número de profesionales necesario, debiendo actuar de forma rápida y coordinada.
- Se designará al personal encargado de dirigir la contención. Normalmente esta función estará a cargo de la enfermera y/o médico responsable del paciente.
- Se informará al paciente de las medidas terapéuticas que vamos a tomar, dándole tiempo a que acepte y colabore, en caso contrario se procederá a reducirle.
- Siempre que sea posible, informar a la familia y solicitar verbalmente o por escrito la aceptación de la medida y dejarlo registrado.
- El personal que no interviene permanecerá atendiendo y tranquilizando al resto de los pacientes (acompañándoles en el salón hasta que acabe la medida en la Unidad de Psiquiatría).
- Evitar intervenir hasta que se disponga del suficiente personal, mínimo 4 personas, entre las que se encontrará una enfermera y 3 o 4 auxiliares. Una persona para cada miembro y es

recomendable otra para la cabeza, de ahí que el personal óptimo sea de 5 personas. Es necesario tener en cuenta que la sola presencia del grupo puede ser disuasoria para el paciente.

B. Precauciones:

- Las personas que vayan a entrar en contacto físico con el paciente adoptarán las medidas de precaución universales.
- Preparar la cama, asegurándose de que este frenada (en el caso de que ésta no esté fijada al suelo) y se colocará la sujeción de cintura previamente en la misma.
- Eliminar del alcance del paciente cualquier objeto potencialmente peligroso.
- Retirar objetos de la ropa del paciente que pudieran dañarle.
- El personal que vaya a intervenir en la sujeción no llevará objetos que puedan producir daño o romperse (gafas, reloj, anillos, cadenas, bolígrafos, etc...).
- Inclinación de la cama a 45° salvo contraindicación médica.

C. Ejecución:

- El profesional designado encargado de la contención mantendrá la comunicación verbal con el paciente, debiendo dar tiempo al paciente para aceptar las demandas verbales, para que colabore y se tumbe en la cama.
- Si no accediese a ello y el paciente se muestra poco colaborador, agresivo o negativo, sin lugar a la discusión verbal se procederá a reducirle, trasladarle y tumbarle en la cama.

1. Reducción: Debe llevarse a cabo encargándose una persona de cada extremidad preestablecida y otra de la cabeza. Se realizará preferentemente cuando el paciente esté distraído. Deberá girarse de espaldas sobre el suelo y se sujetará a nivel de los hombros, antebrazos y por encima de las rodillas y tobillos. Un quinto miembro controlará la cabeza de manera que no pueda golpearse o pueda golpear a algún miembro del equipo. Evitar, en lo posible, hablar con el paciente mientras se realice la sujeción, y si es necesario, que sea una única persona la que se dirija al paciente, y todo ello con el fin de evitar que puedan surgir comentarios críticos o provocativos hacia paciente.

2. Traslado: para trasladar al paciente que no colabore y esté agitado y/o violento se realizará sujetándolo por las piernas, a la altura de las rodillas, y por los brazos, alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros. No deben forzarse las articulaciones más allá de los límites fisiológicos.

3. Tumbarle en una cama: Se colocará al paciente en decúbito supino en la cama (excepto en pacientes intoxicados o con disminución de conciencia que se dejarán en posición de

seguridad) y se procede a la sujeción completa o parcial indicada. La sujeción se realizará por este orden: Cintura, miembros inferiores y miembros superiores.

– *Sujeción completa*: inmovilización del tronco y las 4 extremidades.

– *Sujeción parcial*: inmovilización del tronco y 2 extremidades. Se colocará primero cinturón ancho abdominal y después las dos extremidades, de forma diagonal: brazo izquierdo y pierna derecha o brazo derecho y pierna izquierda.

o Las piernas deberán sujetarse extendidas y ligeramente abiertas para sujetarlas por los tobillos.

o Los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, para sujetarlos por las muñecas.

– *Sujeción en sillón*. Se adoptarán las medidas preventivas necesarias y se informará tanto al paciente, familiar y/o cuidador de las precauciones a tener en cuenta. Se deberá valorar la necesidad de utilizar cinturón abdominal homologado para la sujeción del tronco. Si el paciente presenta alto riesgo de caídas no se levantará al sillón si no va a poder estar acompañado y vigilado por un familiar y/o cuidador o por personal de la Unidad.

– Modo de aplicación de los dispositivos de sujeción:

Muñequera con imán o velcro:

- Colocar la muñequera al paciente sobre la cara de algodón dejando las cintas caer por ambos lados.

- Ajustar y fijar la muñequera con el cierre de velcro o imán.

- Tensar y anudar las cintas a ambos lados del marco de la cama. **Nunca a las barandillas.**

- La sujeción debe permitir la perfusión endovenosa y cierta movilidad de las extremidades.

Sujeción abdominal:

- Cama: paciente semiincorporado.

- Silla: paciente con la espalda apoyada en el respaldo.

- Colocar cinturón alrededor de la cintura del paciente.

- Cruzar las cintas por detrás.

- Anudar las cintas a ambos lados del bastidor de la cama. Nunca a las barandillas.

- El paciente podrá girar a cada lado 90° sin peligro de caída.

- Si se desea mayor sujeción volver a pasar de nuevo las cintas a través de las anillas laterales y átelas al bastidor.⁽¹⁰⁾

- No se debe inmovilizar un único miembro por el riesgo de lesiones (dislocación de hombros, erosiones,...)

- Se comprobará y revisará cada uno de los puntos de sujeción para evitar daños en la piel

o problemas por compresión excesiva.

- Mantener la cabeza del paciente ligeramente levantada para prevenir posible aspiración pulmonar y disminuir sus sentimientos de indefensión.
- Si se sujeta el tronco con un cinturón a la cama se deberá tener especial precaución de su correcta colocación para evitar excesiva compresión o deslizamientos que puedan ocasionar lesiones (dificultarle la respiración, estrangulación...).
- Comprobar que el personal sanitario pueda manipular fácilmente los accesos venosos, drenajes o sondas.

El paciente, una vez contenido, queda en situación de indefensión, por lo que hay explicarle que todas sus necesidades serán atendidas y se realizarán visitas periódicas por parte del personal.

Finalizada la contención, se posibilitará, posteriormente y en habitación aparte, que el personal que ha participado en la misma pueda exponer y evaluar las acciones llevadas a cabo, con el fin de mejorar la intervención en lo sucesivo, y sobre todo verbalizar los sentimientos que inevitablemente emergen en situaciones tan críticas.

A. Cuidados durante la contención:

Es preciso estandarizar las observaciones que deben hacerse durante la contención mecánica, para evitar las complicaciones en el procedimiento y para atender las necesidades que genera la situación clínica del enfermo. **La contención del paciente implica incrementar la atención y vigilancia del paciente** por parte de los profesionales responsables.

Médico responsable y/o de guardia:

- Valorará al enfermo dentro de la primera hora tras la sujeción. Reevaluación c/12h.
- Revisará la pertinencia o no de la medida adoptada, así como el tratamiento a seguir.
- Dejará registrada en la historia clínica del paciente tanto la indicación de la contención como las pautas a seguir. (Incluido el uso de barandillas).

Enfermera responsable:

- Valoración continua a través de los monitores de televisión (Unidad de Salud Mental) y cada 2 horas a fin de examinar al paciente y resolver cualquier contingencia que pudiera surgir. Durante todo el tiempo que dure la inmovilización será necesario controlar y vigilar:

- Estado general del paciente.
- Actitud ante la sujeción.
- El nivel de conciencia, pues se pretende la sedación del paciente vigilando las complicaciones de la neuroleptización.
- Constantes vitales por turno.
- Las zonas de sujeción: valorar la compresión vascular (arterial y venosa), nerviosa y

articular (pulsos periféricos, temperatura, coloración, entumecimiento y movilidad de los miembros), las lesiones por fricción, etc... La sujeción debe ser revisada y cada miembro debe ser liberado de la restricción al menos una vez cada 2 horas.

- El nivel de agitación, agresividad y ansiedad.

- Las complicaciones de la contención mecánica: tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, broncoaspiraciones, asfixia, lesiones, muerte súbita...

- Las necesidades básicas: alimentación, hidratación, eliminación, higiene, etc.

Una vez inmovilizado, si el paciente sigue forcejeando, hay que consultar la administración de sedantes parenterales o seguir la prescripción médica, previamente pautada.

La comida y sus utensilios, así como el material de aseo, deben ser entregados con precaución y el personal auxiliar de enfermería estará siempre presente vigilando y custodiando los cubiertos.

Debido al riesgo de atragantamiento (ya sea por los fármacos administrados y/o por la limitación de la movilidad), hay que vigilar la alimentación durante la contención. Valorar si precisa dieta de fácil deglución y vigilar la ingesta y aporte de líquidos.

La sujeción debe permitir administrar perfusión intravenosa.

Procurar crear un ambiente confortable en la habitación. A ser posible un paciente con sujeción deberá estar en una habitación lo más cercana posible al control de enfermería.

Registrar el procedimiento, constantes vitales y cuidados proporcionados (Anexo I).

En caso de urgencia, el personal de Enfermería podrá valorar la necesidad de adoptar la medida de sujeción de un paciente (siguiendo los criterios de indicación protocolizados), debiéndolo registrar y comunicar al médico responsable, así como en los casos en los que valore la conveniencia de su supresión.

B. Supresión de la contención mecánica:

La finalización del episodio restrictivo tendrá lugar tras la valoración conjunta del médico y la enfermera responsable del paciente cuando la necesidad de tal medida haya cedido.

Se hará siempre de forma progresiva a medida que aumente el autocontrol. Lo habitual es proceder a una supresión gradual, pasando primero de una contención total a una parcial y después a la supresión total, explicando en todo momento el procedimiento al paciente y a la familia.

Se hará en presencia del personal suficiente (mínimo dos personas), valorando el comportamiento del paciente.

Se debe intentar que la sujeción física dure el menor tiempo posible. El tiempo máximo que se establece para toda sujeción y/o aislamiento de un paciente es el de 12 horas, prolongable a un periodo que nunca debe superar las 72 horas.

Deberá siempre figurar por escrito en la hoja de órdenes médicas y en los cuidados de enfermería.

- Si otros pacientes han presenciado el episodio de sujeción, es necesario hablar con ellos después de la crisis, permitiéndoles que expresen sus sentimientos al respecto y que entiendan la pertinencia de las medidas adoptadas.

C. Información al paciente y a la familia:

En todos los casos es necesario proporcionar información tanto al paciente como a sus familiares o representantes legales sobre la intervención que se vaya a prescribir y de su motivo, así como de los criterios que se utilizarán para retirar la contención.

6. PROBLEMAS POTENCIALES

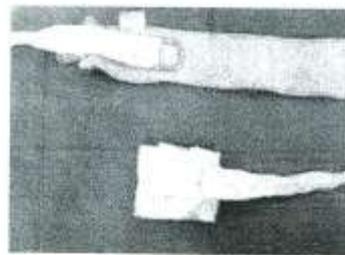
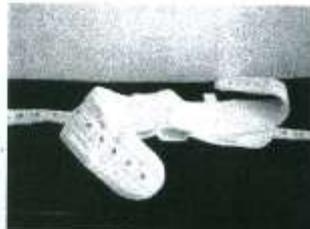
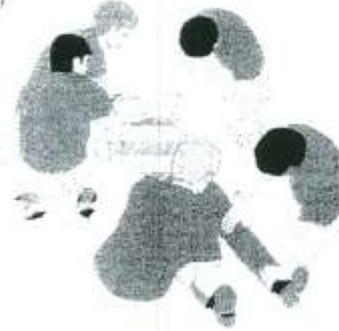
Las contenciones mecánicas suponen un peligro potencial ya que pueden aumentar el riesgo de defunción, caídas, lesiones graves y hospitalización prolongada. (2) Las lesiones relacionadas con las sujeciones mecánicas se pueden dividir en directas e indirectas y requieren vigilancia y control:

- Lesiones en plexos nerviosos.
- Riesgos de tromboembolismos. (Prevenir con pautas de heparinas)

- Lesiones al forzar la inmovilización: Fracturas, luxaciones, en pacientes con deformidades, etc.
- Broncoaspiraciones; cuando la inmovilización es en posición supina.
- Lesiones isquémicas. Contracturas isquémicas de los músculos de ambas manos después de tiempos prolongados de sujeción.
- Asfixia. Puede producirse al enredarse el paciente en el sistema de sujeción, generalmente cuando trata de levantarse y cuando la inmovilización es en decúbito prono.
- Muerte súbita: Algunos informes describen la muerte súbita tras un prolongado periodo de agitación y forcejeo con las sujeciones.
- Otras consecuencias derivadas de la propia inmovilidad: debilidad, pérdida de fuerza, deterioro funcional de las actividades de la vida diaria, incontinencia...
- Reducción del apetito, deshidratación, hipotensión con riesgo de síncope y caídas.
- Aumento de la agitación.
- Alteraciones sensoriales, por el aislamiento del entorno y una relación alterada con el personal que da cuidados...
- Aumento del estrés físico y psicológico.
- Mayor riesgo de infecciones nosocomiales.



HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
Avda. Ramón y Cajal, 3
Tel. 983 00 00
47003 - VALLADOLID



810314 - 24

Junta de
Castilla y León