

**TRABAJO DE FIN DE GRADO
CURSO ACADÉMICO 2014/2015**



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**ESTUDIO Y PROTOCOLO DE ACTUACIÓN
PARA EQUIPOS DE EMERGENCIAS
SANITARIAS: EL PACIENTE AGITADO**

Autora: MARINA SIESTO MARCOS

Tutora: CARMEN ALICIA SAN JOSÉ ARRIBAS

**Co-tutores: RAFAEL RODRÍGUEZ CALZADA,
CARLOS ESCUDERO CUADRILLERO**



RESUMEN

La agitación psicomotriz es un trastorno conductual de causa orgánica, psiquiátrica o mixta, cuya incidencia es muy elevada tanto en los servicios de urgencias como de emergencias, correspondiendo a un 5-10% de las urgencias psiquiátricas que son atendidas.

Este trastorno constituye un grave riesgo tanto para el propio paciente como para su entorno y las personas que le atienden, sobre todo cuando el medio de actuación es el ámbito extrahospitalario, como es el caso de los equipos de emergencias sanitarias que tratan a diario a pacientes de este tipo, y para los cuales es preciso contar con un protocolo que sirva como guía de actuación y consejo, teniendo en cuenta que no es posible establecer unas pautas inflexibles para todos los casos.

Tras aplicar unas medidas de seguridad básicas antes del abordaje, la contención verbal constituye el primer paso para controlar la conducta del paciente. Cuando esta medida fracase, se utilizarán medidas de contención farmacológica y, sólo en situaciones muy especiales, se empleará la contención mecánica.

Tras el análisis de los casos de agitación psicomotriz que han sido atendidos por la Unidad Medicalizada de Emergencias-Valladolid 1, que atiende Valladolid capital y provincia, en el periodo de un año, así como la realización de búsqueda bibliográfica sobre el tema, se ha llevado a cabo el desarrollo del siguiente protocolo y se han extraído datos epidemiológicos sociosanitarios objetivos y actualizados sobre este trastorno.

Palabras clave: Protocolo de actuación; Agitación psicomotriz; Emergencias sanitarias; Estudio.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	5
OBJETIVO PRINCIPAL.....	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
METODOLOGÍA.....	5
FASES DE TRABAJO.....	5
RECURSOS.....	7
DESARROLLO.....	7
PRIMERA FASE: ASEGURAR EL MEDIO EN EL QUE SE VA A ACTUAR.....	8
SEGUNDA FASE: APROXIMACIÓN AL PACIENTE, PRIMERA VALORACIÓN.....	10
TERCERA FASE: CONTENCIÓN VERBAL.....	13
CUARTA FASE: CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA.....	14
CONTENCIÓN FÍSICA: MEDIDA EXCEPCIONAL.....	15
RESULTADOS.....	18
DISCUSIÓN / IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.....	23
CONCLUSIONES.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
ANEXOS.....	28



INTRODUCCIÓN

La agitación psicomotriz es un trastorno conductual caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora acompañado de alteraciones emocionales ¹. En ocasiones, esta situación puede dar lugar a agresiones tanto verbales como físicas que pueden estar dirigidas tanto al personal sanitario, como a sí mismos o a terceros ².

Este trastorno puede ser consecuencia de una gran variedad de factores causales o desencadenantes, así como de alteraciones tanto psiquiátricas como somáticas o la confluencia de ambas encontrando, por tanto, tres tipos principales de agitación psicomotriz: psiquiátrica, somática y mixta ². Cada tipo de agitación tiene unas características y una sintomatología propia y ha de ser tratado según la causa que lo produce, siempre y cuando sea posible la determinación de su etiología. Tiene especial relevancia la exclusión de posibles causas somáticas que puedan producir agitación psicomotriz, por la complejidad y peligrosidad de las mismas sobre el paciente. Para su exclusión, es necesario realizar un rápido diagnóstico diferencial entre la agitación psiquiátrica y la orgánica. Por otra parte, poco se conoce sobre la biología de la agitación pero según indican estudios tanto clínicos como de neuroimagen la disfunción del lóbulo frontal tendría un papel muy importante ^{3,4}.

La incidencia de pacientes con agitación psicomotriz que acuden a las instituciones psiquiátricas de urgencia en España es del 10%; además pueden agitarse entre el 11-50% de los pacientes con lesiones craneoencefálicas, el 67% de los pacientes con delirium y hasta el 93% de los pacientes con demencia ⁵. Estos datos son un reflejo de la importante incidencia que tiene este trastorno en la sociedad, ya que puede darse en individuos con características muy variadas y con perfiles sociosanitarios muy diferentes. Según los datos obtenidos del estudio que se ha llevado a cabo, hay una mayor incidencia en hombres (54%) que en mujeres (46%), y el intervalo de edad en el que se han atendido más pacientes con agitación psicomotriz es entre 30-65 años (48%), seguido del intervalo de 0-30 años (26%) y por último entre 65-100 años (24%), lo que indica que se presenta en adolescentes, jóvenes y adultos, de forma más frecuente que en personas ancianas.



La atención a este tipo de pacientes es considerada una urgencia sanitaria ya que el desencadenamiento de la agitación psicomotriz es la mayor parte de las veces inesperado ⁶. Debido a esto, una correcta actuación de los equipos de emergencias sanitarias, destacando la importante labor terapéutica que desempeña el personal de enfermería, es imprescindible.

Por otra parte, se ha demostrado que ‘los aspectos que permiten una mejor atención al paciente agitado son la experiencia y la formación específica’ ⁶.

El manejo de estos pacientes puede plantear muchas dificultades ya que normalmente se trata de personas poco colaboradoras y, en ocasiones, agresivas o violentas, por lo que su atención puede convertirse en una situación muy estresante e incómoda tanto para el propio paciente como para el personal sanitario. Por tanto, la planificación y protocolización de la actuación es fundamental para resolver el cuadro ⁷.

Actualmente, existen varios protocolos que tratan de dar respuesta a cómo actuar frente a los pacientes con agitación psicomotriz y cuáles son las técnicas y los tratamientos más eficaces, pero la mayor parte de los mismos están orientados hacia un ámbito hospitalario o de urgencias y son pocos y muy heterogéneos los que centran el modo de actuación en los equipos de emergencias sanitarias.

JUSTIFICACIÓN

Vista la importancia de este trastorno, su elevada incidencia y la relevancia que presenta la formación específica para la atención de estos pacientes, con este trabajo se pretende conseguir una guía actualizada y homogénea para el abordaje y tratamiento de los pacientes agitados, adaptando el mismo a los equipos de emergencias sanitarias.

El protocolo está enfocado tanto para mejorar los aspectos prácticos de la actuación como para que la misma sea segura para el paciente, el personal y todas las personas involucradas en la situación, así como para minimizar los errores o complicaciones que puedan derivarse de una mala práctica asistencial. El protocolo es por tanto, una guía para el buen hacer de los profesionales que orienta y facilita el control de situaciones difíciles de manejar teniendo en cuenta que no todos los escenarios y las intervenciones son iguales. El estudio que se ha realizado mediante la

revisión de historias clínicas, ha ayudado al desarrollo del protocolo (tratamientos y técnicas utilizadas etc.) y además ofrece datos actualizados y objetivos sobre el trastorno estudiado.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

- Desarrollar un protocolo de actuación estandarizado en el manejo del paciente agitado para equipos de emergencias sanitarias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar una revisión bibliográfica para identificar los protocolos existentes de manejo del paciente agitado.
- Realizar una revisión de las historias clínicas estudiadas para conocer los datos epidemiológicos más característicos de los pacientes agitados estudiados que además sirven como orientación para el desarrollo del protocolo.
- Mejorar la seguridad del paciente, de terceros y del equipo asistencial mediante la elaboración del protocolo.

METODOLOGÍA

Para la realización de este proyecto se ha seguido la siguiente metodología, dividida en las fases de trabajo que se exponen a continuación:

FASES DE TRABAJO

Fase de documentación. En esta primera fase de aproximación y planteamiento del tema a tratar se han llevado a cabo los siguientes aspectos:

- Búsqueda bibliográfica de documentación relevante sobre: la agitación psicomotriz, su tratamiento, los protocolos existentes de actuación, estudios que hay sobre dicho trastorno y su incidencia etc. Bases de datos empleadas: MEDLINE (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>), COCHRANE LIBRARY en español

(<http://www.update-software.com/Clibplus/ClibPlus.asp>), GOOGLE ACADÉMICO (<https://scholar.google.es>), CUIDEN – Fundación Index (<http://www.index-f.com/new/acceso.php>), SciELO en español (<http://www.scielo.org/php/index.php?lang=es>), entre otras.

- Selección de la información más relevante e interesante para el desarrollo del proyecto mediante la metodología de estudio-selección.
- Recopilación de las historias clínicas de la población diana del estudio. Para la recopilación de dichas historias clínicas, ha sido necesario tener el pertinente permiso de la Gerencia de Emergencias de Castilla y León firmada exclusivamente por el Dr. Rafael Rodríguez Calzada, cotutor de este trabajo e investigador del estudio, ya que dicho permiso debía firmarse por un profesional titulado. ANEXO I

Fase de desarrollo. Del protocolo y del estudio mediante:

- Elaboración de una base de datos en Excel con las variables necesarias para el desarrollo del estudio con los datos obtenidos de las historias clínicas analizadas.
- Análisis de los datos y resultados del estudio. Conclusiones del mismo y del protocolo elaborado.
- Estudio de tipo observacional de pacientes agitados psicomotrizmente que han sido atendidos por la Unidad Medicalizada de Emergencias Valladolid-1 (UME VA-1) durante un periodo de tiempo determinado. La UME VA-1 atiende Valladolid capital y provincia con un total de unas 2700 intervenciones al año.

El desarrollo de las fases se ha llevado a cabo según el siguiente cronograma:



Ilustración 1. Cronograma de desarrollo del proyecto

Muestra. La muestra se compuso de 121 pacientes que fueron atendidos por la UME VA-1 en el periodo de tiempo comprendido entre el 1/01/2014 y el 31/12/2014. El proceso de muestreo ha consistido en reclutar a todos los individuos de la población accesible que cumplen los criterios de selección fijado por el estudio por lo que es un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo ⁸.

Los criterios de inclusión y exclusión fueron los siguientes:

- Criterios de inclusión:
 - Pacientes agitados psicomotrizmente atendidos por la UME VA-1 durante el periodo del estudio.
- Criterios de exclusión:
 - Pacientes agitados psicomotrizmente atendidos por la UME VA-1 fuera del periodo del estudio.
 - Pacientes atendidos por la UME VA-1 dentro del periodo del estudio que no presentaron agitación psicomotriz.

RECURSOS

En cuanto a los recursos que han sido necesarios para la realización del proyecto destacan los siguientes:

Recursos materiales y técnicos: los recursos de este tipo que han sido utilizados son: un equipo informático con el software necesario para el desarrollo del proyecto, fuentes documentales y bibliográficas en varios soportes (contenido on-line, libros, revistas científicas etc.), material fungible de oficina e impresora.

Recursos humanos: entre ellos destaca la ayuda de profesionales de emergencias para la recopilación de las historias clínicas así como de la Gerencia de Emergencias de Castilla y León para el acceso a las mismas y la consulta a profesionales con conocimientos sobre el tema.

DESARROLLO

Para llevar a cabo el desarrollo del siguiente protocolo, se han tenido en cuenta tanto los datos bibliográficos recopilados como los datos obtenidos del estudio llevado a cabo y la experiencia personal de trabajadores y estudiantes de prácticas del equipo de emergencias sanitarias de la UME VA-1.

En el manejo de los pacientes agitados no se puede establecer una pauta rígida e infalible que pueda adaptarse a todos los casos que se atiendan por la complejidad que supone este trastorno pero a continuación se proponen una serie de orientaciones o

medidas genéricas que pretenden orientar y servir como guía en la mayor parte de los casos.

PRIMERA FASE: ASEGURAR EL MEDIO EN EL QUE SE VA A ACTUAR

Es de gran importancia establecer una serie de medidas que aseguren tanto la integridad de los profesionales como la del paciente y la de terceras personas antes de empezar a actuar ².

Hay que tener en cuenta la dificultad que en ocasiones lleva asociado el manejo del trastorno ya que muchas veces el paciente se encuentra nervioso, alterado o incluso agresivo pero no hay que confundir al paciente agitado con el paciente violento o agresivo por naturaleza, entendiéndose por agresividad la tendencia biológica que forma parte del instinto de supervivencia; en algunas personas está más acentuado este aspecto que en otras. Estas personas, que se pueden definir como personas violentas, deberán ser atendidas por personal de seguridad o del orden público ⁹.

Otro aspecto a recalcar es que, al actuar los equipos de emergencias sanitarias normalmente en un ámbito extrahospitalario [de las actuaciones estudiadas, la mayoría fueron en domicilios (77.58%), frente a la vía pública (14.04%) y pacientes institucionalizados (8.26%)], no es fácil controlar el entorno ni los elementos que en él puedan existir. Además, es muy frecuente la presencia de autoridades como policía local o guardia civil e incluso el equipo de bomberos, y es importante colaborar y trabajar de forma coordinada y organizada con todos ellos. Durante el periodo de recogida de información, el equipo de emergencias sanitarias cooperó con los servicios de seguridad y del orden público en un 24.79% de los casos atendidos.

Las medidas más importantes que deben adoptar los equipos de emergencias son las siguientes ¹⁰⁻¹²:

- Salvaguardar siempre una distancia mínima de seguridad con el paciente tanto si está muy agitado como si está más calmado ya que este trastorno puede desencadenarse de forma rápida e imprevista.
- En casos de violencia inminente o peligrosidad (presencia de armas, paciente muy agresivo, difícil de controlar etc.) esperar siempre la actuación y colaboración del personal correspondiente como policías etc.



- Mantener una vía de salida abierta y accesible en todo momento. No quedarse a solas con el paciente.
- Ante la presencia de familiares en la escena, hay que valorar el efecto que éstos causan en el paciente. Si el efecto es positivo (le proporcionan tranquilidad, protección etc.) se debe considerar que estén presentes durante el proceso pero si por el contrario ejercen un efecto negativo en la persona (crean nerviosismo, irritabilidad etc.) es mejor que abandonen la estancia o el lugar en el que se va a tratar el paciente y hay que hacerles saber la importancia de esta medida terapéutica.
- Minimizar o evitar los factores favorecedores que aumentan el riesgo de que se produzca este trastorno o lo agraven teniendo en cuenta sobre todo los factores ambientales como excesivo ruido, gran afluencia de personas etc. (control ambiental).
- Existen una serie de signos prodrómicos que son una serie de signos y síntomas que avisan de la inminente agitación o paso a estados más agresivos o violentos del paciente. Algunos ejemplos de estos signos son: aumento de la inquietud del paciente, irritabilidad, signos de ansiedad, alucinaciones con tintes violentos, subir el tono de voz, apretar la mandíbula, cerrar los puños, expresión facial tensa y enfadada, hablar más rápido etc. Estos signos prodrómicos pueden aparecer en cualquier fase del procedimiento así que hay que tenerlos presentes y valorarlos en todo momento.
- Es muy importante la colaboración de todo el equipo en crear este ambiente de seguridad debido a las circunstancias externas que pueden darse y a los diferentes escenarios de actuación posibles como domicilios, vía pública, lugares de ocio etc. en los que, en muchas ocasiones, hay terceras personas involucradas. El personal debe estar bien entrenado en el manejo de estas situaciones.

Estas medidas de seguridad van a ser más importantes en algunas situaciones que en otras pero hay que tenerlas siempre presentes y ponerlas en práctica. Una vez que la situación está controlada y podemos actuar sin poner en riesgo la integridad física de nadie, se podrá pasar a la segunda fase de actuación.



SEGUNDA FASE: APROXIMACIÓN AL PACIENTE. PRIMERA VALORACIÓN

La aproximación deber ser paulatina, sin causar temor o desconcierto en el paciente. Lo ideal es que sea una persona o dos (personal de enfermería, médico de emergencias) las que establezcan una relación directa y que se aproximen directamente al paciente.

Tras esta primera aproximación se pueden determinar algunas características del paciente y el facultativo puede empezar a valorar algún posible diagnóstico aunque éste no será concluyente hasta que el paciente sea evaluado por completo tanto física como mentalmente, además, se puede sospechar la etiología del trastorno, siendo las principales causas de agitación psicomotriz que se atienden por los equipos de emergencias las siguientes ^{2,13}:

- Orgánica: producida por trastornos neurológicos (traumatismo craneoencefálico, tumor cerebral, epilepsia, encefalitis, ictus etc.), tóxicos (intoxicaciones agudas, síndromes de abstinencia, intoxicación por fármacos), trastornos sistémicos o post intervencionismos quirúrgicos entre otros.
- Psiquiátrica: puede ser de origen psicótico o no psicótico. En la siguiente tabla se recogen las principales patologías divididas en estos dos grupos:

PSICÓTICA	NO PSICÓTICA
- Esquizofrenia	- Crisis de angustia
- Trastorno psicoafectivo	- Trastorno de personalidad
- Trastorno bipolar	- Crisis histérica
- Depresión psicótica	- Alteraciones conductuales en pacientes con demencia o retraso mental
- Paranoia	

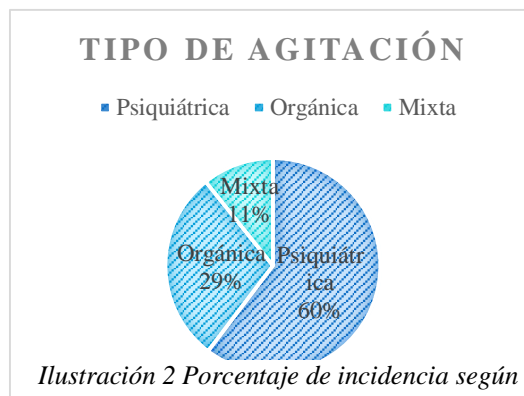
Tabla I. Tipos de agitación psiquiátrica

- Mixta: pacientes con patología psiquiátrica a la cual se suma un componente orgánico.

Se podría hablar de un cuarto tipo de agitación que es aquella que se produce ante causas situacionales o reactivas: reacciones de estrés agudo como duelo, situaciones catastróficas como terremotos o incendios, violaciones etc.

En el gráfico situado a la derecha se indica el porcentaje de incidencia según el tipo de agitación psicomotriz del total de pacientes estudiados, siendo el tipo más frecuente la agitación psiquiátrica.

Las causas más frecuentes de agitación psicomotriz de la muestra son:



- La causa de agitación psicomotriz más frecuente en mujeres es el intento autolítico (causa psiquiátrica).
- La causa de agitación psicomotriz más frecuente en hombres es el consumo de tóxicos, destacando las intoxicaciones etílicas (causa orgánica).
- La causa de agitación psicomotriz más frecuente común a ambos sexos es el consumo de tóxicos, destacando las intoxicaciones etílicas (causa orgánica).

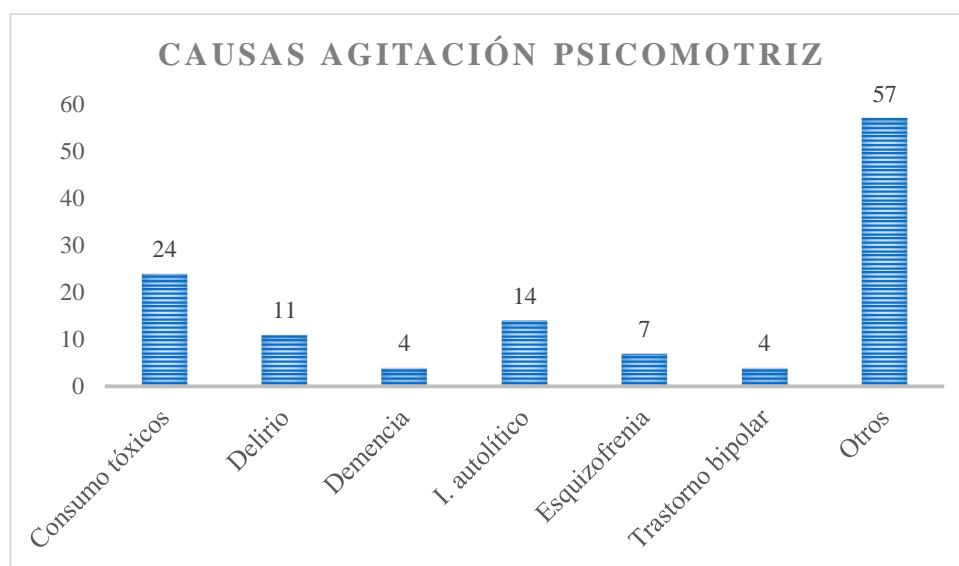


Ilustración 3 Causas más frecuentes de agitación psicomotriz. Estudio

En esta primera valoración se debe empezar a desarrollar el diagnóstico diferencial entre agitación psiquiátrica y orgánica y el mismo se irá completando durante el transcurso de las siguientes fases del protocolo. Los principales aspectos que

hay que tener en cuenta para la realización del diagnóstico diferencial se resumen en el siguiente cuadro ¹³:

AGITACIÓN ORGÁNICA	AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA
<ul style="list-style-type: none"> - No suele haber antecedentes psiquiátricos - Afectación del nivel de conciencia - Desorientación temporo-espacial - Curso fluctuante - Alucinaciones visuales - Focalidad y signos físicos presentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuentes antecedentes psiquiátricos (el 67% de la muestra estudiada presentaba algún antecedente personal de tipo psiquiátrico, el 59.50% de los mismos estaban bajo tratamiento psiquiátrico en el momento de la actuación) - Nivel de conciencia no afectado - No desorientación - Curso no fluctuante - Alucinaciones auditivas / ausentes - Focalidad y signos físicos raros. Sí que hay alteraciones de la afectividad

Tabla II. Diagnóstico diferencial agitación psicomotriz

Lo más importante en esta primera valoración es evaluar el estado de conciencia del paciente ya que puede ser un indicador de si la agitación es de tipo orgánico, lo que ayudará a descartar o no esta posibilidad y orientará su tratamiento ¹⁴.

Algunas de las constantes más importantes a la hora de determinar una posible causa orgánica son la tensión arterial, glucemia capilar y temperatura. También es necesaria una exploración pupilar y realización de la escala de Glasgow para valorar el estado de conciencia.

En los pacientes de la muestra, las constantes que más se han tomado y valorado son: tensión arterial (60.33%), frecuencia cardíaca (61.15%) y saturación de oxígeno (43.80%). Otras constantes valoradas: glucemia (38.01%), temperatura (11.57%), FiO₂ (20.66%) y frecuencia respiratoria (7.43%). Otras pruebas: escala de Glasgow (25.62%) y examen pupilar (23.14%).

Por otra parte, en esta segunda fase se debe empezar a establecer la relación terapéutica con el paciente que va a ser clave, en muchos de los casos, para la resolución del cuadro. La relación terapéutica se puede definir como una ‘negociación intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre terapeuta y paciente, se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-enfermedad (...) y es considerado como uno de los pilares de la profesión enfermera’ ¹⁵. Este concepto adquiere especial importancia en la siguiente fase.

TERCERA FASE: CONTENCIÓN VERBAL

La contención verbal es la fase precoz más importante para el manejo de situaciones con pacientes agitados, en las cuales la pérdida de control no ha sido total. En esta fase es muy importante permitir y fomentar la verbalización mediante una relación terapéutica eficaz ¹⁴.

Las estrategias de comunicación verbal más importantes son:

- Hablar en voz baja y de forma calmada.
- Si se conoce el nombre del paciente dirigirse a él por su nombre.
- Orientar al paciente y explicarle cuál es el papel del profesional que le está atendiendo ¹⁶.
- Informar sobre el procedimiento que se va a seguir si la persona es consciente de la situación ya que puede disminuir su ansiedad y favorecer su colaboración.
- Escuchar con atención evitando interrupciones, mostrar interés por lo que está contando.
- No intentar razonar con el paciente hostil.
- Responder de forma tranquila y segura aunque el paciente esté en una postura amenazante o desafiante.

Algunas recomendaciones sobre lo que no se debe hacer con un paciente agitado son:

- Emitir juicios de valor sobre el paciente (juzgarle por su comportamiento) o hacer interpretaciones precoces.
- No evitar las provocaciones del paciente.
- No escuchar al paciente.
- Hacer promesas que no pueden cumplirse u ofrecer la medicación para que esté más tranquilo lo que puede aumentar su hostilidad ¹⁶.
- Hacer burlas o comentarios con el resto del personal sobre el paciente o su comportamiento.
- Aproximarse demasiado al paciente quitándole su espacio vital o intimidándole.

El uso exclusivo de contención verbal más toma de constantes fue efectivo en un 62.8% de los pacientes de la muestra.

CUARTA FASE: CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA

Si la contención verbal fracasa, se pasará a utilizar la contención farmacológica. El tratamiento debe ser individualizado y orientarse según la causa de la agitación y la gravedad de la misma, pero en emergencias es muchas veces insuficiente la información que se tiene sobre el paciente y/o los medios diagnósticos con los cuales se cuenta no son suficientes.

El tratamiento de este trastorno en el ámbito de las emergencias sanitarias debe ser rápido y efectivo en un corto periodo de tiempo consiguiendo calmar al paciente con las dosis más bajas posibles de aquellos fármacos que estén indicados para él¹⁷.

En cuanto a las vías de administración, lo ideal es comenzar el tratamiento con medicación por vía oral (VO) si el paciente está controlado y colabora con el equipo. Si no es posible bien por razones psicológicas o patológicas usar esta vía, se puede emplear la vía endovenosa (VV) que es la más fiable en términos de absorción y rapidez de acción pero con más riesgos cardiovasculares y respiratorios o la vía intramuscular (IM) que es empleada con frecuencia debido a su rapidez de administración¹⁷. En la actualidad, se han comercializado nuevos medicamentos para el tratamiento de la agitación que se administran por vía inhalatoria; es una vía a considerar ya que se consigue una rápida absorción y distribución sin utilizar procedimientos invasivos pero este tipo de fármacos tienen el inconveniente de que es necesario un cierto grado de colaboración para la administración del mismo (es necesario reflejo inhalatorio)¹¹.

Los fármacos más utilizados en emergencias para el tratamiento de este trastorno según el tipo de agitación son¹⁸:

- Agitación de etiología orgánica: Benzodiazepinas en pacientes sin problemas respiratorios y con predominio de manifestaciones ansiosas bien por VO si la sintomatología es leve y colabora o IM si no es posible la oral.

En casos en los que haya clínica de delirio, alucinaciones, confusión marcada o dificultad respiratoria los neurolepticos son los fármacos de elección.

- Agitación de etiología psiquiátrica: si la agitación es leve y no hay presentes síntomas psicóticos lo indicado son benzodiazepinas por VO y si es moderada o grave y siguen sin existir síntomas psicóticos lo indicado son las benzodiazepinas por VO o IM más neuroleptico VO o IM.



Si se trata de un paciente con síntomas psicóticos se indican los neurolepticos por VO o IM solos o junto a benzodiacepinas si es necesario.

BENZODIACEPINAS MÁS UTILIZADAS	NEUROLÉPTICOS MÁS UTILIZADOS
<ul style="list-style-type: none"> - Midazolam: es la benzodiacepina usada por excelencia en emergencias por vía IM 0,2 mg/kg (también puede administrarse por VV 0,1 mg/kg) - Alprazolam: es también muy rápida y potente 0,25-0,5-1-2 mg VO o SL - Diazepam: 5-10 mg VO o sublingual (SL) (también se puede administrar por VV o IM) - Clorazepato dipotásico: 50 mg IM - Lorazepam: 1-2-5mg mg VO o SL 	<ul style="list-style-type: none"> - Haloperidol: neuroleptico de elección, dosis inicial de 5 mg VO o IM y se puede repetir cada 30 minutos hasta un máximo de 30 mg/24h - Clorpromazina: 25 mg IM, se puede repetir cada 2-4 h - Levopromazina: 25-50 mg IM se puede repetir cada 2-4 h hasta un máximo de 200 mg/día

Tabla III. Fármacos más utilizados para control de la agitación psicomotriz en emergencias

Los fármacos más utilizados en los pacientes que componen la muestra son el Midazolam IM (63.63% de pacientes tratados farmacológicamente) y el Haloperidol VO o IM (15.15% de pacientes tratados farmacológicamente). Sólo se empleó el uso de nuevos fármacos por vía inhalatoria en una ocasión y se emplearon otro tipo de fármacos (18.18% de los pacientes tratados farmacológicamente).

CONTENCIÓN FÍSICA: MEDIDA EXCEPCIONAL

La contención física o mecánica sólo debe ser empleada en situaciones excepcionales y cuando las demás fases no hayan sido efectivas o no hayan podido ejecutarse. La contención mecánica tiene el objetivo de restringir los movimientos del paciente bien para proteger su seguridad y la de las demás personas, evitar la fuga o poder aplicar el tratamiento correspondiente de forma segura y eficaz ¹⁹. Algunas indicaciones de esta forma de contención son ¹⁹:

- Pacientes con trastorno orgánico en los que la contención física puede facilitar la valoración inicial.
- Pacientes con psicosis activa en los que las medidas de contención no han sido eficaces y la contención física facilita la administración de los fármacos correspondientes.

- Pacientes con trastornos de personalidad en las que las medidas de contención verbal no son eficaces y suponen un riesgo.

En un primer momento, si la contención verbal no ha sido efectiva, puede ser necesaria la contención física in situ, en el lugar en el que se encuentre el paciente (vía pública, domicilio etc.) para poder aplicar las medidas farmacológicas necesarias, por lo que en muchos casos en los que no se pueda controlar al paciente la contención física y la contención farmacológica formarán un binomio.

Normalmente la contención física in situ es efectuada por personal de seguridad pero es necesario conocer la técnica por si son los equipos de emergencias sanitarias los que tienen que aplicar esta medida. Además, la contención física se puede mantener durante el traslado en la ambulancia, utilizando para ello correas homologadas.

La técnica de contención física o mecánica consiste en ¹⁹:

- Posicionar una persona por cada extremidad y una para el control de la cabeza.
- Colocar al sujeto de espalda sobre la camilla o sobre una superficie lisa y rígida.
- Sujetar entre 2 puntos (brazo y pierna contralaterales) o 5 puntos (4 extremidades y cintura).
- Incorporar ligeramente la cabeza para evitar aspiraciones.

Las medidas más importantes que hay que adoptar frente a un paciente con este tipo de contención son:

- Control de constantes vitales mediante monitorización de tensión arterial, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno principalmente.
- Vigilancia de la piel y mucosas.
- Vigilar hidratación. Este aspecto es importante sobre todo cuando los traslados son largos (más de 60 minutos) ya que es cuando se pueden empezar a alterar los balances hídricos.
- Precaución para no producir luxaciones o fracturas así como compresiones nerviosas o vasculares ²⁰.

Sólo se empleó la contención mecánica en un 2.48% de los pacientes de la muestra.

La mayor parte de los pacientes deben ser trasladados a un centro hospitalario para continuar con las medidas empleadas e instaurar las que sean necesarias. Hay ocasiones en las que los pacientes pueden obtener el alta in situ si el motivo de la actuación ha cesado o se ha solucionado el conflicto. El 66,94% de los pacientes de la muestra fueron trasladados al hospital de referencia por la UME, el 19,83% fueron trasladados por el servicio vital básico (SVB) y tan sólo un 10,74% fueron dados de alta in situ (el 2,48% restante acudieron al centro hospitalario en otro medio de transporte). Durante estos traslados los pacientes deben ir en condiciones óptimas y se deben seguir aplicando los cuidados y las medidas oportunas en cada momento valorando continuamente el estado y las necesidades del paciente.

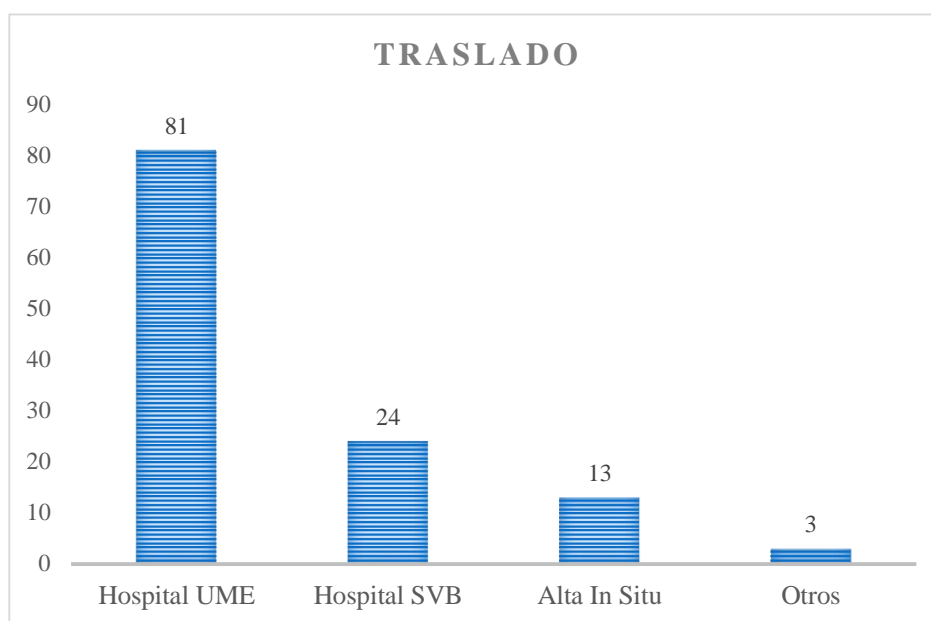


Ilustración 4 Tipos de traslado. Estudio

En este tipo de pacientes son frecuentes los cambios conductuales a lo largo del abordaje por lo que la continua valoración es imprescindible pudiendo volver a fases anteriores si el paciente colabora o lo contrario si se vuelve más agresivo o deja de colaborar.



RESULTADOS

Como resultado de todo lo anterior se ha desarrollado un protocolo estandarizado para el manejo de los pacientes agitados en emergencias sanitarias, basado tanto en la experiencia personal en el manejo de este tipo de pacientes en el servicio de emergencias UME VA-1 como en los datos obtenidos del estudio realizado y en la revisión bibliográfica que se ha llevado a cabo. Es una guía flexible de actuación que orienta y facilita la labor profesional de todo el equipo de emergencias teniendo muy en cuenta la seguridad del mismo, del paciente y de terceras personas.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES AGITADOS EN EMERGENCIAS SANITARIAS

OBJETIVOS:

Los objetivos de este protocolo son:

- Establecer una guía estandarizada y flexible para el manejo de los pacientes agitados en emergencias sanitarias.
- Mejorar la seguridad de todas las personas implicadas en el proceso y en el manejo del mismo (personal, paciente y terceras personas).
- Evitar la progresión de la agitación hacia estados de agitación extrema o violencia.
- Prevenir o evitar los errores y complicaciones que puedan derivarse de una mala práctica asistencial.

ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Este protocolo está enfocado en el ámbito de las emergencias sanitarias (112) para el manejo de los pacientes agitados que además pueden presentar agresividad o violencia autodirigida o dirigida a los demás.

RECURSOS HUMANOS:

Equipo de emergencias sanitarias que conforman las Unidades Medicalizadas de Emergencias. Normalmente dicho equipo está compuesto de:

- Enfermero/a.
- Médico/a.



- 2 técnicos de transporte sanitario (técnicos de emergencias sanitarias).

RECURSOS MATERIALES:

Ambulancia medicalizada con todo el material necesario para el control y manejo de estos pacientes teniendo especial importancia:

- Monitor para la monitorización de constantes habituales: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, saturación de oxígeno. Termómetro. Equipo para la determinación de glucemia capilar. Linterna para exploración pupilar.
- Fármacos para el tratamiento del trastorno (se expondrán más adelante, en el procedimiento).
- Correas homologadas para contención mecánica.
- Material para la canalización de vías venosas periféricas y sueros de perfusión (importante contar con sueros con glucosa y glucosmón en caso de hipoglucemia).
- Material para oxigenoterapia (gafas nasales, mascarillas de venturí etc.). Material de intubación para casos que puedan requerir esta técnica como por ejemplo en traumatismos craneoencefálicos.

ACTUACIONES PREVIAS:

En todos los servicios de emergencias es importante comprobar siempre antes de comenzar el turno y antes de un nuevo aviso que todo el material esté listo y operativo para cuando se necesite por lo que es necesaria la revisión periódica tanto del material como del buen funcionamiento de los equipos y aparataje.

En la situación especial del manejo de un paciente agitado, antes de la aproximación y abordaje del mismo son necesarias unas normas básicas de seguridad que hay que aplicar en todos los casos ya que este trastorno es muy fluctuante y el paciente puede aumentar su agitación o agresividad en cualquier momento. Estas normas básicas de seguridad son las siguientes:

- Distancia mínima de seguridad con el paciente.
- Colaboración de todo el equipo entre sí y con el personal de seguridad.
- Vía de salida abierta y disponible permanentemente.
- Valorar el efecto de terceras personas en la escena. Pedir que abandonen la misma si el efecto es negativo.

- Disminuir y/o evitar los factores favorecedores de agitación o violencia.
Contención ambiental.
- Atención a los signos prodrómicos de agitación o violencia inminente.

PROCEDIMIENTO:

Tras la aplicación de las pautas básicas de seguridad:

1. Aproximación al paciente. Primera valoración.

Aproximación de manera paulatina sin crear desconcierto o temor en el paciente. Serán una o dos personas las que establezcan una relación directa con el mismo (personal de enfermería-médico).

Desde el inicio del manejo del paciente se debe ir valorando la causa de la agitación realizando un diagnóstico diferencial apropiado entre agitación orgánica y psiquiátrica prestando especial atención al estado de conciencia; el mismo se irá completando durante las siguientes fases del protocolo.

2. Contención verbal. Toma de constantes vitales.

Estrategias para favorecer la relación terapéutica profesional-paciente y que la contención verbal sea eficaz:

- Tratar al paciente por su nombre.
- Dirigirse a él de manera tranquila y hablar en voz baja y relajada escuchándole con atención.
- Orientar al paciente en todo momento. Cada profesional deberá presentarse y dejar clara su labor dentro del equipo.
- Favorecer la colaboración del paciente e informar sobre el procedimiento que se va a seguir si la persona es consciente de la situación.
- Evitar emitir juicios de valor o hablar con hostilidad, no hacer burlas o comentarios sobre el paciente con el resto del equipo.

Toma de constantes vitales:

Las constantes más importantes que hay que tomar en estos pacientes son: tensión arterial, glucemia capilar y temperatura además de un examen pupilar y

realización de la escala de Glasgow. Otras constantes interesantes de valorar son la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.

3. Contención farmacológica.

Se deberá emplear si la contención verbal exclusiva no soluciona el cuadro.

- Emplear la VO cuando el paciente colabora, si no es posible se empleará la vía IM, VV o inhalatoria.
- Fármacos a utilizar: a elección del facultativo. Las posibilidades son:
 - Agitación orgánica en pacientes sin dificultad respiratoria; agitación psiquiátrica leve sin sintomatología psicótica → Benzodiacepina VO, IM o IV dependiendo del grado de colaboración del paciente (Ej. de elección: Midazolam IM 0,2 mg/kg o VV 0,1 mg/kg o Alprazolam 0,25-0,5-1-2 mg VO o SL).
 - Agitación orgánica si hay delirio, confusión aguda o dificultad respiratoria; agitación psiquiátrica grave sin sintomatología psicótica; agitación psiquiátrica siempre que haya sintomatología psicótica → Neuroléptico (Ej. de elección: Haloperidol dosis inicial 5mg VO o IM se puede repetir cada 30' hasta un máximo de 30mg/24h) asociado o no a benzodiacepinas.

4. Contención mecánica.

Sólo en situaciones excepcionales:

- Pacientes con trastorno orgánico en los cuales la contención facilita la valoración.
- Pacientes con trastorno psicótico activo o trastorno de personalidad cuando suponen un riesgo o facilita la administración de medicación.

La contención mecánica puede ser de 5 puntos (cabeza y 4 extremidades) o de 2 puntos contralaterales (pierna y brazo de lados contrarios) colocando al paciente sobre una superficie lisa y rígida (camilla).

Medidas a adoptar para el control de un paciente con contención mecánica:

- Cabeza ligeramente incorporada para evitar aspiraciones.
- Monitorización o toma de constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno.

- Vigilancia de piel y mucosas.
- Vigilar hidratación en traslados largos.
- Precaución para no producir luxaciones, fracturas o compresiones nerviosas o vasculares.

5. Traslado del paciente.

- Alta in situ: no es necesario el traslado del paciente. Cuando el cuadro se ha solucionado o tras negativa del paciente al traslado (valorar ingreso involuntario).
- Traslado del paciente al hospital de referencia: según gravedad y patología. Traslado en Unidad Medicalizada de Emergencias (UME) cuando la patología es grave o existen riesgos y mediante Soporte Vital Básico (SVB) cuando el trastorno está controlado y no es necesaria la intervención de la unidad medicalizada. Otros medios de transporte: helicóptero de emergencias cuando el riesgo es vital y el traslado largo, coches particulares etc.

Si durante el traslado se mantiene la contención mecánica hay que asegurar la estabilidad del paciente y la correcta aplicación de la técnica con correas homologadas además de seguir las medidas citadas anteriormente.

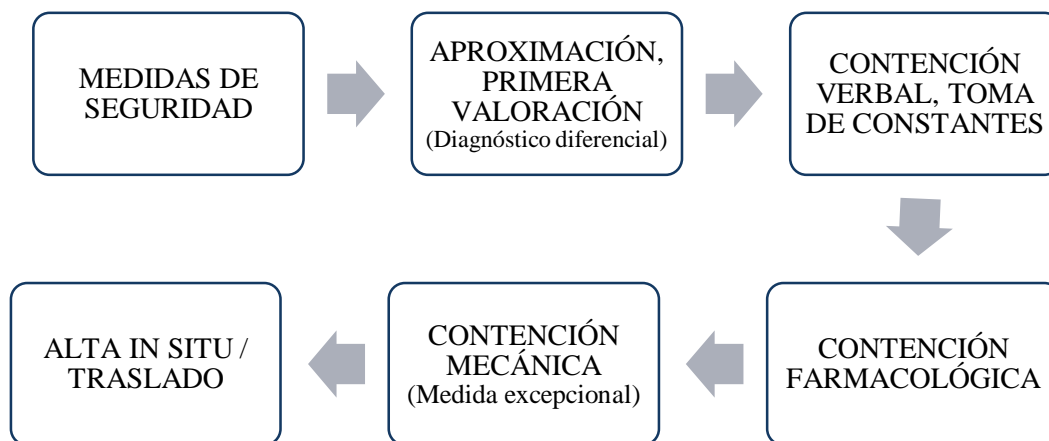


Ilustración 5 Algoritmo de actuación pacientes agitados en emergencias

OBSERVACIONES:

El paciente debe ser vigilado y re-valorado en todo momento adaptando cada fase del mismo a sus necesidades específicas.



No es una pauta rígida de actuación y se debe adaptar a cada caso concreto ya que ningún caso es igual a otro.

Los fármacos están supeditados a las necesidades, alergias y patología existente y antecedentes previos de cada paciente por lo que los fármacos recomendados son tan sólo un ejemplo de tratamiento ideal.

DISCUSIÓN / IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Tras mi paso por el servicio de emergencias UME VA-1 como estudiante de prácticas, viendo la alta incidencia que tiene este trastorno y las situaciones de nerviosismo, estrés e incertidumbre que pueden llegar a darse, considero que tener como referencia un protocolo o guía clínica para el tratamiento de la agitación psicomotriz es de gran importancia para salvaguardar la seguridad del paciente, de las personas de su entorno y del personal de emergencias sanitarias así como para poder abordar al paciente de forma global, intentando controlar la conducta del paciente con las medidas más adecuadas en cada situación.

El personal de enfermería del equipo de emergencias tiene una especial labor terapéutica con este tipo de pacientes, por lo que hay que seguir una serie de pautas o consejos a la hora de hablar con el paciente y empatizar con él. La toma de constantes es también muy importante y el personal de enfermería debe realizar la misma de manera óptima y en todos los casos necesarios ya que es fundamental para la exclusión de posibles causas somáticas, por lo que hay que dar a este aspecto la importancia que merece.

Por otra parte, contar con un estudio actual y objetivo en el que se estudian multitud de variables sociosanitarias así como las medidas que se aplican con más frecuencia aporta multitud de datos que ayudan a entender la enfermedad, su prevalencia, las causas más frecuentes de agitación y los tratamientos más empleados entre otros.



CONCLUSIONES

- La agitación psicomotriz es un trastorno conductual de alta prevalencia en los servicios de emergencias sanitarias (5-10% de las emergencias psiquiátricas que son atendidas a las que hay que sumar las agitaciones psicomotrices de causa orgánica). Su incidencia es mayor en hombres que en mujeres y es más frecuente en jóvenes y adultos de edad media que en personas de edad avanzada.
- La contención verbal exclusiva más toma de constantes es fundamental para la resolución del cuadro en un alto porcentaje de las actuaciones, destacando el papel terapéutico del personal de enfermería. La toma de constantes no se realiza de forma completa en muchos de los casos y es esencial para poder descartar una posible causa orgánica. Por otra parte, la contención mecánica es una medida muy excepcional que es empleada en muy pocas ocasiones.
- La mayor parte de los pacientes atendidos requieren ser trasladados por la propia UME al hospital de referencia para continuar con la valoración y tratamiento ya que la información y los medios que se tienen en los equipos de emergencias son, en muchas ocasiones, insuficientes para tratar de forma completa un trastorno tan complejo como es la agitación psicomotriz.
- Es muy importante para el manejo de un trastorno como es la agitación psicomotriz contar con unas pautas de actuación que guíen a los equipos de emergencias sanitarias que se encuentran en un entorno extra-hospitalario (domicilios, vía pública etc.) y en la mayoría de los casos desconocido y hostil.
- Cada paciente debe tener una valoración y un manejo adaptado por lo que la guía de actuación debe ser flexible y adaptable a cada caso.
- La carencia de protocolos que unifiquen la manera de abordar a este tipo de pacientes orientados hacia las emergencias médicas de manera homogénea hace que la elaboración de este protocolo sea de gran relevancia.
- En definitiva, el protocolo desarrollado es de gran utilidad e importancia ya que unifica todos los cuidados que deben darse a un paciente agitado de manera organizada y flexible, orientado hacia el ámbito de las emergencias sanitarias; ámbito para el cual no existían protocolos homogéneos y completos para el manejo de dicho trastorno. El protocolo se complementa con los datos que aporta el estudio realizado.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernal Torres J, Concepción Salesa A, Díaz Sánchez C, Galián Muñoz I, Martínez Serrano J. Protocolo de atención a pacientes con agresividad y/o heteroagresividad [Internet]. Murcia: Murcia Salud; 2011. [Consultado 23 octubre 2014]. Disponible en:
http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/270474-pacientes_agitacion.pdf
2. Sociedad Española de Urgencias y Emergencias. Recomendación científica: el paciente agitado [Internet]. Madrid: SEEUE; 2009. [Consultado 30 octubre 2014]. Disponible en:
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/anterior/documentos/recomendaciones/AGITADO.pdf>
3. Cummings JL, Fairbanks L, Masterman DM, Mega M, O'Connor SM, Senanarong V, et al. Agitation in Alzheimer's disease is a manifestation of frontal lobe disfunction. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder*. 2004; 17:14-20.
4. Bruen PD, McGegown WJ, Shanks MF, Venneri A. A neuroanatomical correlates of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Brain*. 2008; 131:2455-63
5. Bustos JI, Capponi I, Ferrante R, Fraustín MJ, Ibáñez B. Agitación psicomotriz: manejo en los diferentes contextos. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2010; 16(3): 291-304
6. Carretero Román J, Rubia Ruiz G. Formación específica en el manejo del paciente agitado [Internet]. Madrid: CODEM; 2010. [Consultado 27 diciembre 2014]. Disponible en:
http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/8c0a3fc0-1b11-4bc0-88c2-73caf5e71576/623f6d70-e746-4685-a57a-c09bb5b45a05/Formacion_especifica_manejo_paciente_agitado.pdf
7. Negro González E, García Manso M. El paciente agitado: planificación de cuidados [Internet]. Palencia: Nure Investigación; 2004. [Consultado 2 diciembre 2014]. Disponible en:
http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protocolo%20num6.pdf



8. Salamanca Castro AB. El aeiou de la investigación en enfermería. Madrid: Fuden; 2013.
9. Universia. El ser humano, ¿es violento por naturaleza? [Internet]. Barcelona: Universia España; 2014. [Consultado 8 enero 2015]. Disponible en: <http://noticias.universia.es/ciencia-nn-tt/noticia/2014/03/17/1088268/ser-humano-es-violento-naturaleza.html>
10. López García P, Morena Rayo S, Pascual Pascual P, Téllez Lapeira JM, Villena Ferrer A. El paciente agitado [Internet]. Albacete, Pamplona: UCLM Guías Clínicas; 2005. [Consultado 8 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.uclm.net/profesorado/jtorre/DOCUMENTOS/PSIQUIATR/temas/tema1/Agitado.pdf>
11. Brillo-Putze G. La agitación en medicina de urgencias. Monografías de emergencias. 2014; 8(3):1-5.
12. Colichón Custodio F. Atención a pacientes agitados y violentos en AP [Internet]. Tenerife: Slideshare; 2014. [Consultado 15 abril 2015]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/juanluisdelgadoestve/sesion-pacientes-agitados>
13. Bugarín González R, García Álvarez MJ. Agitación psicomotriz [Internet]. Actualización de “ABCDE” en urgencias extrahospitalarias. 2012; 18:73-77. [Consultado 8 febrero 2015]. Disponible en: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/18_4_Act_ABCD_2_Cadernos.pdf
14. Álvarez Rodríguez C, Dorado Siles I, Pardo Falcón E, Sieso Sevil A. Contención verbal del paciente agitado en el área de urgencias [Internet]. Sevilla: Ciber Revista SEEUE; 2014. [Consultado 18 diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2010/pagina5.html>
15. Adamuz Torres J, Feliu Baute P, Vidal Blan R. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera [Internet]. Murcia: Enfermería Global; 2009. [Consultado 13 marzo 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412009000300021&script=sci_arttext
16. Mentalízate. La contención verbal como herramienta terapéutica [Internet]. Enfermería Salud Mental 2.0; 2014. [Consultado 9 abril 2015]. Disponible en: <https://enfermeriamentalizate.wordpress.com/2014/08/28/la-contencion-verbal-como-herramienta-terapeutica/>



17. Aguilar García-Iturrospe J, Álvarez Bravos L, Renovell Farré M. Tolerancia y seguridad de los tratamientos actuales utilizados en el manejo de la agitación. Monografías de Emergencias. 2014; 8(3):11-14.
18. Gracia García F. Control de la agitación en Urgencias. Monografías de Emergencias. 2014; 8(3):18-19.
19. Amador Barciela L. La contención física en el enfermo agitado y sus consecuencias. Monografías de Emergencias. 2014; 8(3):15-17.
20. Alarcón Tobarra N, Rodríguez de Vera Selva M, Ruiz García J. Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica [Internet]. Albacete: CHUA; 2012. [Consultado 9 enero 2014]. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/17023d3b07b13ecbc6f578cb43bfa788.pdf>

ANEXOS

ANEXO I. Permiso para el acceso a las historias clínicas estudiadas expedido por la Gerencia de Emergencias de Castilla y León y firmado por el cotutor de este trabajo el Dr. Rafael Rodríguez Calzada

EMERGENCIAS
EMERGENCIAS SANITARIAS
Castilla y León
C/. Garcia Morato, 24
47007 VALLADOLID

AUTORIZACIÓN DE GERENCIA

Dr. Jesús Abia González, Gerente de Emergencias Sanitarias SACYL

Declaro:

Que conozco cuanta documentación da base al trabajo del Estudio sobre el manejo de la agitación en los servicios de emergencias médicas (MAGISEM) cuyo investigador principal será el **Dr. Rafael Rodríguez Calzada**

Que el Servicio de Emergencias Sanitarias SACYL, cumple con los requisitos establecidos en la Ley 15/1999, de protección de datos de carácter personal, y la normativa que la desarrolla.

Que los datos que se utilizarán en el estudio, y que se pondrán a disposición del promotor, no contienen ningún dato de carácter personal y se utilizarán sólo con fines de investigación científica.

Que autorizo la realización de este trabajo en el servicio.

24 de febrero de 2015

Fdo: Dr. Dr. Jesús Abia González
Gerente de Emergencias Médicas de Castilla y León