



RECOMENDACIÓN CIENTÍFICA 10/01/09 DE 25 DE JUNIO DE 2009 DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

EL PACIENTE AGITADO

Esta recomendación científica pretende analizar los factores que influyen a la hora de abordar a un paciente agitado y sugerir algunas ideas orientativas sobre cómo actuar en la prevención y/o manejo del mismo.

Va dirigida a todos aquellos profesionales de enfermería de urgencias y emergencias que en su quehacer diario se encuentran con este tipo de pacientes.

DEFINICIÓN

La agitación psicomotriz no es una enfermedad, sino una conducta y como tal puede ser manifestación de una gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos^{3,4,6,30,32}.

Se entiende por **agitación psicomotriz** una hiperactividad motora que conduce a la realización de conductas improductivas, no finalistas y repetitivas en respuesta a una tensión interna^{3,9,10,12,29}.

Estas conductas pueden ser:

- Incapacidad para mantenerse quieto, sentado y calmarse^{3,6,9,10,29}.
- gesticulaciones exacerbadas (frotarse las manos, golpear el suelo con los pies, etc.)^{3,10,29}
- tono de voz elevado (gritos)^{3,32,29}.

Se acompañan también de un estado emocional intenso:

- ansiedad^{29,32},
- irritabilidad^{3,29,32}
- hostilidad^{9,29}
- angustia^{6,9,29}
- pánico o euforia^{3,6,29,32}

Llevado al extremo, podemos encontrarnos con agresiones verbales (insultos)^{3,9,22,29}, amenazas verbales y/o físicas^{22,29}, y auto y/o heteroagresiones^{9,22,29,32}.

ETIOLOGÍA

- **Causas orgánicas**^{1,3,9,11,13,16,23,29}: neurológicas, tóxicas, metabólicas. El cuadro más frecuente es el *Delirium*. Se debe sospechar cuando se trate de un cuadro de inicio agudo o subagudo, en un paciente de edad avanzada, sin historia psiquiátrica previa. Un signo frecuente es la alternancia de periodos de calma con otros de agitación, sobre todo, nocturna.
- **Psiquiátricas**^{1,3,9,11,12,13,16,27,29}: No hay alteración del nivel de conciencia, no suele existir desorientación témporo-espacial y la fluctuación es escasa. Pueden ser:
 - a) Psicóticas: esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar.
 - b) No psicóticas: crisis de angustia, crisis histérica, retraso mental, trastorno de personalidad.
- **Situacionales o reactivas**: reacciones de estrés agudo como duelo, situaciones catastróficas (incendios, terremotos, violaciones, ...) o las desconexiones ambientales (ingreso en UCI).

FACTORES DE RIESGO

A. Factores demográficos:

- La edad (entre 15 y 30 años)^{2,19,27,29,30}
- El sexo (más frecuente en varones)^{2,19,15,29,30}
- El estado civil (soltero/a)^{13,16,30}
- El bajo status socioeconómico^{13,15,27,30}
- Antecedentes familiares de alcoholismo o conductas agresivas¹⁹.

B. Factores Clínicos:

- Antecedentes de conductas agitadas.
- El abuso de sustancias^{2,8,13,15,19,27,29}
- El nivel de conciencia de enfermedad (bajo insight, rehusadores de tratamiento)^{16,27}
- La comorbilidad con trastornos de personalidad²⁷
- La desorganización cognitivo-conductual⁵ y la presencia de sintomatología positiva^{2,6,8,13,27,29,30} (alucinaciones auditivas imperativas o peyorativas en forma de insultos o amenazas e ideación delirante de perjuicio, persecución, control del pensamiento y autorreferencial)
- Retraso mental¹⁹
- Demencias
- Epilepsia¹⁹

C. Factores ambientales:

- El tipo de ingreso (involuntario o judicial)^{13,15,16}
- Conflictos con el personal u otros pacientes
- Primeros ingresos¹⁹
- Antecedentes de conductas violentas anteriores o pasadas^{2,19,27}.

FACTORES DESENCADENANTES^{8,29}

- ruidos irritantes,
- provocaciones/ insultos de otros pacientes,
- masificación.

FACTORES FAVORECEDORES

Tener en cuenta que:

- El ingreso en Urgencias supone una experiencia traumática.
- Toda agitación contiene un factor reactivo al ambiente en que surge, de manera que, el mismo paciente, en otra situación, podría no hallarse agitado¹³.
- Recordar que las personas con niveles de ansiedad elevados pocas veces recuerdan lo que se les ha dicho.
- La mayoría de los incidentes violentos se cometen en el contexto de las consultas diarias por individuos sin trastornos mentales u orgánicos definidos y como resultado de múltiples factores causales o desencadenantes que van más allá de lo sanitario³².

OBJETIVOS DE LA INTERVENCION

- Garantizar la seguridad del paciente y del personal asistencial.
- Valoración somática para descartar causas que entrañen peligro vital²⁰.
- **PREVENIR** PROGRESIÓN: Agitación → Agresividad → Violencia

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Podemos hablar de cuatro tipos de intervención que dependerán del grado y riesgo de violencia del paciente agitado²:

- A. Contención verbal^{2,11,22,23,27}
- B. Aislamiento^{13,15,22}
- C. Contención física^{2,11,13,22,23,26}
- D. Contención farmacológica^{1,2,13,23,27,32}

A. CONTENCIÓN VERBAL

Es la primera pauta de actuación siempre que sea posible, en la cual será necesario fomentar la verbalización, para evitar el paso a la acción física. Se trata de una medida terapéutica útil en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total.

OBJETIVOS

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

PAUTAS GENERALES DE ACTUACIÓN EN LA CONTENCIÓN VERBAL

- **Conciencia de uno mismo:** conocer el estrés personal que puede interferir en nuestra comunicación.
- Es importante valorar la situación de forma objetiva a pesar de la **contratransferencia** positiva o negativa (reacción emocional de la enfermera a algún aspecto o conducta del paciente).

Pautas para mantener la seguridad del paciente y de los que le rodean:

- Antes de hablar con el paciente conocer la situación clínica y sus antecedentes personales.
- Colocarse fuera de su espacio personal y del lado no dominante.
- La aproximación debe hacerse de lado pero dentro del campo visual del paciente.
- Si es posible, hablar en un despacho pero siempre asegurarse una vía de salida accesible (evitar que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta).
- Utilizar redes de apoyo externas como familiares y amigos que tengan incidencia positiva en el paciente y que ayuden a calmarlo.

Pautas de actuación no verbales:

- Evitar gestos amenazantes, defensivos o bruscos.
- Actitud abierta, tranquila, que invite al diálogo y a la privacidad.
- Colocarse a una distancia segura (mínimo 50 cm). Las personas tendientes a la violencia necesitan 4 veces más espacio personal.
- Intentar estar a la misma altura, preferiblemente sentados.



- No fijar la mirada en el paciente pero tampoco evitarla.

Estrategias de comunicación:

- Escuchar atentamente, dejando que exprese la irritación antes de responderle y sin intentar calmarle.
- Evitar las preguntas que puedan responderse con monosílabos.
- De entrada, no abordar aspectos conflictivos.
- Comunicar al paciente el comportamiento esperado: animar a que controle los impulsos violentos.
- Buscar una manera de aproximación (ofrecer bebida, comida, etc.).
- No realizar promesas que no se puedan cumplir.
- Hacerle entender que no se rechaza al paciente sino su conducta.
- No juzgar.
- No buscar la confrontación de ideas, razones... sino alianzas sencillas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de realidad. Si el paciente está delirando no entrar en que sus ideas son falsas, sino en que sabemos que sufre y queremos ayudarle.
- Establecimiento de límites: acto no manipulativo ni punitivo en el que se dice al paciente qué comportamiento se considera aceptable y cuál no y sus consecuencias.
- Ayudar a comprender la razón del límite, explicándolo de forma clara y concreta, con el fin de evitar una mala interpretación.
- Hacer cumplir el límite.

Ante el riesgo de violencia inmediata:

- Advertir al paciente que la violencia no es aceptable.
- Proponerle la resolución del problema por la vía del diálogo.
- Ofrecerle tratamiento farmacológico que le ayude a ver las cosas más relajadamente.
- Informarle de que se recurrirá a la sujeción mecánica si la ocasión lo requiere.
- Hacer una exhibición de fuerza (que el paciente vea personal sanitario y de seguridad si es preciso).

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

- Si la causa es orgánica se convierte en la primera pauta de actuación.
- Cuando la contención verbal no sea eficaz o suficiente, como alternativa a sujeción mecánica.

Selección farmacológica según:

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

Fármacos utilizados:

→ Benzodiazepinas

- En cuadros de agitación en los que el paciente no presente actividad delirante, alucinaciones ni problemas respiratorios.
- En manifestaciones ansiosas de miedo y pánico.

Más utilizadas:

- Lorazepam v.o.
- Diazepam. La vía oral es la más utilizada y de mejor absorción. En vía i.m, absorción errática, efecto de larga duración y acumulación. En vía i.v. depresión respiratoria.
- Clorazepato dipotásico: Buena absorción v.o e i.m, pero esta última con duración de acción prolongada y riesgo de acumulación.
- Midazolam: vía i.m, i.v, intranasal

Efectos secundarios:

- Reacciones paradójicas: sueños vívidos, irritabilidad, hostilidad.

Tratamiento: haloperidol.

- Intoxicación: somnolencia, obnubilación e hipotonía.

Tratamiento: flumacénilo i.v en perfusión lenta.

- Depresión respiratoria.

→ Antipsicóticos

En las agitaciones psicóticas y, en general, ante la presencia de delirios, alucinaciones, confusión marcada y dificultades respiratorias.

➤ Típicos:

- **Haloperidol:** Es posible complementar dosis menores con BZD.

Efectos secundarios: Síndrome extrapiramidal (SEP). Las reacciones distónicas agudas no son necesariamente dependientes de la dosis. Tratamiento: biperideno 2mg i.m.

La acatisia puede confundirse con un empeoramiento de la agitación. Tratamiento: BZD.

- **Clorpromacina** (Largactil)

Mayor acción anticolinérgica e hipotensora que el Haloperidol, además de SEP.

- **Zuclopentixol:** (Clopixol o Cisordinol Acufase). Mantiene concentraciones plasmáticas eficaces durante 3 días.

Indicado en agitaciones psicóticas.

Inconveniente: sedación de larga duración.

➤ Atípicos:

- Olanzapina: Dosis máxima: 40mg vo y 3 inyecciones en 24h hasta 3 días de tratamiento.

NOTA: La inyección simultánea de olanzapina im y BZD parenteral no está recomendada. Si fuera imprescindible se recomienda dejar pasar un intervalo de una hora entre un fármaco y otro.

- Risperidona: Comienzo gradual, incrementando 2 mg/día.
- Ziprasidona im: bajo perfil de SEP. Indicado para el control rápido de la agitación en pacientes con esquizofrenia, cuando el tratamiento vo no es apropiado, durante un máximo de 3 días consecutivos.

D. CONTENCIÓN MECÁNICA²⁶





Alrededor de un 30% de los pacientes agitados precisan tratamiento o intervenciones coercitivas y/o restrictivas^{1,10,11,12}.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

ETAPA 1:

1. Preparar el entorno.

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 (Stuart y Sundeen, 1995).

-  Reducir los posibles factores de irritación: luz, ruido, corrientes de aire...
-  Evitar interrupciones.
-  Disminuir los tiempos de espera.
-  Introducir personas significativas o sacar a aquellas que presenten confrontación con el paciente.

El profesional debe intentar transmitir sensación de calma y favorecer un ambiente de interés y respeto.

- Aproximarse al enfermo de forma tranquila y respetuosa.
- Explicaciones sencillas y claras, repitiendo cuando sea necesario y contestando cualquier pregunta.
- La asignación de una enfermera al ingreso evita confusiones y estrés añadido al ingresado.
- La experiencia durante el ingreso establece el tono general de la estancia del paciente.
- Es responsabilidad de la enfermera educar y estimular al paciente para que desempeñe un papel activo y responsable en su propio cuidado.

2. Establecer una relación terapéutica^{25,35}.

La relación terapéutica es un intercambio de energía entre dos personas, un flujo que lleva al paciente a una conducta más eficaz, hacia una forma más constructiva de pensamiento y una forma más eficaz de manejar sus problemas.

Dinámica de la relación terapéutica:

- Es diferente de la de otros tipos de relación (social, laboral). Se distingue de la "normal" por el intento de los participantes de lograr un cambio positivo.



- El foco de las energías es primordialmente el paciente.
- Se establece conscientemente.
- Es importante destacar la confianza, la empatía, la autonomía y la esperanza como técnicas con las que la enfermería construye los fundamentos de la relación terapéutica.

Características:

- Para que sea fructífera hay que transmitir al paciente cualidades de aceptación, autenticidad y conexión.
- El instrumento más terapéutico es el mismo enfermero: su manera de interactuar, atender y animar a los pacientes.
- Habilidades: escucha activa y relaciones de interacción.

Pautas ambientales:

- Posibilitar y canalizar la manifestación de malestar, demandas, desacuerdos; tanto de forma verbal como escrita (escucha activa, reclamaciones y sugerencias).
- Facilitar respuestas desactivadoras como relajación, técnicas de respiración...

ETAPA 2: Plan de cuidados de enfermería.

1. Valoración.

- Valoración del paciente previa, durante y tras el proceso:
 - Evaluar estado de conciencia para descartar confusión de origen orgánico.
 - Descubrir la fuente del malestar.
 - Reconocer sus sentimientos y ofrecer nuestra ayuda.
- Observación de signos de riesgo.

El signo predictor más importante de violencia inminente es el comportamiento motor del paciente: aumento de la actividad motora (juego con las manos, imposibilidad de permanecer quieto, movimientos estereotipados, golpes...), conducta demandante, logorrea, especialmente si está acompañada de coprolalia y aumento del tono de voz, suspicacia y desconfianza.

- **Escalas de evaluación** de la agitación psicomotriz internacionalmente validadas:





- ✚ **Escala de agresividad manifiesta - Overt Agresion Scale (OAS)¹⁸** : La OAS fue diseñada para medir objetivamente la agresividad de los pacientes. La escala evalúa 4 modalidades de agresividad: verbal, física contra uno mismo, física contra objetos y física contra otras personas. Cada ítem es valorado desde una doble perspectiva: gravedad y frecuencia. La puntuación de gravedad se realiza mediante una escala tipo Likert de 5 valores de intensidad, desde 1 (no presenta ese tipo de agresividad) hasta 5 (la gravedad es extrema). La valoración de la frecuencia se realiza de forma abierta, indicando el número de veces que ha presentado en el mes previo las conductas correspondientes al nivel de gravedad. El marco de referencia temporal queda a elección del evaluador, dependiendo de la frecuencia de actos violentos. Es un instrumento heteroaplicado.
- ✚ **Escala de comportamiento agitado de Corrigan – Agitated Behavior Scale (ABS):** La ABS fue diseñada con la intención de obtener un instrumento que permitiese medir de forma objetiva el grado de agitación de los pacientes en 14 variables, agrupadas en 3 factores: desinhibición, agresividad y labilidad.
- ✚ **Escala de valoración de la actividad conductual – The Behavioural Activity Rating Scale (BARS):** mide el grado de la conducta agitada en 7 niveles de actividad, que comprende desde la sedación máxima (1) hasta la agitación extrema (7).

ETAPA 3: Autochequeo del profesional.

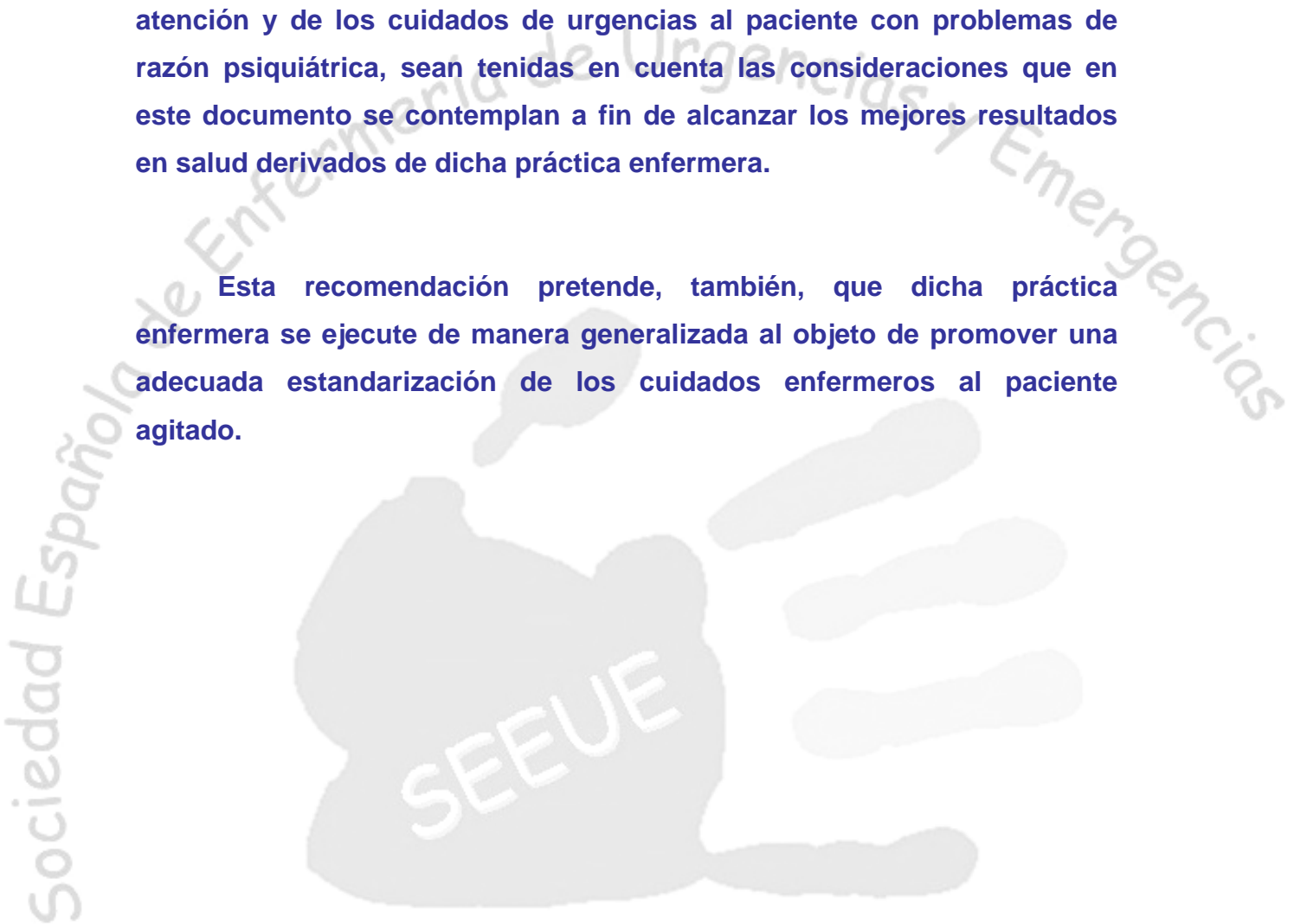
- Revisar la propia actitud: la enfermera debe analizar los sentimientos y actitudes que ha experimentado durante el encuentro (huida, angustia, ansiedad, miedo...), pues esta reflexión la ayudará a identificar y verbalizar los sentimientos que emergen en situaciones tan críticas¹⁸.
- Finalizada la contención, se recomienda que el personal que ha participado en la misma pueda exponer y evaluar las acciones llevadas a cabo, con el fin de mejorar el procedimiento en sucesivas intervenciones.



COROLARIO Y RECOMENDACIÓN SEEUE

La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, SEEUE, recomienda a los profesionales enfermeros que el abordaje de la atención y de los cuidados de urgencias al paciente con problemas de razón psiquiátrica, sean tenidas en cuenta las consideraciones que en este documento se contemplan a fin de alcanzar los mejores resultados en salud derivados de dicha práctica enfermera.

Esta recomendación pretende, también, que dicha práctica enfermera se ejecute de manera generalizada al objeto de promover una adecuada estandarización de los cuidados enfermeros al paciente agitado.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS



BIBLIOGRAFIA

1. Allen MH, Currier GW. Use of restraints and pharmacotherapy in academic psychiatric emergency services. *General Hospital Psychiatry* 2004; 26: 42-49.
2. Balanzá V, Tabarés R, Leal C. Protocolo diagnóstico de los estados de agitación. *Medicine* 1999; 7(109): 5099-5101.
3. Balanzá V, Tabarés R, Leal C. Protocolo terapéutico de los estados de agitación. *Medicine* 1999; 7(109): 5106-5108.
4. Belart Bravo, M.J. Urgencias psiquiátricas. Cursos de Bienestar y Salud. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-urgencias-psiquiatricas2004> (consultada el 15 de diciembre de 2009).
5. Bobes, J.; Bousoño, M.; Sáiz, P.A.; González, M.P. *Enfermería psiquiátrica*. Barcelona: Doyma, 2000.
6. Cervera S, Conde L, Espino A et al. Manual del residente de psiquiatría. Madrid: Ene, 1997; Y, cap.47: 453-459.
7. Cibanal, L.; *Interrelación del profesional de Enfermería con el paciente*; Ed. Doyma, Barcelona, 1991.
8. Daffern M, Howells K. Psychiatric inpatient aggression: A review of structural and functional assessment approaches. *Aggression and Violent Behaviour* 2002; 7: 477-497.
9. Day RK. Psychomotor agitation: poorly defined and badly measured. *Journal of Affective Disorders* 1999; 55: 89-98.
10. DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1997; ap. C: 779.
11. Fernández A, González F, Rodríguez B. Urgencias psiquiátricas. *Medicine* 1999; 7(122): 5729-5737.
12. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ancora, 1996 (2ªEd): cap.37: 1335-1358, ap.:1552.
13. Jiménez Busselo, MT; Aragón Domingo, J.; Nuño Ballesteros, A.; Loño Capote, J.; Ochando Perales, G. Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. *An Pediatr (Barc)* 2005; 63(6): 526-36.
14. Johnson, M.; Bulechek, G.; Butcher, H.; McCloskey Dochterman, J.; Maas, M.; Moorhead, S.; Swanson, E. *Interrelaciones NANDA; NOC y NIC*. Madrid: Elsevier, 2007.
15. Kaltiala R, Korkeila J, Tuohimäki C, et al. Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 213-219.
16. Kaltiala R, Tuohimäki C, Korkeila J, et al. Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2003; 26: 139-149.
17. Kaltiala R, Välimäki M, Korkeila J, et al. Involuntary medication in psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry*, 2003; 18: 290-295.
18. McCloskey, J.; Bulechek, G.M. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 43 Edición. Madrid: Elsevier Mosby, 2005.
19. Megías-Lizancos, F.; Molino Contreras, J.L.; Pacheco Borrella, G. Guía de intervención rápida de Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Madrid-Valencia: DAE, 2005 (1ª ed.).
20. Megías-Lizancos, Francisco; Serrano Parra, Mª Dolores; *Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental*. En *Enfermería S 21*, Madrid: DAE, 2000.
21. Moorhead, S.; Johnson, M.; Maas, M. *Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC)*. 33 Edición. Madrid: Elsevier Mosby, 2005.
22. Morrison E, Morman G, Bonner G, et al. Reducing staff injuries and violence in a forensic psychiatric setting. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2002; 16: 108-117.
23. Murphy MC. The agitated psychotic patient: Guidelines to ensure staff and patient safety. *Journal of the American Nurses Association*, 2002; 8 (4): s2-s8.
24. Negro González, Emilio; García Manso, Manuel; El paciente agitado: Planificación de cuidados; *Nure Investigación*, nº6, Junio 2004.
25. Peplau, H.E.; *Relaciones Interpersonales en Enfermería*; Ed. Masson-Salvat, Barcelona, 1993.
26. Protocolo de Contención Mecánica; Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Programa de Salud Mental; Diciembre, 2005.



27. Robinson L, Littrell SH, Littrell K. Managing aggression in schizophrenia. *Journal of the American Nurses Association*, 1999; 5: s9-s16.
28. Romero-Nieva, J.; Duque del Río, MC. Guía de intervención rápida de enfermería en situaciones urgentes. Madrid: DAE, 2002.
29. Santiago barragán, A.; Torralba Ortega, J.; Campillos Fernández, H.; Peregrina Montfort, D.; Merodio Ruiz, I.; Agitación Psicomotriz en la UHPA de la CSPT: resultados, discusión y conclusiones. En: Veinticinco años cuidando contigo; ANESM, Madrid, 2008.
30. Secker J, Benson A, Balfe E, et al. Understanding the social context of violent and aggressive incidents on an inpatient unit. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 2003; 11(2): 172-183.
31. TARDIFF, K: "A survey of assault by chronic patients", en John Lion y William H. Reid: *Assaults within psychiatric facilities*, Grune & Stratton, New York, 1983.
32. Téllez Lapeira, J.M.; Villena Ferrer, A.; Morena Rayo, S.; Pascual Pascual, P.; López García, C. El paciente agitado. *Guías Clínicas* 2005; 5(34). Disponible en <http://www.fisterra.com> (consultado el 5 de Julio de 2009).
33. Vallejo J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Barcelona: Masson, 2002; cap. 37:237-238; cap. 47: 854-856.
34. Villa López, B. recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias. *Nure Investigación*, nº31, Nov-Dic 2007.
35. Werner O'Toole, A., Rouslin Welt, S.; *Teoría Interpersonal en la Práctica de la Enfermería: Trabajos seleccionados de H. E. Peplau*; Ed. Masson, Barcelona, 1996.
36. Yudofsky, S.C., Silver, J.M., Jackson, W., Endicott, J., Williams, D. *The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression*. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 35-39.

