
Abordaje y cuidados del paciente agitado

Documento de Consenso

Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM)
Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE)

Coordinación:

- **Francisco Megías-Lizancos.** Profesor de la Facultad de Enfermería, Universidad de Alcalá. Enfermero Especialista en Salud Mental y Psiquiatría. Presidente de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental.
- **Carmen Vila Gimeno.** Enfermera de Urgencias, Hospital del Mar, Barcelona. Profesora de Enfermería, Facultat en Ciències de la Salut Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona. Presidenta de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias.
- **Julián Carretero Román.** Enfermero Especialista en Salud Mental. Supervisor de Recursos Humanos, Gestión y Desarrollo de Profesionales de Enfermería, Hospital Infanta Leonor, Madrid.
- **Miguel Angel Rodríguez Monge.** Enfermero de urgencias pediátricas áreas específica. Especialista en enfermería pediátrica y experto en urgencias y emergencias.
- **José M^a Salas Rubio.** Máster en cuidados especializados de enfermería de urgencias, áreas de pacientes críticos y postanestesia. Profesor de SAMU.
- **Javier Sánchez Alfonso.** Enfermero Especialista en Salud Mental. Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain, Leganés (Madrid).
- **M.^a del Carmen Silva García.** Diplomada en Enfermería. Enfermera del Área de Urgencias, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Título: Abordaje y cuidados del paciente agitado. Documento de Consenso.



Ciber Revista. 2016.
V Época. Suplemento I.
<http://www.enfermeriadeurgencias.com>



Revista Española de Enfermería de Salud Mental.
2016. Año 1. Vol. 1 N.º.1.
<http://anesm.net>

Edita:
MEDICAL DOSPLUS, S.L.
Balmes, 243, 5.º 4.ª
08006 Barcelona
T. 934 143 145
F. 932 004 119
www.dosplus.es

Reservados todos los derechos. El contenido de esta publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Esta publicación recoge de una manera fiel y honesta la información aportada por el autor y cuyos contenidos se reproducen respetando los derechos de propiedad intelectual sobre los mismos. Los contenidos pueden no coincidir necesariamente con la documentación científica o ficha técnica correspondiente aprobada por las autoridades sanitarias competentes para algunos medicamentos, recomendándose su contraste con la mencionada información. Ferrer se limita exclusivamente a la publicación y difusión de este material.

Déposito legal: B 30065 2015

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	2
2. OBJETIVOS	2
3. MISIÓN	2
4. VALORES	2
5. ALCANCE	2
6. METODOLOGÍA	3
7. MÉTODO OPERATIVO	3
7.1. Concepto	
7.2. Generalidades	
7.2.1. <i>Causas que pueden originar una agitaciónpsicomotriz</i>	
7.2.2. <i>Aspectos a tener en cuenta</i>	
7.2.3. <i>Signos prodrómicos</i>	
7.2.4. <i>Diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC</i>	
7.3. Actividades	
7.3.1. <i>Fase preliminar. Recomendaciones generales y cuidados del entorno</i>	
7.3.2. <i>Fase aguda</i>	
7.3.2.1. <i>Desactivación verbal</i>	
7.3.2.2. <i>Contención farmacológica</i>	
7.3.2.3. <i>Aislamiento terapéutico</i>	
7.3.2.4. <i>Inmovilización terapéutica</i>	
7.3.3. <i>Fase de resolución. Cuidados posteriores</i>	
8. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES	15
9. REGISTROS	17
10. COROLARIO	17
11. BIBLIOGRAFÍA	18
12. ANEXO I - DIAGRAMA DE FLUJO	20
13. ANEXO II - DECÁLOGO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO	20

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El presente documento pretende orientar la atención que los profesionales de enfermería ofrecen al paciente agitado para procurar una atención y unos cuidados de calidad. Estas recomendaciones son fruto del consenso entre la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM) y la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE).

Los pacientes con agitación de diferente tipo son habituales en el área de urgencias tanto hospitalaria como extrahospitalaria, aunque también pueden encontrarse en cualquier dispositivo de la red asistencial. La presión a la que los profesionales sanitarios se ven sometidos, el desconocimiento real de la actuación más satisfactoria y las características propias de este tipo de situación se traducen en una vivencia estresante (a nivel físico y psíquico) y angustiante (al perder el control de la situación) tanto por parte de los profesionales (que son los que tienen que dar una respuesta correcta) como de los pacientes o familiares presentes en ese momento.

La atención en la agitación psicomotriz conlleva una serie de retos tanto a los pacientes y a sus familiares como a los profesionales sanitarios y a las propias instituciones, debido a la importancia del impacto a nivel biopsicosocial y ético-legal, al aumento de las estancias medias, a la medicación, etc.¹.

Hay que recordar que la mayoría de los incidentes violentos y los más graves son normalmente cometidos en el contexto de las consultas diarias por individuos sin trastornos mentales definidos u orgánicos y como resultado de múltiples factores causales o desencadenantes que van más allá de lo sanitario.

Se entiende por agitación psicomotriz un síndrome donde se engloban los trastornos de la conducta motora y se caracteriza por una hiperactividad que conduce a la realización de conductas improductivas, no finalistas y repetitivas en respuesta a una tensión interna²⁻⁶.

La agitación es un síntoma psiquiátrico que se expresa en forma de inquietud, nerviosismo e hiperactividad, y la violencia se circunscribe en el campo de la conducta humana y denota una planificación de la

conducta agresiva, por lo que en este documento se aborda la situación de agitación psicomotriz, y en ningún caso el abordaje de la violencia. 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 somáticos⁷⁻¹⁰.

2. OBJETIVOS

- Difundir criterios de buenas prácticas con relación a la atención y cuidados del paciente agitado.
- Proponer la estandarización de intervenciones para minimizar los problemas secundarios del abordaje del paciente agitado y aumentar la calidad asistencial.
- Solventar las dificultades prácticas que puedan suceder en la práctica diaria.

3. MISIÓN

La ANESM y la SEEUE contemplan el fomento del conocimiento a través de la formación y el establecimiento de recomendaciones que favorezcan una atención de calidad al usuario y sus familias. Ambas promueven la creación de estructuras de soporte que generen valor añadido e impulsen una atención excelente y de vanguardia. Con este fin, se debe difundir el conocimiento y poner los medios necesarios para desarrollar la motivación y las aptitudes necesarias para conseguir un buen desarrollo profesional.

4. VALORES

- Respeto al usuario como persona por encima de todo. Tener una visión holística e integrada que fomente el respeto y la autonomía de la persona.
- Participación activa, empatía, humanización de los cuidados, conocimiento científico-técnico, presencia y profesionalidad.

Estas recomendaciones están adaptadas a la legislación vigente sobre Derechos Humanos y promueven unos cuidados de calidad.

5. ALCANCE

Estas recomendaciones van dirigidas a todos los profesionales que intervienen en la atención al

paciente agitado, independientemente del servicio, nivel de atención o dispositivo en el que se encuentren dentro del Sistema Nacional de Salud.

6. METODOLOGÍA

El diseño utilizado para llevar a cabo este trabajo ha sido una revisión bibliográfica del espacio científico de habla castellana e inglesa, y se ha utilizado para la misma el buscador BRAIN (Biblioteca de la Universidad Rey Juan Carlos) y las bases de datos COCHRANE PLUS, CUIDEN PLUS, PUDMED, SCIELO y WEB OF SCIENCE.

Los términos de la búsqueda empleados corresponden al tesoro de Descriptores en Ciencias de la salud (DeCS), así como sus correspondientes MeSH (inglés), y fueron los siguientes: agitación psicomotora (*psychomotor agitation*), guías de práctica clínica (*practique guidelines*), conducta impulsiva (*impulsive behavior*), trastorno de la conducta (*conduct disorder*), trastornos de conducta disruptiva (*disruptive behavior disorders*) e intervención en crisis —psiquiatría— (*crisis intervention*).

Se han considerado como criterios de inclusión:

- Trabajos de investigación o revisiones basadas en los mismos (independientemente del diseño de la investigación) que traten sobre agitación psicomotriz, tratamiento e intervenciones.
- Artículos de texto completo.
- Acceso en abierto.

Se han excluido los artículos donde el texto:

- Hacía referencia a agitación psicomotriz fuera del ámbito hospitalario.
- Hacía referencia a violencia sin asociación a enfermedad.
- No trataba exclusivamente de la agitación psicomotriz o no profundizaba o recomendaba intervenciones.

De la información obtenida se ha seleccionado la de mayor relevancia. Para el análisis de la calidad de los estudios y la síntesis de la información, se han utilizado las listas de comprobación del Programa de Lectura Crítica «Critical Appraisal Skills Programme» en español (CASPe).

7. MÉTODO OPERATIVO

7.1. Concepto

La definición de agitación psicomotriz ha variado en formas ambiguas y contradictorias a lo largo del tiempo y, aunque no existe una definición universalmente aceptada, la bibliografía consultada sugiere la propuesta por Day RK, que la define como un estado de inquietud motora y psíquica, con un aumento incontenible de la movilidad física y una sensación de tensión interna difícil de controlar, acompañado de alteraciones en la esfera emocional^{1,3,10-12}.

El paciente puede moverse constantemente, empujar aquello que se le pone por delante, presentar desinhibición verbal, falta de conexión de ideas y estado emocional intenso (ansiedad, irritabilidad, hostilidad, angustia, pánico o euforia). También se pueden observar gesticulaciones exacerbadas (frotarse las manos, golpear el suelo con los pies, etc.) y tono de voz elevado, pudiendo llegar excepcionalmente a la agresión verbal, auto o heteroagresividad^{2-4,8}.

La agitación psicomotriz está considerada una urgencia psiquiátrica que requiere una respuesta rápida y coordinada del personal sanitario, lo que evitará un incremento de la ansiedad y un probable descontrol de conductas que puedan perjudicar al propio paciente, a sus familiares, a otros pacientes o al equipo sanitario¹¹.

Determinados factores dificultan especialmente la actuación de los profesionales ante el paciente agitado: la presión para realizar una actuación rápida, las implicaciones legales o el componente emocional, entre otros, que generan estas situaciones.

La bibliografía consultada señala que las correctas pautas de intervención explicitadas en los protocolos de actuación, la formación y el entrenamiento de los profesionales que intervienen, así como la experiencia del equipo y el uso de determinadas medidas, tanto farmacológicas como no farmacológicas, se relacionan con una mayor efectividad en el abordaje de las personas que sufren una agitación psicomotriz.

El signo predictor más importante de agitación psicomotriz inminente es el comportamiento motor del paciente: aumento de la actividad motora (juego con las manos, imposibilidad de permanecer quieto, movimientos estereotipados, golpes, etc.), conducta

demandante, logorrea (especialmente si está acompañada de coprolalia y aumento del tono de voz), suspicacia y desconfianza.

Las escalas de evaluación de la agitación psicomotriz validadas son las siguientes:

- Escala de comportamiento agitado de Corrigan: Agitated Behavior Scale (ABS)¹³. 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 tres factores: desinhibición, agresividad y labilidad.
- Escala de valoración de la actividad conductual: The Behavioural Activity Rating Scale (BARS)¹⁴. Mide el grado de la conducta agitada en siete niveles de actividad, que comprenden desde la sedación máxima (1) hasta la agitación extrema (7).

7.2. Generalidades

7.2.1. Causas que pueden originar una agitación psicomotriz^{11,12,15-20}

En ocasiones, el origen de una agitación psicomotriz está relacionado con el abandono del tratamiento previo pero, por lo general, se pueden clasificar las causas de la siguiente forma:

- Causas orgánicas: neurológicas, tóxicas o metabólicas. El cuadro más frecuente es el delirium. Se debe sospechar cuando se trata de un cuadro de inicio agudo o subagudo, en pacientes de edad avanzada, en pacientes sin historia psiquiátrica previa y también en pacientes que sean consumidores habituales. Un signo frecuente es la alternancia de períodos de calma con otros de agitación, sobre todo nocturna. Su síntoma básico es la alteración de la conciencia del paciente durante el cuadro.
- Causas psiquiátricas. No hay alteración del nivel de conciencia, no suele existir desorientación temporoespacial y la fluctuación es escasa. Pueden ser:
 - a) Psicóticas: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar. Pueden aparecer como descompensación de su enfermedad o como brote inicial. Puede tratarse de cuadros paranoides agudos y vivencias delirantes y alucinatorias, preservando el nivel de conciencia.

b) No psicóticas: trastornos afectivos, crisis de angustia, crisis histérica, retraso mental, trastorno de personalidad (especialmente trastorno límite de la personalidad o trastorno antisocial de la personalidad), trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad. Presentan síntomas somáticos cardiológicos o gastrointestinales con mucha frecuencia, pero no psicóticos.

- Causas situacionales o reactivas. Se trata de reacciones de estrés agudo, como duelo, situaciones catastróficas (incendios, terremotos, violaciones, etc.) o desconexiones ambientales (por ejemplo, ingreso en UCI).
- Aspectos ambientales como masificación, ruidos irritantes o provocaciones de otros pacientes.

7.2.2. Aspectos a tener en cuenta^{2,8-12,16,17,21-23}

Se debe tener en cuenta que el ingreso en un centro hospitalario (en urgencias o en cualquier otra unidad) 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 agitado. Igualmente, se ha de recordar que las personas con niveles de ansiedad elevados pocas veces recuerdan lo que se les ha dicho.

Existen una serie de factores de riesgo que se deben tener en cuenta, ya que la presencia de alguno de ellos indica un riesgo más elevado de presentar una agitación psicomotriz:

Factores demográficos:

- Los pacientes más jóvenes y aquellos en cuyas familias de origen existan antecedentes de conductas agresivas tienen mayor riesgo de presentar un episodio de agitación.
- Mayor frecuencia en varones.
- El estado civil (soltería).
- El bajo estatus socioeconómico.
- Antecedentes familiares de alcoholismo o conductas agitadas.

Factores clínicos:

- Los antecedentes personales de conducta agitada se asocian a un mayor riesgo de presentar un nuevo episodio.
- El diagnóstico médico. Existe mayor posibilidad de presentar agitación en pacientes

diagnosticados de esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad, demencia, epilepsia, retraso mental o abuso de sustancias.

- La desorganización cognitivo-conductual y la presencia de síntomas psicóticos.
- El nivel de conciencia de enfermedad o *insight*.

Factores interpersonales o contextuales:

- El 50 % de los episodios de agitación o agresividad se producen en la primera semana de ingreso. El porcentaje puede ser mucho más elevado en pacientes ingresados en unidades cerradas como la UCI o en períodos posquirúrgicos, donde no tienen conexión con la realidad (sin reloj, con iluminación eléctrica, etc.).
- Es más frecuente en pacientes ingresados de forma involuntaria o judicial.
- Los conflictos con el personal u otros pacientes pueden actuar como desencadenantes.

7.2.3. Signos prodrómicos^{11,12,16}

Además, existen una serie de síntomas y signos que es preciso conocer, pues pueden indicar que un paciente está inquieto y originar un episodio de agitación. Estos son algunos de ellos:

- Hiperactividad músculo-esquelética, paseos constantes por la unidad.
- Signos de ansiedad: taquipnea, hipertensión

arterial y taquicardia.

- Elevación del tono de voz, uso de lenguaje malsonante (insultos, amenazas y palabras groseras).
- Discusiones con otros residentes o personal.
- Golpes contra la mesa u otros objetos.
- Tensión que se manifiesta más significativamente en la expresión facial y en los miembros.
- Hay que tener en cuenta especialmente que, si el paciente está armado, no se valorará hasta que entregue el arma. Si se niega, hay que salir de la habitación y avisar al personal de seguridad.

7.2.4. Diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC²⁴⁻²⁷

Para la elaboración de un plan de cuidados, se debe hacer una correcta valoración. En este caso, se habla de una valoración focalizada o de urgencia. Una vez detectado el problema, hay que analizar las causas o factores relacionados o de riesgo existentes para establecer el resultado de enfermería o NOC (Nursing Outcomes Classification) y, posteriormente, las intervenciones enfermeras o NIC (Nursing Interventions Classification). A continuación se presentan algunos diagnósticos NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), resultados NOC e intervenciones NIC frecuentes en el abordaje y cuidados del paciente agitado:

Diagnósticos NANDA en el paciente agitado

1. Afrontamiento ineficaz (00069)

2. Conflicto de decisiones (00083)

3. Disconfort (00214)

4. Incumplimiento (00079)

5. Riesgo de automutilación (00139)

6. Riesgo de compromiso de la dignidad humana (00174)

7. Riesgo de confusión aguda (00173)

8. Control de impulsos ineficaz (00222)

9. Riesgo de lesión (00035)

10. Riesgo de traumatismo (00038)

11. Riesgo de trastorno de la identidad personal (00225)

12. Riesgo de sufrimiento espiritual (00067)

13. Riesgo de violencia autodirigida (00140)

14. Riesgo de violencia dirigida a otros (00138)

15. Sufrimiento moral (00175)

16. Temor (00148)

17. Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)

Fuente: elaboración propia.

Criterios de resultados (NOC) en el paciente agitado

1. Afrontamiento de problemas (1302)	10. Esperanza (1201)
2. Autocontrol de la agresión (1401)	11. Identidad (1202)
3. Autocontrol de la ansiedad (1402)	12. Motivación (1209)
4. Autocontrol de la ira (1410)	13. Nivel de agitación (1214)
5. Autocontrol de los impulsos (1405)	14. Nivel de ansiedad (1211)
6. Autocontrol del pensamiento distorsionado (1403)	15. Nivel de estrés (1212)
7. Conducta de cumplimiento (1601)	16. Resiliencia personal (1309)
8. Control de síntomas (1608)	17. Toma de decisiones (0906)
9. Equilibrio emocional (1204)	

Fuente: elaboración propia.

Intervenciones (NIC) en el paciente agitado

1. Acuerdo con el paciente (4420)	10. Manejo de la conducta (4350)
2. Apoyo emocional (5270)	11. Manejo de la conducta: autolesión (4354)
3. Apoyo en la toma de decisiones (5250)	12. Mejora de la autoconfianza (5395)
4. Ayuda para el control del enfado (4640)	13. Mejora del afrontamiento (5230)
5. Disminución de la ansiedad (5820)	14. Modificación de la conducta (4360)
6. Entrenamiento para controlar los impulsos (4370)	15. Potenciación de la autoconciencia (5390)
7. Escucha activa (4920)	16. Potenciación de la autoestima (5400)
8. Establecer límites (4380)	17. Presencia (5340)
9. Manejo ambiental: prevención de la violencia (6487)	18. Técnica de relajación (5880)

Fuente: elaboración propia.

7.3. Actividades

En función de la fase en la que se encuentre el paciente agitado, es posible hablar de varios tipos de intervenciones:

- Fase preliminar: recomendaciones generales y cuidados del entorno.
- Fase aguda: desactivación verbal, contención farmacológica, aislamiento terapéutico e inmovilización terapéutica.
- Fase de resolución: cuidados posteriores.

7.3.1. Fase preliminar. Recomendaciones generales y cuidados del entorno²⁸⁻³⁷

El propósito del entorno terapéutico es ofrecer seguridad, confianza y protección y ayudar a los pacientes a sustituir conductas inadaptadas por habilidades personales y psicológicas más eficaces.

Desde la urgencia como puerta de entrada al sistema sanitario se debe cuidar la experiencia del ingreso, ya que establece el tono general de la estancia del paciente. En la medida de lo posible, es necesario disminuir los tiempos de espera y los profesionales deben transmitir sensación de calma y favorecer un ambiente de interés, aproximándose al paciente de forma tranquila y respetuosa.

La asignación de un miembro del personal de enfermería en el momento del ingreso evita confusiones y estrés añadido, pues estimula al paciente para que desempeñe un papel activo y responsable en su propio cuidado.

Desde el primer contacto se debe cuidar la relación terapéutica, entendida como un intercambio de energía entre dos personas, un flujo que lleva al paciente a mantener una conducta más eficaz y que dirige hacia una forma más constructiva de pensamiento y una

manera más eficaz de manejar los problemas.

Es preciso tener en cuenta que se establece conscientemente y que el foco de las energías es principalmente el paciente. 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 desde el primer contacto. La construcción y mantenimiento de esta relación permitirá un mejor abordaje de la agitación psicomotriz. No se debe olvidar que el instrumento más terapéutico es el personal de enfermería: su manera de interactuar, atender y animar a los pacientes. Se ha de transmitir al paciente cualidades de aceptación, autenticidad y conexión.

Antes de hablar con el paciente, es importante informarse lo máximo posible sobre él: antecedentes, situación clínica, familia, etc., para conocer las posibilidades de manejo que ofrece la situación y evitar así futuras interrupciones.

Es recomendable colocarse fuera del espacio personal del paciente (algo más lejos del alcance de sus brazos) y en su lado no dominante. Hay que evitar actitudes de confianza (tocar) o abordar por la espalda. La aproximación debe hacerse de lado, pero dentro del campo visual del paciente.

Se han de utilizar redes de apoyo externas, como familiares y amigos que tengan incidencia positiva en el paciente y que ayuden en la resolución de la situación.

Hay que asegurar una vía de salida accesible por si fuese necesario abandonar la estancia en la que se encuentra. Si es posible, mejor hablar en un despacho que dé intimidad pero con la puerta abierta o semiabierta. El profesional siempre ha de estar cercano a la puerta y el paciente no se debe situar entre el profesional y la salida de la estancia. Es recomendable que no haya obstáculos para salir del despacho, ni para el paciente ni para quien hable con él. Una mesa interpuesta entre ambos aumenta la seguridad. Siempre que sea posible, tampoco se deben realizar las intervenciones en solitario.

El espacio debe ser amplio, tranquilo, libre de objetos contundentes o afilados, con la adecuada disposición del mobiliario que permita la salida, sin cerrojos y con un sistema de llamada al exterior para situaciones de emergencia. Se deben reducir los posibles factores de

irritación (luz, ruido, corrientes de aire, etc.) e invitar a otras personas, especialmente si irritan al paciente, a abandonar el espacio (sala, consulta, etc.).

7.3.2. Fase aguda

7.3.2.1. Desactivación verbal^{2,15,18,34-48}

La desactivación verbal consiste en la utilización de estrategias para facilitar el paso de un estímulo potencialmente amenazante a uno más inocuo. Se trata de evitar, sin asumir riesgos, que el paciente pase a la acción.

Es el primer nivel de actuación con un paciente agitado. Hay que hablar con él y reconducir la situación, evitando la pérdida de control. Es una medida terapéutica útil en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total. Debe ser llevada a cabo por personal entrenado, ya que una adecuada intervención en este nivel puede ser clave en el desarrollo de todo el proceso.

Se ha de fomentar la verbalización de las preocupaciones y evitar en la medida de lo posible las preguntas que puedan responderse con monosílabos y las razones o impulsos que motivan la conducta del paciente, manteniendo en todo momento una actitud de escucha activa, dejando que el paciente exprese la irritación antes de responderle y sin intentar calmarle. De entrada, no hay que abordar aspectos conflictivos.

Se puede buscar una manera de aproximación (ofrecer bebida, comida, etc.) y no realizar promesas que no se puedan cumplir.

No hay que juzgar al paciente, aunque hay que establecer unos límites claros y concretos, explicarlos de forma clara y concreta, e informar al paciente de qué comportamientos son aceptables y cuáles no, así como sus consecuencias.

Los objetivos de la desactivación verbal tienen que ver con el restablecimiento del autocontrol, la facilitación de la exteriorización de sus pensamientos y la implantación de límites de conducta claros.

Se ha de lograr una alianza con el paciente que permita realizar una evaluación diagnóstica de presunción, negociando soluciones terapéuticas según las propuestas que haga el paciente y las que pueda brindarle la institución. Hay que intentar disminuir la hostilidad anticipándose a las situaciones que se

puedan producir e informando al paciente del carácter transitorio de la crisis que sufre para potenciar su autocontrol.

Es necesario posibilitar y canalizar la manifestación de malestar, demandas o desacuerdos, tanto de forma verbal como escrita (escucha activa, reclamaciones y sugerencias). De igual manera, es preciso facilitar respuestas desactivadoras, como relajación, técnicas de respiración, etc.

La entrevista la ha de realizar un miembro del personal para intentar centrar al paciente y evitar, en la medida de lo posible, la intervención concomitante de dos o más miembros del equipo. Generalmente ha de realizar la entrevista la persona más experimentada o la que tenga mejor relación con el paciente. También es importante considerar si los acompañantes ejercen una influencia estabilizadora o desestabilizadora.

Si es posible, se ha de estar con el paciente en una zona lo más tranquila posible. Hay que mantener la calma y el control de la situación y asegurar al paciente que se le ayudará a impedir una pérdida de control y se le proporcionarán métodos alternativos para liberar la tensión acumulada.

La actitud de los profesionales sanitarios siempre ha de ser empática, mostrándole respeto, hablando despacio, con un tono de voz firme pero no autoritario, sin provocaciones ni juicios de su conducta. Al paciente hay que pedirle todo con el «por favor» por delante, ya que de esta manera se modula el tono de las peticiones y se muestra respeto por la persona que se encuentra angustiada. Hay que evitar el término «tranquilo», ya que en esta situación esta expresión no suele hacer más que dificultar el momento.

Hay que practicar la escucha activa y facilitar que hable, no distanciarse de él en exceso ni mirarle fijamente, y cuidar el lenguaje no verbal de nuestro cuerpo.

Se ha de ser flexible en el diálogo. Sin embargo, los límites de la institución y del personal que trabaja en ella deben estar bien esclarecidos.

Es importante reservarse los propios juicios acerca de lo que «debería» y «no debería» hacer el paciente.

Por otro lado, no hay que buscar la confrontación de ideas o razones, sino alianzas sencillas que le tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad

ofreciéndole ayuda y salidas airoosas. Si el paciente está delirando, no hay que entrar en que sus ideas son falsas, sino en ofrecerle ayuda para aliviar su sufrimiento.

Por último, es importante tener conciencia de uno mismo: conocer el estrés personal que puede interferir en la comunicación y valorar la situación de forma objetiva a pesar de la contratransferencia positiva o negativa (reacción emocional del personal de enfermería a algún aspecto o conducta del paciente).

Pautas de actuación no verbales:

- Los gestos no han de ser amenazantes ni defensivos. Hay que evitar gestos bruscos y espontáneos.
- La actitud ha de ser abierta, tranquila, que invite al diálogo y a la privacidad.
- No se debe mirar de forma directa y continuada al paciente. Las miradas fijas aumentan la hostilidad de cualquier individuo; sin embargo, evitarlas se puede interpretar como signo de debilidad y miedo. Hay que mantener al paciente dentro del campo visual.
- Siempre que sea posible, hay que intentar que el paciente y el profesional estén sentados a la misma altura.
- Se debe escuchar al paciente con calma. Permitirle expresar los motivos de sus temores o enfado, y no interrumpir su discurso.
- Es mejor hablar con el paciente en tono suave, relajado y seguro, y no de forma intimidatoria o provocativa. No hay que elevar el tono de voz.
- Se ha de responder de forma tranquila, sin hostilidad.

Ante el riesgo de agitación inminente, se debe:

- Advertir al paciente de que el personal sanitario está ahí para evitar la pérdida de control.
- Proponer al paciente la resolución de cualquier problema por la vía del diálogo.
- Ofrecer al paciente el tratamiento farmacológico que tenga pautado para disminuir su nivel de ansiedad y angustia.
- Informar al paciente de que se recurrirá a la inmovilización terapéutica si la ocasión lo requiere.
- Hacer una exhibición de fuerza (que el paciente vea personal sanitario e incluso

vigilantes de seguridad dispuestos a poner en práctica la inmovilización). En ocasiones, esta actuación permite un restablecimiento de la situación y evita justamente llegar a la inmovilización terapéutica.

Es probable que el tratamiento verbal sea suficiente y poco a poco el paciente se vaya relajando. A veces, solamente la presencia del personal sanitario ya es efectiva para que el paciente disminuya su nivel de angustia y agitación.

Ante el riesgo de agitación inminente, nunca se debe:

- Rechazar la irritación.
- Negarse a escuchar.
- Avergonzar a la persona por su mal comportamiento.
- Continuar la confrontación a gritos en un área pública.
- Elevar el volumen de voz para «hacerse oír».
- Continuar con la negociación si se ha comprobado que no se poseen las habilidades necesarias o bien el paciente rechaza al profesional.
- Ofrecer medicación «para que esté más tranquilo». Es probable que el paciente responda que ya está suficientemente tranquilo y que se consiga justamente el efecto contrario al perseguido. Por ello, se aconseja ofrecer medicación «porque lo está pasando mal y se le quiere ayudar», «para ayudar a ver las cosas más relajadas», «para no pasar este momento tan desagradable sin apoyo», «para que disminuya el nivel de malestar y se encuentre mejor», «para ver las cosas de otra manera», etc.

7.3.2.2. Contención farmacológica⁴⁹⁻⁵³

La contención farmacológica se define como la aplicación de psicofármacos que provocan en el paciente una sedación superficial con el objetivo de abordar una agitación psicomotriz. Su uso queda localizado en el momento en que la contención verbal no es eficaz o suficiente frente a la conducta agitada del paciente.

Se trata de tranquilizar al paciente cuanto antes, con el fin de evitar que se lesione a sí mismo, a las personas que le rodean o al entorno.

Debe utilizarse la menor dosis posible que permita tranquilizar al paciente lo suficiente para disminuir

el riesgo de daño pero sin que pierda la conciencia.

La vía de administración de los fármacos dependerá de la colaboración del paciente y de la intensidad de la agitación, pero siempre que sea posible se ha de optar por la vía oral o inhalatoria, debido a que la vía parenteral puede tener ciertas dificultades, como la absorción errática del fármaco (intramuscular) o la intensidad excesivamente elevada de acción (intravenosa).

En la actualidad se dispone de varias vías de administración:

- Vía oral.
- Vía inhalatoria.
- Vía parenteral (intramuscular o intravenosa).

Dentro de los fármacos que se utilizan en la contención farmacológica están las benzodiazepinas y los antipsicóticos. Toda medicación que se administre al paciente agitado debe estar prescrita por su médico. Si la prescripción se hace de forma telefónica, se aplicarán los protocolos de órdenes verbales existentes en el centro y se pautará por escrito en cuanto sea posible.

Las benzodiazepinas son un grupo de fármacos cuya administración ofrece mayor margen de seguridad. Están indicadas en cuadros de agitación en los que predominan las manifestaciones ansiosas de miedo y pánico y también si el paciente no presenta actividad delirante o alucinatoria ni problemas respiratorios. También se suelen utilizar cuando se da una situación de agitación y además el diagnóstico es incierto. Asimismo, están indicadas en aquellos cuadros de delirium con alto riesgo de convulsiones (pacientes con daño cerebral previo) y en los causados por abstinencia a alcohol o hipnosedantes (incluidas las propias benzodiazepinas) o demencia senil.

Las pautas más utilizadas son las siguientes:

- Lorazepam: 0,5-2 mg (vía oral). Puede repetirse cada 30 min/2 h hasta que sea efectivo. No se recomienda superar los 4-6 mg en hora y media ni los 10 mg/día. Existe la vía sublingual, que tiene mayor rapidez de acción.
- Diazepam: 5-10 mg (vía oral, intramuscular o intravenosa). Se puede repetir cada 1-2 h si es necesario. La vía oral es la más utilizada y la de mejor absorción. La vía intramuscular se debe administrar en el músculo deltoides (ya

que en el glúteo se tiene una absorción errática y puede darse un efecto de larga duración y acumulación). La administración por vía intravenosa también es posible, pero se debe vigilar la posible depresión respiratoria.

- Clorazepatodipotásico: 25-50 mg. Tiene buena absorción tanto por vía oral como intramuscular, pero esta última tiene duración de acción prolongada y riesgo de acumulación.
- Flunitrazepam: 2-4 mg (vía intramuscular).
- Midazolam: 1-15 mg (vía intramuscular e intranasal).

Los efectos secundarios más habituales son la confusión y la depresión respiratoria. También aparecen reacciones paradójicas (en pacientes con enfermedades psiquiátricas), como sueños vívidos, irritabilidad u hostilidad, que se tratan con haloperidol. En caso de intoxicación, somnolencia, obnubilación e hipotonía, se debe administrar flumaceniolo.

Los antipsicóticos son el grupo farmacológico más empleado en situaciones de urgencia, junto con las benzodiazepinas. Están indicados en las agitaciones psicóticas y, en general, ante la presencia de delirios, alucinaciones, confusión marcada y dificultades respiratorias. Los efectos secundarios más habituales son síntomas extrapiramidales, distonías, discinesias, alteraciones cardiovasculares o, incluso (aunque es poco frecuente), síndrome neuroléptico maligno. Dentro de los antipsicóticos, los más utilizados son:

- Haloperidol: 5-10 mg (vía intramuscular). Se puede repetir cada hora, hasta un máximo de 30-40 mg/día. Los efectos secundarios habituales son los efectos anticolinérgicos y las reacciones distónicas agudas (no son necesariamente dependientes de la dosis; puede producirse entre la 1.ª y las 48 h siguientes), que se tratan con biperideno. También puede aparecer acatisia, cuyo tratamiento farmacológico es a base de benzodiazepinas.
- Clorpromacina: 25-50 mg (vía intramuscular). Posee una mayor acción anticolinérgica (sequedad de boca, sequedad ocular, retención urinaria y estreñimiento) e hipotensora que el haloperidol.
- Zuclopentixol: en forma de acetato, tras una aplicación, mantiene concentraciones plasmáticas eficaces durante 72 h (50-150 mg por vía intramuscular). Tiene como inconveniente que presenta sedación de larga duración.

- Olanzapina: 10 mg (vía oral e intramuscular) En ancianos se recomienda reducir la dosis a 2,5-5 mg; si existe alteración renal o hepática, 5 mg. La dosis máxima recomendada (incluyendo olanzapina administrada por vía oral) es de 40 mg/día. La inyección simultánea de olanzapina intramuscular y benzodiazepinas parenterales no está recomendada. Si fuera imprescindible administrarlas conjuntamente, se recomienda dejar pasar un intervalo de una hora entre un fármaco y el otro, y siempre considerarlo cuidadosamente tras la evaluación del estado clínico.
- Risperidona: 3-6 mg (vía oral). Se recomienda un comienzo gradual y reducir las dosis habituales en ancianos y pacientes con insuficiencia renal y hepática.
- Zipraxidona: 20-80 mg (vía intramuscular). Está indicada para el control rápido de la agitación en pacientes con esquizofrenia, cuando el tratamiento previo no es apropiado y durante un máximo de tres días consecutivos.
- Loxapina (vía inhalatoria). De acción rápida. Con una sola inhalación se consigue el efecto deseado, aunque en caso de ser necesario se puede administrar una segunda dosis. Tiene la ventaja de no producir sobresedación. Es preciso vigilar su administración en personas con problemas respiratorios como el asma o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (disponer de un broncodilatador).

De forma genérica, se puede establecer el uso de la contención farmacológica siguiendo este cuadro:

Agitación o diagnóstico incierto	Benzodiazepinas
Agitación con síntomas psicóticos	Antipsicóticos solos o benzodiazepinas más antipsicóticos

La utilización conjunta de benzodiazepinas y antipsicóticos proporciona una mayor rapidez en el inicio de la acción, es necesaria una menor dosis y tiene un menor riesgo de aparición de efectos adversos. Además, los antipsicóticos disminuyen el riesgo de desinhibición benzodiazepínica y las benzodiazepinas el riesgo de acatisia por antipsicóticos. Las benzodiazepinas mejoran la tolerancia del neuroléptico.

Situación especial: gestantes

Aunque la mayoría de la información es escasa y algunos datos indican un pequeño incremento del riesgo de teratogenia asociado al uso de fenotiazinas, los fármacos antipsicóticos «típicos» (p. ej., haloperidol) se consideran relativamente seguros y se pueden administrar durante el embarazo cuando la enfermedad materna lo requiere. Actualmente, la información disponible sobre la seguridad de los fármacos antipsicóticos «atípicos» durante el embarazo es escasa, pero hasta ahora tampoco se han asociado a un riesgo teratogénico importante, por lo que pueden ser considerados como alternativa en las pacientes que no responden o no toleran los fármacos antipsicóticos «típicos». En cualquier caso, es aconsejable administrar la menor dosis del fármaco necesaria para controlar la enfermedad materna y evitar los preparados de liberación sostenida para limitar la exposición neonatal. La suspensión del tratamiento durante la fase de organogénesis y al final del embarazo para reducir un posible efecto embriotóxico o perinatal se debe valorar según el riesgo de recaída de la enfermedad materna.

7.3.2.3. Aislamiento terapéutico

Cuando estas medidas no han resultado efectivas es cuando se debe recurrir al aislamiento terapéutico, definido como 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.

Proporcionar un tratamiento psiquiátrico óptimo, que incluya un uso apropiado de intervenciones farmacoterapéuticas y psicosociales, destaca como una importante estrategia para reducir el uso del aislamiento y de la restricción física. Asimismo, el personal sanitario debe estar entrenado en el uso de intervenciones alternativas que puedan evitar el aislamiento. El aislamiento nunca debe violar los derechos humanos del paciente y siempre debe ser justificado. Solamente será usado en situaciones de emergencia, si es necesario garantizar la seguridad física del paciente y cuando otras intervenciones han demostrado ser inefectivas.

Características del lugar asignado para la práctica del aislamiento terapéutico:

El aislamiento se debe realizar en una habitación destinada a tal fin, equipada con cámaras y monitores supervisados por el personal de forma permanente. Las

recomendaciones de seguridad para las habitaciones de aislamiento incluyen que estén pintadas de color claro, dispongan de paredes blandas o acolchadas, cuenten con suficiente luz, ventilación y control de temperatura, y tengan un diseño adecuado que facilite la observación del paciente. Se recomienda usar camas de plataforma de madera fijadas al suelo o únicamente un colchón, sin otros muebles en la habitación.

Contraindicaciones y complicaciones en el uso del aislamiento:

Está contraindicado el uso del aislamiento como sustituto del tratamiento; cuando es como un castigo; cuando se da como una respuesta a rehusar el tratamiento o las actividades o a una conducta violenta; por conveniencia del personal sanitario, o cuando el aislamiento es experimentado por el paciente como un reforzador positivo para una conducta inapropiada.

No es posible hacer recomendaciones basadas en la evidencia sobre los efectos del aislamiento terapéutico, ya que faltan estudios clínicos controlados aleatorizados que comparen el aislamiento con otras intervenciones como una adecuada medicación, alternativas ambientales, intervenciones psicosociales y entrenamiento del personal sanitario⁴⁷.

7.3.2.4. Inmovilización terapéutica^{2-7,46-55}

La inmovilización terapéutica es un procedimiento que permite limitar los movimientos del paciente agitado mediante sistemas de inmovilización física homologados cuando las fases previas de intervención (contención ambiental, verbal, farmacológica o aislamiento terapéutico) no han sido suficientes para ayudar al paciente en el control de la agitación psicomotriz.

Tiene como objetivo salvaguardar la seguridad del paciente, la de su entorno y la de los profesionales que le atienden.

La inmovilización terapéutica es un procedimiento extremo que no debe aplicarse en cualquier situación. Alrededor de un 30 % de los pacientes agitados precisan tratamiento o intervenciones coercitivas o restrictivas.

Se trata de una medida sanitaria, por lo que debe ser decisión del personal sanitario, en un contexto

sanitario (que suele ser el medio hospitalario) y ante una agitación que se considera originada por una patología médica (orgánica o psiquiátrica).

Este procedimiento se indica para:

- Prevenir de lesiones al propio paciente (golpes, autolesiones, etc.).
- Prevenir de lesiones a otras personas (familiares, otros pacientes, personal sanitario).
- Prevenir de daños graves al entorno.
- Evitar interferencias en el plan terapéutico del propio paciente o de los demás enfermos (retirada de vías, sondas nasogástricas, etc.).
- Para evitar la fuga del paciente si se considera que existe el riesgo y que corre peligro, no estando capacitado para tomar tal decisión.
- Si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación.

Las consecuencias perjudiciales de la inmovilización son:

- Daños severos o permanentes: compresión de nervios, contracturas y muerte (por asfixia, estrangulación, parada cardiorrespiratoria o fuego).
- Úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal, y aumento de la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales.
- Riesgo de broncoaspiración: inmovilización de fumadores en posición supina sin elevación de la cabeza.
- Riesgo de asfixia: en habitación sin vigilancia continua.
- Riesgo de lesiones: pacientes con deformidades o mujeres embarazadas.

Este procedimiento está contraindicado:

- Cuando no exista indicación.
- Si la situación se puede resolver por otros métodos de contención, como el verbal o el farmacológico.
- Si se utiliza como castigo o refuerzo negativo.
- Cuando la decisión de inmovilización terapéutica está condicionada por antipatía hacia el paciente.
- Si la conducta violenta es voluntaria; no es justificable por una enfermedad, sino que tiene carácter delictivo (en este caso es

competencia de las fuerzas de seguridad).

- Para el descanso del personal sanitario.
- Cuando no exista personal suficiente o sea una situación peligrosa y técnicamente imposible (paciente armado).

Recursos materiales:

Todo el material debe estar guardado en el control de enfermería, en un lugar de fácil acceso. El personal de enfermería tiene que comprobar el estado de la cama (frenada) y que cada sistema de inmovilización esté montado (con todos sus botones), limpio y en buen estado:

- Habitación individual con cama, con observación directa, buena ventilación y temperatura fresca.
- Cinturón ancho abdominal.
- Cintas cruzadas para tórax.
- Cinta para manos y pies.
- Llave magnética (imán para anclajes).
- Botones magnéticos de fijación.

Recursos humanos:

El número de personas óptimo para realizar la inmovilización terapéutica es de cinco: una para sostener cada extremidad del paciente y otra para sujetarle la cabeza. Si es posible, se recomienda solicitar la presencia de personal de seguridad y celadores.

Con respecto al equipo sanitario:

Hay que revisar la propia actitud: el personal de enfermería debe analizar los sentimientos y actitudes que ha experimentado durante el encuentro (huida, angustia, ansiedad, miedo, etc.), pues esta reflexión le ayudará a identificar y verbalizar los sentimientos que emergen en situaciones tan críticas.

Debe haber coherencia e intercambio de información entre todos los miembros del personal y no se debe olvidar que dichas decisiones se toman para garantizar la seguridad del paciente, de otros pacientes, del personal y de las instalaciones.

Es preciso informar sin ambivalencia al paciente de todos los pasos que se dan en el proceso de control de la agitación, pues este debe conocer la prescripción y el motivo.

Finalizada la inmovilización terapéutica, se recomienda que el personal que ha participado en la misma pueda exponer y evaluar las acciones llevadas a cabo y los sentimientos experimentados durante la acción, con el fin de mejorar el procedimiento en sucesivas intervenciones.

Procedimiento de la inmovilización terapéutica:

Se debe seguir el procedimiento establecido en el protocolo de cada centro. El personal ha de mantener una actitud de calma, confianza y objetividad. Es necesario alejar al resto de enfermos en caso de que los hubiese y explicar al paciente el porqué de la medida a llevar a cabo.

El personal que participe en la inmovilización terapéutica debe retirar los objetos potencialmente peligrosos (gafas, tijeras, relojes, anillos, etc.).

La indicación de la inmovilización terapéutica la hará el médico responsable del paciente o, en su defecto, el facultativo de guardia. En caso de urgencia, la enfermera o enfermero están expresamente autorizados a iniciar el procedimiento, debiendo comunicárselo al médico inmediatamente después para recibir su conformidad por escrito.

Siempre que sea posible, hay que informar a los familiares o allegados de la medida adoptada, explicarles la situación que la motivó y describir someramente el procedimiento.

Se ha de registrar en la historia clínica del paciente la fecha y hora, la razón de la indicación y la situación clínica. El personal de enfermería puede solicitar la revisión de la indicación en cualquier momento de la evolución del paciente.

La persona que dirige la inmovilización terapéutica es la que protege la cabeza del paciente. El resto de los miembros del equipo sujetan cada uno de los miembros superiores e inferiores. Los puntos de retención deben estar cerca de las articulaciones mayores, para así disminuir el riesgo de fracturas y esguinces. Hay que salvaguardar las partes más vulnerables del paciente (cuello, tórax y abdomen), y el grado de fuerza debe ser el mínimo para controlar la situación.

Se debe dar tiempo al paciente para adoptar las demandas verbales para que colabore y se tumben voluntariamente. Lo mejor es evitar espectadores innecesarios (tanto pacientes como personal) y utilizar un tono calmado y tranquilizador. El personal debe dirigirse al paciente de una forma firme, segura y respetuosa.

Una vez tomada la decisión de inmovilización terapéutica, no se debe insistir en el diálogo para evitar reacciones inesperadas y se ha de llevar a cabo la acción. Si el comportamiento del paciente lo permite, la inmovilización terapéutica se anula en un breve período de tiempo.

Es necesario elegir a una persona como directora del procedimiento; será quien se dirija al paciente para comunicarle de forma clara que va a ser aislado y

reducido, dado que ha perdido el control.

Las medidas de protección del personal participante han de ser extremas: uso de guantes, retirada de anillos, relojes, gafas, etc.

Para acompañar a un paciente a la habitación, si su estado lo permite y desea ir a pie, pueden ser suficientes dos personas que sujeten al paciente por las axilas con una mano, empujando hacia arriba, y por las muñecas con la otra, con firmeza pero sin lesionar. Si el paciente no colabora, será necesaria la intervención de los miembros del equipo según el plan diseñado previamente y se le trasladará a la habitación. La acción se ejecuta a la voz de «tres», «ya», para favorecer el progreso correcto de la intervención, o bien la terminología utilizada en el procedimiento desarrollado en cada centro.

En caso de tener que llevar a cabo la inmovilización del paciente en el suelo, se le sitúa en decúbito supino, controlando la cabeza y cada miembro; los miembros superiores se sujetan por los hombros y antebrazos, y los miembros inferiores se cogen por encima de las rodillas y de los tobillos. Para trasladarlo, dos personas sujetan los miembros superiores (alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros), otras dos sujetan los miembros inferiores (a la altura de las rodillas) y una quinta persona se encarga de la cabeza. La inmovilización se debe realizar siguiendo el siguiente orden: sujeción abdominal, miembros inferiores, miembros superiores y hombros en caso necesario.

Se ha de comprobar que los puntos de contacto no exceden en su presión ni lesionan la piel, así como la retirada de pendientes, anillos, relojes, cadenas y objetos punzantes o cortantes.

El paciente permanecerá en una habitación individual que permita la mayor observación posible y vestido con pijama excepto en los casos en los que la urgencia no lo ha permitido con anterioridad. Se debe mantener la puerta cerrada.

El cabecero de la cama ha de permanecer elevado entre 30° y 45° para disminuir el riesgo de aspiraciones y permitir el contacto con el medio.

Debe tenerse especial precaución con las personas más vulnerables: ancianos, embarazadas, menores, etc.

Al finalizar el procedimiento, es preciso cubrir al paciente con una sábana y mantener una luz tenue en la habitación y una temperatura adecuada.

La familia ha de ser informada de forma inmediata de las causas que han llevado a la inmovilización terapéutica y de los objetivos perseguidos con ella.

7.3.3. Fase de resolución. Cuidados posteriores

La indicación de la inmovilización terapéutica es responsabilidad del médico y su correcto desarrollo es responsabilidad del personal de enfermería con la colaboración del auxiliar de enfermería y el celador. Toda persona a la que se le haya practicado una inmovilización terapéutica debe ser atendida y valorada por el personal sanitario, y deben tenerse en consideración los tiempos recogidos en su protocolo de actuación mientras dure la medida.

Si se prevé una permanencia superior a 12 h o un plazo inferior con presencia de factores asociados, se ha de valorar la instauración de heparinas de bajo peso molecular.

Seguimiento y cuidados de la persona con inmovilización terapéutica:

- Constantes vitales. Se vigilarán cada dos horas o cuando se establezca en función de las necesidades la presión arterial, la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca, la temperatura y la saturación de oxígeno en caso de disminución de conciencia
- Nivel de conciencia. Se ha de valorar el efecto de la medicación y el nivel de sedación, y llevar a cabo una supervisión continua del estado mental del paciente y la orientación en las tres esferas: tiempo, espacio y persona. Se realiza una vigilancia continuada.
- Hidratación y alimentación:
 - o Comprobar y registrar la hidratación adecuada del paciente; ofrecer líquidos siempre y cuando el estado del paciente lo permita.
 - o Asegurar una dieta adecuada y del agrado del paciente; es conveniente mantener una dieta de fácil masticación para evitar el atragantamiento.
 - o Registrar si la ingesta aumenta o disminuye.
 - o Realizar los cuidados de la higiene bucal por la sequedad de la mucosa oral siempre que el estado del paciente lo permita.
 - o Administrar los utensilios empleados en los alimentos con precaución y con personal de enfermería siempre presente.
 - o Valorar la posibilidad de ayuda

completa o ayuda parcial (dejando una mano con mayor rango de movimientos) para las comidas siempre que el estado del paciente lo permita.

- Eliminación intestinal y vesical:
 - o Vigilar si la deposición es normal, presenta estreñimiento, diarrea, incontinencia fecal, impactación fecal o flatulencia.
 - o Registrar por turno.
 - o Valorar diuresis por turno; ofertar la botella o cuña.
 - o En caso de retención urinaria, valorar medidas físicas y, si es necesario, poner sonda vesical.
 - o Aplicar cuidados de enfermería en incontinencia urinaria para evitar riesgos de infección urinaria.
- Movilidad:
 - o Valorar cambios posturales mientras dure la inmovilización.
 - o Supervisar presencia de signos de inflamación (enrojecimiento, tumefacción) y coloración (palidez y cianosis), aparición de parestesias y disestesias en miembros superiores (hormigueo y pérdida de sensibilidad), temperatura distal, etc.
 - o Liberar de forma rotativa una extremidad si el estado del paciente lo permite.
 - o Valorar administración de heparina si la inmovilización dura más de 24 h o más de 12 h y presenta factores de riesgo.
- Reposo y sueño:
 - o Registrar horas de sueño nocturno, sueño interrumpido, somnolencia excesiva, pesadillas, insomnio.
 - o Valorar la necesidad de medicación hipnótica si es necesario.
 - o Facilitar el reposo administrando medicación y cuidados de enfermería en horarios adecuados.
 - o Evitar estímulos externos innecesarios (ruidos, luces, hablar en voz alta).
- Higiene corporal:
 - o Realizar la higiene del paciente y ayudarle en su autocuidado y bienestar al menos una vez por turno o cuando sea necesario, respetando en todo momento el sueño del paciente.

- Hidratar la piel.
- Supervisar la higiene bucal por la sequedad que producen los sedantes o neurolépticos.
- Peligros y medidas ambientales:
 - Mantener cerrada la puerta de la habitación para proteger la integridad física de la persona con inmovilización terapéutica.
 - Mantener la habitación con una temperatura y ventilación adecuadas.
 - Reducir estímulos como ruidos o excesiva luz.
 - Siempre que la disponibilidad lo permita, el paciente debe estar lo más cerca posible del control de enfermería para lograr una mejor supervisión y vigilancia.
- Comunicación:
 - Mantener la comunicación verbal para valorar el grado de control del paciente.
 - Escuchar activamente, facilitar soluciones sencillas y ofrecer todo aquello que podamos cumplir.
 - Respetar, comprender y facilitar la relación terapéutica con el paciente para disminuir en la medida de lo posible la percepción traumática por parte de la persona.
 - Evitar realizar comentarios delante del paciente cuando pensamos que no nos escucha.

Retirada de la inmovilización terapéutica:

La inmovilización debe mantenerse únicamente hasta conseguir el efecto terapéutico deseado: sedación farmacológica, retorno a la calma, seguridad para el paciente y para el entorno, etc.

La decisión de la retirada corresponde al médico, tras consulta previa con el equipo de enfermería. Debe registrarse en la historia clínica el estado del paciente en el momento de la retirada de la inmovilización terapéutica.

Cuando la valoración del paciente lo permita, se ha de eliminar la inmovilización de forma gradual. Se debe llevar a cabo también entre cinco personas por si es necesario realizar de nuevo la inmovilización terapéutica.

8. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES⁵⁶⁻⁶⁶

La necesidad de las medidas restrictivas con los pacientes pone en clara confrontación dos derechos fundamentales: el derecho a la libertad y el derecho de salud de las personas. Por ello, las inmovilizaciones terapéuticas tienen el mismo trato ante la ley que el ingreso involuntario, por lo que el ingreso urgente en una unidad de psiquiatría debe ser comunicado al juez en 24 h. Así, es preciso solicitar una autorización judicial con anterioridad a la inmovilización del paciente. De acuerdo con el artículo 211 del Código Civil, el médico (no especifica la especialidad) ha de comunicar al juez las razones por las que considera necesario llevar a cabo la inmovilización terapéutica, y el juez procederá a la autorización pertinente o a su denegación.

En situaciones de urgencia en las que sea necesaria la adopción inmediata de la medida por el bien del paciente, la ley permite al personal facultativo ejercer la acción, pero dando cuenta a un juez en un plazo de 24 h. El juez recabará entonces la información pertinente y podrá aceptar la indicación o revocarla. Si la necesidad de restringir los movimientos al paciente cesa antes de que el juez recabe información sobre el estado del mismo, el personal del hospital (del servicio implicado) ha de comunicar la nueva situación del enfermo.

Pero en el ámbito sanitario, según la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, en su artículo 3, con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, puede adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.

En el caso del paciente con problemas de salud mental, también se pueden llevar a término medidas de restricción de movimientos para evitar que se haga daño a sí mismo o para evitar que haga daño a otros.

Así, en el ámbito sanitario, la ley a veces permite actuar contra la libertad más elemental, la de moverse, y es posible tomar medidas para la restricción de los movimientos con el fin de evitar dañar a otros o a uno mismo.

El artículo 20 del Código Penal autoriza a tomar medidas por estado de necesidad: favorece el derecho de los demás, en perjuicio del paciente, en legítima defensa y en cumplimiento de un deber u oficio.

En caso de que la duración de la medida sea superior a 24 h, el internamiento pasará automáticamente a involuntario.

Cualquier acción terapéutica requiere el previo consentimiento escrito del usuario, excepto en los siguientes casos (recogidos en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad):

- a. Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- b. Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
- c. Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

En los casos que requieren sujeción, lo frecuente es que se presenten simultáneamente las condiciones a y c anteriores. En estos casos, salvo si se puede recabar el consentimiento informado de un familiar y las circunstancias lo permiten, el personal sanitario puede actuar sin él, amparado en la eximente de responsabilidad penal que surge del estado de necesidad del artículo 20.5 del Código Penal, ya que se considera que la aplicación del procedimiento es un mal menor frente a la no aplicación del mismo. Tras superarse la situación de urgencia, debe informarse inmediatamente al paciente, a sus familiares o a las personas allegadas sobre la intervención terapéutica aplicada.

Actuación en la inmovilización de un paciente de acuerdo con la ley vigente:

- Ingreso voluntario y consentimiento del paciente para su inmovilización. Si la inmovilización terapéutica por decisión propia del paciente competente que se encuentra ingresado con carácter voluntario, tendrá que firmar el consentimiento. Como se priva de libertad al paciente, aunque consienta en ello, debe comunicarse al juez. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento. En este caso, se valorará de nuevo la situación y la indicación de inmovilización del paciente.
- Ingreso voluntario y ausencia del consentimiento

del paciente para su inmovilización. Si el régimen de internamiento del paciente al que se le aplica la inmovilización terapéutica contra su voluntad era voluntario, pasará a ser automáticamente involuntario (pues la sujeción en contra de su voluntad no estaba contemplado en el pacto previo entre la institución y el paciente), debiéndose comunicar esta circunstancia al juzgado. Si es posible, se debe recabar el consentimiento informado de un familiar, pero cuando esto no sea posible el facultativo puede actuar directamente.

- Ingreso involuntario. Si el régimen de internamiento del paciente previamente a la aplicación de inmovilización terapéutica ya era involuntario, únicamente se remitirá al juzgado que tiene conocimiento la correspondiente notificación.

- Aviso al juez antes de actuar. Esta opción es prácticamente irreal. Si la ocasión se diese, se notificaría al juzgado la situación. En estos casos únicamente se actuaría cuando se recibiese la autorización del juez de guardia.

La legislación es garantista con relación a los derechos de los pacientes y está refrendada por la normativa que se señala a continuación:

- La Constitución Española, en su artículo 17.1, refiere: «Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley».
- La Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente, artículos 5, 8 y 9. En esta Ley queda recogida, entre otra información la referente al titular del derecho a la información, asistencial y el consentimiento informado, así como los límites del consentimiento informado y el consentimiento por representación.
- El Código Civil (artículo 211) y la Ley de Enjuiciamiento Civil (artículo 763) sobre internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Los preceptos sobre internamiento involuntario establecen la necesidad de autorización judicial previa o a posteriori cuando se trate de internamiento de una persona que no está en condiciones de decidir por sí misma. En efecto, el artículo 763 L. E. Civil expresa: «El internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decirlo por sí misma, aunque esté sometida a la patria

potestad o tutela, requerirá autorización judicial...».

- Se debe dar información sobre la adopción de la medida al paciente de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y a las circunstancias existentes en el momento y también a las personas vinculadas a él (artículos 5, 1 y 2 de la Ley 41/2002).
- La inmovilización de un paciente o su aislamiento es una medida terapéutica preventiva que se suele aplicar para evitar que un paciente se lesione a sí mismo o a otros. Así, en esta acción concurren dos circunstancias: se aplica un plan terapéutico casi siempre sin el consentimiento del paciente y se le priva de libertad. La regulación de estas acciones se encuentra recogida en el capítulo de la Tutela del artículo 211 del Código Civil, en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (internamientos involuntarios) y en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (consentimiento informado).
- Privación de la libertad del sujeto. La legislación vigente pretende cumplir el mandato constitucional por el que la privación de libertad debe estar sometida a la tutela judicial. Esta es la razón por la que toda inmovilización de un paciente (no solamente en sujeciones involuntarias, sino también en aquellas que son aceptadas por el paciente o la familia, e incluso cuando es el propio paciente quien la solicita) debe ponerse en conocimiento del juez.

9. REGISTROS

Ha de quedar constancia de las circunstancias que han justificado tanto la adopción de la inmovilización terapéutica como su mantenimiento en el tiempo. Se han de recoger todas las incidencias que hayan rodeado la medida. Como ya se ha mencionado,

debe ponerse en conocimiento del juez la puesta en práctica de esta medida y, como no puede ser de otra forma, ha de quedar registrada en la historia clínica del paciente.

10. COROLARIO

La ANESM y la SEEUE recomiendan a los profesionales enfermeros que, en el abordaje de la atención y de los cuidados al paciente que presenta una agitación psicomotriz, 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.

La atención al paciente agitado requiere una intervención adecuada por parte de los profesionales sanitarios que obliga a una sensibilización y formación específica en el manejo de estas situaciones.

Muchas de las agitaciones psicomotrices pueden ser abordadas satisfactoriamente mediante las medidas ambientales, desactivación verbal o contención farmacológica.

La inmovilización terapéutica es la última opción para el abordaje del paciente agitado y se llevará a cabo única y exclusivamente cuando las intervenciones previas hayan fracasado.

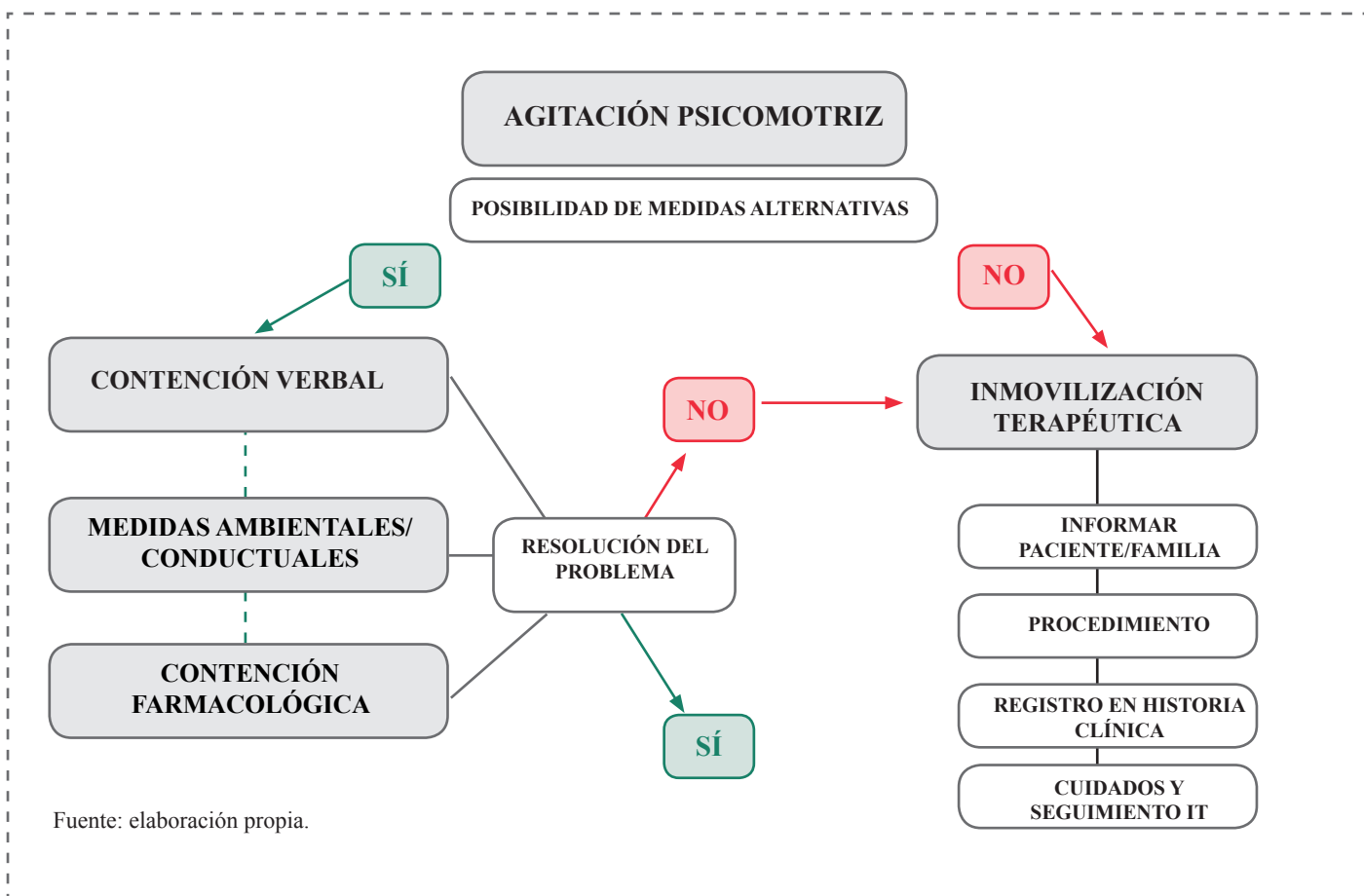
Debido a las implicaciones éticas y legales que conlleva la inmovilización terapéutica, los profesionales sanitarios deben ser muy escrupulosos en el respeto a los derechos de los pacientes y ajustarse a los procedimientos normalizados que regulan este procedimiento.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Rubio-Valera M, Luciano JV, Ortiz JM, Salvador-Carulla L, Gracia A, Serrano-Blanco A. Health service use and costs associated with aggressiveness or agitation and containment in adult psychiatric care: a systematic review of the evidence. *BMC Psychiatry* 2015;15:35.
2. Balanzá V, Tabarés R, Leal C. Protocolo terapéutico de los estados de agitación. *Medicine* 1999;7(109):5106-8.
3. Day RK. Psychomotor agitation: poorly defined and badly measured. *Journal of Affective Disorders* 1999;55:89-98.
4. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1997. Cap. 779.
5. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de Psiquiatría. 2.ª ed. Barcelona: Ancora; 1996. Cap. 37: p. 1335-1358, 1552.
6. 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. Madrid: ANESM; 2008.
7. Belart Bravo MJ. Urgencias psiquiátricas. Cursos de Bienestar y Salud. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-urgencias-psiquiatricas2004>. Última consulta: 15 de diciembre de 2009.
8. Cervera S, Conde L, Espino A, Giner J, Leal C, Torres F (eds.). Manual del residente de psiquiatría. Madrid: SmithKline Beecham; 1997. Cap. 47, p. 453-9.
9. Secker J, Benson A, Balfè E, Lipsedge M, Robinson S, Walker J. Understanding the social context of violent and aggressive incidents on an inpatient unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003;11(2):172-83.
10. Téllez Lapeira JM, 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>. Última consulta: 5 de Julio de 2009.
11. Dean RK, Walsh E, Morgan C, Demjaha A, Dazzan P, Morgan K, et al. Aggressive behaviour at first contact with services: findings from the AESOP first episode psychosis study. *Psychol Med* 2007;37:547-57.
12. Toro-Martinez E. Pharmacological treatment of aggressive impulsive behavior. *Vertex* 2012; 23(104):281-6.
13. Corrigan JD. Development of a scale for assessment of agitation following traumatic brain injury. *J Clin Exp Neuropsychol* 1989;11:261-77.
14. Swift RH, Harrigan EP, Capelleri JC, Kramer D, Chandler LP. Validation of the behavioural activity rating scale (BARS): a novel measure of activity in agitated patients. *J Psychiatr Res* 2002;36(2):87-95.
15. Fernández A, González F, Rodríguez B. Urgencias psiquiátricas. *Medicine* 1999;7(122):5729-37.
16. Stewart D, Bowers L, Simpson A, Ryan C, Tziggili M. Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009;16(8):749-57.
17. Kaltiala R, Tuohimäki C, Korkeila J, Lehtinen V. Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Int J Law Psychiatry* 2003;26(2):139-49.
18. Murphy MC. The agitated psychotic patient: Guidelines to ensure staff and patient safety. *Journal of the American Nurses Association* 2002;8(4):s2-8.
19. Robinson L, Littrell SH, Littrell K. Managing aggression in schizophrenia. *Journal of the American Nurses Association* 1999;5:s9-16.
20. Lagomasino I, Daly R, Stoudemire A. Medical Assessment of Patients Presenting with Psychiatric Symptoms in the Emergency Setting. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22(4):819-50, viii-ix.
21. Bobes J, Bousoño M, Saiz PA, González MP. Enfermería psiquiátrica. Barcelona: Doyma; 2000.
22. Daffern M, Howells K. Psychiatric inpatient aggression: A review of structural and functional assessment approaches. *Aggression and Violent Behaviour* 2002;7:477-97.
23. Megías-Lizancos F, Molino Contreras JL, Pacheco Borrella G. Guía de intervención rápida de Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Madrid-Valencia: DAE; 2005.
24. Bulechek GM, Butcher HK, Doctemann JM, Wagner CM, eds. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
25. Herdman TH, ed. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2015-2017. Barcelona: Elsevier España; 2015.
26. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 9.ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2013.
27. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, eds. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 5.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
28. Kynoch K, Wu C, Chang AM. Interventions for preventing and managing aggressive patients admitted to an acute hospital setting: a systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs* 2011;8:76-86.
29. Bustos JI, Capponi I, Ferrante R, Frausin MJ, Ibáñez B. Excitación psicomotriz: Manejo en los diferentes contextos. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 2010;16(3):291-304.
30. Stucchi-Portocarrero S, Cruzado L, Fernández-Ygreña R, Bernuy-Mayta M, Vargas-Murga H, Alvarado-Sánchez F, et al. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva. *Rev Neuropsiquiatr* 2014;77(1):19-30.
31. Gómez Restrepo C, Bohórquez Peñaranda AP, Arenas González ML, Vélez Fernández C, Nieto de Cano G, Gómez Garzón M, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia. Guía N.º 29. Bogotá: Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014.
32. Asociación Psiquiátrica Mexicana, Asociación Psiquiátrica de América Latina, Verduzco Frago W (editor invitado). Consenso Nacional y Guía de Práctica Clínica de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con esquizofrenia. *Revista Salud Mental* 2014;37(1):2-6.
33. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política

- Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
34. Cibanal Juan L, Arce Sánchez MC, Carballeda Balsa MC. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Barcelona: Elsevier; 2010.
35. Fornés Vives J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Valoración y cuidados. Madrid: Panamericana Médica; 2012.
36. Peplau HE. Relaciones interpersonales en enfermería. Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat Editores; 1990.
37. Werner O'Toole A, Rouslin Welt S. Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería: Trabajos seleccionados de Hidegard E. Peplau. Barcelona: Masson; 1996.
38. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. 4.ª ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2008.
39. Megías F, Serrano MD. Enfermería en psiquiatría y salud mental. Madrid: Difusión, Avances de Enfermería; 2000.
40. Hissae Kondo E, Cardoso Vilella J, De Oliveira Borba L, Roberto Paes M, Alves Maftum M. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. Rev Esc Enferm USP 2011;45(2):501-7.
41. Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. Cochrane Database Systematic Rev 2006;19(3):CD002084.
42. Raboch J, Kalisová L, Nawka A, Kitzlerová E, Onchev G, Karastergiou A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. Psychiatr Serv 2010;61(10):1012-7.
43. Zhang J, Harvey C, Andrew C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. Aust N Z J Psychiatry 2011;45:578-85.
44. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010;45(9):889-97. Epub 2009 Sep 2.
45. Sastre Rus M, Campaña Castillo F. Contención mecánica: definición conceptual. Ene [revista en la Internet] 2014 May [citado 7 nov 2015]; 8(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2014000100007&lng=es.
46. Protocolo de Consenso de los Servicios de Psiquiatría de los Nuevos Hospitales para la aplicación de la Contención Mecánica. Comunidad de Madrid; 2008.
47. Escobar-Córdoba F, Hernández-Yasnó MA, Pedreros-Velásquez J. Aislamiento en pacientes psiquiátricos. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a06s1.pdf>. Última consulta: 5 de noviembre de 2015.
48. Morrison E, Morman G, Bonner G, Taylor C, Abraham I, Lathan L. Reducing staff injuries and violence in a forensic psychiatric setting. Arch Psychiatr Nurs 2002;16(3):108-17.
49. Polania-dussan I, Toro-Herrera S, Escobar-Cordoba F. Uso de midazolam y haloperidol en urgencias psiquiátricas. Rev Colomb Psiquiatr [online] 2009 [citado 7 nov 2015]; 38(4):693-704. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615450010>.
50. Brown R, Howard R, Candy B, Sampson E. Opiáceos para la agitación de la demencia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 5. Art. No.: CD009705.
51. Powney M, Adams C, Jones H. Haloperidol para la agresión o agitación inducida por la psicosis (tranquilización rápida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 Issue 11. Art. No.: CD009377.
52. Ahmed U, Jones H, Adams C. Clorpromazina para la agresión o agitación inducida por la psicosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 12. Art. No.: CD007445.
53. Mendoza G, Aguilera C. Seguridad de los fármacos antipsicóticos durante el embarazo. Med Clin (Bar) 2004;122(12):475-6.
54. Carretero J, Rubia G. Formación específica en el manejo del paciente agitado. 30 años de experiencia para mirar al futuro. XXX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Madrid: ANESM; 2013. p. 395-402.
55. Allen MH, Currier GW. Use of restraints and pharmacotherapy in academic psychiatric emergency services. General Hospital Psychiatry 2004;26:42-9.
56. Martín Cazorla F, Santos Amaya IM, López García M. Agitación psicomotriz e implicaciones médico forenses. Cuad Med Forense [revista en la Internet] 2011 Sep [citado 7 Nov 2015]; 17(3):111-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113576062011000300002&lng=es.
57. Villarejo Ramos A. Las bases biopsicológicas de la imputabilidad en la conducta impulsiva. Cuad Med Forense [revista en la Internet] 2012 [citado 7 Nov 2015]; 18(29):63-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113576062012000200003&script=sci_arttext.
58. Organización Mundial de la Salud. Declaración Europea de Salud Mental. Conferencia Ministerial de la OMS. Helsinki: OMS; 2005.
59. Gobierno de España. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
60. Comunidad de Madrid. Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2010.
61. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado n.º 311 (29-12-1978).
62. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado n.º 128 (29-05-2003).
63. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado n.º 102 (29-4-1986).
64. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado n.º 225 (16-09-2010).
65. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado n.º 7 (08-01-2000).
66. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado n.º 274 (15-11-2002).

12. ANEXO I - DIAGRAMA DE FLUJO



13. ANEXO II - DECÁLOGO DE ATENCIÓN AL PACIENTE AGITADO

1. El paciente agitado no es un paciente violento.
2. La agitación psicomotriz es una urgencia psiquiátrica.
3. Hay que restablecer el autocontrol, facilitar la exteriorización de sus pensamientos e implantar límites de conducta claros.
4. Nunca hay que negarse a escuchar.
5. Se debe ser honesto con el paciente, tratarle con respeto y escucharle activamente.
6. Hay que intervenir acompañado, de frente y evitar, sin asumir riesgos, que el paciente pase a la acción.
7. Se debe ofrecer medicación al paciente para ayudarle en su angustia y no «para estar más tranquilo».
8. Los profesionales deben estar sensibilizados y formados y disponer de las habilidades necesarias.
9. Hay que respetar la legislación vigente y los derechos humanos.
10. Se deben registrar y notificar los procedimientos llevados a cabo.