

# ABORDAJE ENFERMERO EN EL PACIENTE

## AGITADO

### AUTORÍA

Manuel Jesús Caballero Guerrero\*

Olga López Sánchez \*\*

\*Enfermero DCCU Córdoba Sur

\*\*Enfermera Hospital Infanta Margarita Unidad Salud Mental

## RESUMEN

En el siguiente artículo intentaremos elaborar una guía que nos ayude a la hora de la toma de decisiones y de actuar en las situaciones y episodios de agitación/violencia protagonizados por pacientes tanto con patología orgánica como psiquiátrica en el ámbito hospitalario, y en especial en las unidades de hospitalización y urgencias. Daremos a conocer las indicaciones, contraindicaciones, procedimientos y dilemas éticos y legales que nos podemos encontrar en esas situaciones.

La metodología utilizada ha sido una revisión bibliográfica para lo cual hemos consultado la biblioteca chocrane y medline, así como google académico.

## PALABRAS CLAVE

Agitación Psicomotora / Psychomotor Agitation

Contención Verbal / Verbal Control

Contención Mecánica / Mechanical Control

## INTRODUCCIÓN

En primer lugar, vamos a definir qué entendemos por agitación psicomotriz, dentro de numerosas definiciones podemos decir que se entiende por agitación psicomotriz al cuadro en el cual el paciente presenta hiperactividad motora y psíquica, con un aumento incontenible de la movilidad física y una sensación de tensión interna difícil de controlar, pudiendo llegar a la violencia física con auto y/o heteroagresividad hacia personas u objetos.

La agitación psicomotriz de un paciente con alteraciones de salud mental es una de las situaciones más estresantes en las que se puede ver envuelto un profesional de la salud.

Está considerada como una urgencia psiquiátrica que requiere una respuesta rápida y coordinada del personal sanitario. Ante un paciente agitado con conducta violenta el primer objetivo es la contención verbal, química, y si continúa con gran nivel de angustia y pérdida de control, la contención mecánica, con el fin de minimizar los riesgos de autolesión o de dañar a otro o a objetos. Existen una serie de signos y síntomas que nos pueden llevar a pensar que un paciente esta a punto de desencadenar un episodio de agitación, de ahí lo vital de reconocerlos para evitar que se produzca el episodio. Entre esos signos podemos mencionar la hiperactividad musculoesquelética como paseos constantes por la unidad, elevación del tono de voz, discusiones con otros pacientes o personal, golpes en la mesa u otros objetos, signos de ansiedad como taquipnea, hipertensión arterial y taquicardia.

Como veremos a continuación, la contención mecánica es el último recurso terapéutico a emplear, llevándose a cabo cuando la contención verbal o química a fracasado, aunque en algunos casos de agitación severa la contención física y la química van conjuntas.

## ASPECTOS LEGALES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

La contención física o mecánica es una medida terapéutica de urgencia, debiéndose de llevar a cabo como última instancia si la verbal y la química no han funcionado.

Debemos de garantizar la seguridad de las personas que están a nuestro cargo, de ahí que en determinadas ocasiones tengamos que aplicar medidas restrictivas a pacientes que tienen riesgo de autoagredirse o de agredir a los demás, teniendo siempre que respetar los principios éticos de autonomía, justicia, intimidad, vulnerabilidad y beneficencia.

A nivel legislativo siempre que una persona es inmovilizada y/o aislada para evitar que se haga daño a si mismo o a otros concurren dos circunstancias: se aplica dicho método terapéutico casi siempre sin el consentimiento del paciente y se le priva de libertad. La regulación de estas acciones se encuentra recogidas en el capítulo de la Tutela del artículo 211 del Código Civil y 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).

De ahí que toda inmovilización de un paciente debe de ponerse en conocimiento del juez, solicitándose una autorización judicial con anterioridad a la inmovilización del paciente, procediendo el juez a la autorización pertinente o a la denegación.

En caso de urgencia y si fuera necesaria la adopción inmediata de la medida restrictiva por el bien del paciente, la ley permite al personal facultativo ejercer la acción de comunicarlo al juez en un plazo de 24 horas. En ambos casos el facultativo debe de comunicar al juez las razones por las que considera necesario sujetar al paciente. En este caso el paciente pasa a estar en ingreso involuntario.

## PLAN DE ACTUACIÓN Y DIAGNÓSTICOS ENFERMERIS EN EL PACIENTE CON AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

En un primer lugar debemos de adoptar unas medidas alternativas a la contención mecánica, las cuales deben de instaurarse en cuanto se detecten los primeros síntomas o indicios de que el paciente está empezando a perder el control, utilizando unas u otras dependiendo de la gravedad e intensidad de la agitación. Dichas medidas alternativas serán las siguientes:

- Contención verbal, medidas ambientales y/o conductuales: Se llevará a cabo en los casos en los que la pérdida del control no sea total y tiene como finalidad el enfriamiento de la situación. Para ello será importante:
  - Informarse debidamente del paciente antes de comenzar a hablar con el: antecedentes, situación clínica..., para conocer las posibilidades de manejo que ofrece la situación.
  - Conducir a la persona a un área privada para dialogar, aunque se recomienda no realizar la intervención solo, siempre que sea posible. Escucharlo atentamente dejando que exprese su irritación sin intentar de calmarle. No interrumpir el discurso del paciente. Responder de forma tranquila, nunca con la misma hostilidad.

- Mantener una actitud firme, con tono de voz calmado y bajo volumen, con una actitud que invite al diálogo.

- No mirar de forma directa y continuada al paciente, aunque si mantenerlo dentro del campo visual.

- Empatizar con la persona cuando la hostilidad haya disminuido.

- Expresar tus propios sentimientos respecto a su proceder y pedirle que en sucesivas ocasiones se comporte de diferente forma.

- Proponer la realización de actividades desactivadoras como relajación muscular, relajación respiratoria, etc.

- Ante el riesgo de violencia inminente, advertirle que la violencia no es aceptable, proponerle la resolución de cualquier problema a través del dialogo, ofrecerle tratamiento farmacológico para ver las cosas mas relajadamente, informarle que recurrirá a la sujeción mecánica si precisara la ocasión. Siempre todo ello acompañado de miembros del equipo y de miembros de seguridad.

- Contención farmacológica: Se empleará cuando las medidas conductuales y contención verbal no han sido suficiente controlar la agitación y el trastorno del paciente. El objetivo de la contención farmacológica es tranquilizar al paciente lo antes posible para evitar que se haga lesiones a si mismo o haga daño a los que le rodean.

Los fármacos más utilizados son las benzodicepinas, antipsicóticos (típicos y atípicos) y la combinación de ambos.

- Contención mecánica o física: La contención mecánica o física es una medida terapéutica excepcional dirigida a la

inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo, con sujeción en una cama, en un paciente que lo precise con la finalidad de evitar que se produzcan situaciones que puedan poner en peligro la integridad física del paciente o de su entorno. Es una medida sanitaria que se aplica ante una agitación o conducta violenta que se considera originada por una patología médica ya sea orgánica o psiquiátrica.

Debemos informar al paciente de manera comprensible y acorde con el nivel de atención y colaboración, el motivo de la medida tomada, evitando en todo momento mostrar agresividad verbal o física, recordándole que es una medida terapéutica sanitaria y no un castigo, venganza o pelea. Actuando con tranquilidad, serenidad y con postura firme y segura. Dándole al paciente el tiempo necesario para que colabore voluntariamente, en caso contrario y sin dar lugar a la discusión verbal, se procederá a tumbarlo en la cama y se procede a la contención mecánica en la cama o camilla.

Durante el tiempo que se encuentre el paciente en sujeción debemos de supervisarlos periódicamente con el fin de evitar posibles complicaciones propias de la inmovilización. Así como anotar en la hoja de registro de sujeción sus constantes periódicamente, el estado general como el nivel de conciencia, el nivel de agitación, agresividad, ansiedad, y observar las zonas de sujeción (coloración, entumecimiento, movilidad de los miembros, lesiones por fricción) cada hora. Si se prevé que esté un periodo prolongado en sujeción el médico debe prescribirnos que se le aplique tratamiento preventivo del riesgo tromboembológico con heparina de bajo peso molecular por vía subcutánea.

Según la NANDA (American Nursing Diagnosis Association), los diagnósticos enfermeros más frecuentes con los que nos podemos encontrar serían los siguientes:

**00138 Riesgo de violencia dirigida a otros**  
**00140 Riesgo de violencia autodirigida**  
**00146 Ansiedad**  
**00130 Trastorno del proceso del pensamiento**

Los objetivos que nos plantearíamos según la NOC serían los siguientes:

**1401 Control de la agresión**  
**1402 Control de la ansiedad**  
**1405 Control de los impulsos**  
**1403 Control del pensamiento distorsionado**

Las intervenciones a llevar a cabo según la NIC para que podamos cumplir los objetivos:

**4640 Ayuda para el control del enfado**  
**5820 Disminución de la ansiedad**  
**6487 Manejo ambiental, prevención de la violencia**  
**4350 Manejo de la conducta**  
**5380 Potenciación de la seguridad**  
**6580 Sujecion física**

## CONCLUSIONES

La atención del paciente que presente un estado de agitación psicomotriz debe basarse en todo momento en el respeto a la dignidad de la persona y promoción de los derechos humanos y legales.

Por todo ello, la aplicación de medidas terapéuticas de contención física solo resultará tolerable ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y siempre que no pueda remediarse por otros medios.

Es responsabilidad de todos los miembros del equipo asistencial detectar o intuir conductas que puedan

poner en peligro la integridad y seguridad del paciente y/o terceros con el propósito de evitar el uso de contenciones físicas. Cuando finalmente la contención física resulta inevitable, esta ha de ser siempre una medida puntual que ha de durar el menor tiempo posible.

Todos los episodios son diferentes, y la forma de solucionarlos vendrá determinados por distintos factores, como el ambiente - entorno, el nivel de pérdida de control que presente el sujeto, los profesionales que lo evidencien. Antes de proceder a la contención física, debemos de intentar realizar previamente una contención verbal y ambiental, y en el caso de fracase esta opción, proceder a una contención farmacológica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Goldberg D. Manual Maudsley de Psiquiatría práctica. Aran. 2000
2. Molina Alen E. Manejo de enfermería en pacientes con cuadro de agitación. Barcelona: Glosa; 2002.
3. Naciones Unidas, Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948 / Informe Belmont. Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de la Experimentación Biomédica y de la Conducta, 1978.
4. Sheila Sparks Ralph. Martha Craft-Rosenberg. T. Heather Herdman. Mary Ann Lavin. NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and classification Edit. Elsevier. 2003-2004
5. Marion Johnson, Meridean Maas y Sue Moorhead. 2ª edición Nursing Outcomes Classification (NOC). Edit Mosby - Harcourt 1999.
6. Joanne C. McCloskey and Gloria M. Bulechek. 3ª edición Nursing Interventions Classification (NIC) Edit Mosby-Harcourt. 2000
7. Cibanal Juan L, Arce Sánchez M.C, Carballal Balsai M.C. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la Salud. Madrid. Edit. Elsevier 2003
8. Ramos Brieva J. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Barcelona: Edit. Masson, 1999