

## Protocolo para el manejo del paciente agitado

Servicio: Unidad de Psiquiatría

Fecha de entrega: 07/09/2015

Destinatario: Hospital Infanta Cristina

Reg: PCM PT 088

CONTROL DE MODIFICACIONES		
DESCRIPCION	Nº Versión	Fecha Edición
Creación: Dra. Gomez Olmedo Dra. Tur Salamanca Dra. Cristina del Alamo D. Jesús Olea Ferreras	01	03/01/2011
	02	07/09/2015

Revisado: Servicio de Psiquiatría Fecha: 10/09/2015 Firma	Aprobado: Dirección Médica Fecha: 10/09/2015 Firma
---	--

## OBJETO

La finalidad de este protocolo puede resumirse en

- Prevenir daño inminente de un paciente así mismo o a otros.
- Prevenir daño al entorno.
- Restablecer el autocontrol del paciente.
- Prevenir la progresión agitación-agresividad-violencia.
- Disminuir el grado de ansiedad de un paciente mediante la aplicación de alguna de las medidas terapéuticas (contención verbal, química o mecánica).

## ALCANCE

Este protocolo será de aplicación para todos los miembros del personal sanitario y no sanitario del Hospital Infanta Cristina que puedan participar en la atención a un paciente que pueda agitarse, y con capacidad de utilizar medidas ambientales y/o conductuales y medidas verbales.

## DEFINICIONES

La **agitación psicomotriz** es un síndrome englobado en los trastornos de conducta inespecífico, de muy variada etiología, que se caracteriza por una alteración del comportamiento motor. Este consiste en un aumento desproporcionado y desorganizado de la motricidad, acompañado de una activación vegetativa (sudoración profusa, taquicardia...) ansiedad severa, pánico y otros intensos estados emocionales.

## REALIZACIÓN

La agitación psicomotriz es un problema clínico ubicuo, no exclusivo de psiquiatría, complejo y dinámico. El abordaje de pacientes que presentan un cuadro de agitación psicomotriz comprende una serie de medidas terapéuticas dirigidas al control, por parte del personal sanitario, del potencial lesivo de auto y heteroagresividad del paciente para garantizar la seguridad del mismo y de los demás.

## ETIOLOGÍA:

1. **CAUSAS DE AGITACIÓN ORGÁNICA:** la agitación es uno de los síntomas que aparecen en el síndrome confusional agudo, cuadro a considerar si existen factores predisponentes (Tabla 1.2) y si se pueden identificar con claridad los criterios diagnósticos que lo definen (Tabla 1.2). Prácticamente cualquier enfermedad grave puede provocar la aparición de un síndrome confusional agudo (SCA). En líneas generales los tóxicos son la causa más frecuente y reversible; en los ancianos siempre se deben considerar las infecciones (urinarias frecuentemente).

Las entidades a considerar en el diagnóstico etiológico son las siguientes:

- Trastornos metabólicos: encefaloopatía hepática, uremia, hipo o hiperglucemia, trastornos hidroelectrolíticos, endocrinopatías, porfirias, hipoxia-hipercapnia
- Fármacos o Tóxicos: intoxicaciones farmacológicas (anticolinérgicos, anticomiciales, antiparkinsonianos, antidepresivos, litio, neurolepticos, analgésicos opiáceos, miorelajantes, corticoides, broncodilatadores, antiarrítmicos, anticoagulantes, antidiabéticos, antieméticos, antineoplásicos, propranolol, digoxina, teofilinas, AINE), síndrome de abstinencia, tóxicos ambientales
- Carenciales: déficit de tiamina, B12, ácido fólico, niacina,
- Infecciones sistémicas y neuroinfecciones: meningitis, encefalitis, absceso cerebral, neurosífilis, neuroborreliosis, sepsis
- Enfermedades vasculares: ictus, encefalopatía hipertensiva
- Traumatismos
- Neoplasias: tumores, síndromes paraneoplásicos
- Otras causas: vasculitis cerebrales, enfermedades desmielinizantes, epilepsia, anemia, privación sensorial

**Tabla 1. Factores predisponentes para desarrollar SCA**

- Deterioro cognitivo previo
- Edad avanzada
- Antecedentes de SCA
- Daño cerebral previo
- Enfermedad médico-quirúrgica grave
- Dependencia de sedantes (opiáceos o alcohol)
- Factores psicosociales (falta de apoyo social, depresión, desadaptación social...)
- Ambiente no familiar (hospitalización, institucionalización)
- Privación de sueño
- Cambios de habitación
- Realización de pruebas diagnósticas, sobre todo si son invasivas
- Dolor

**Tabla 1.2. Criterios diagnósticos de delirium (DSM-IV)**

- A. **Alteración** de la conciencia (p. ej, disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B. **Cambio** en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que **no** se explica por la existencia de una **demencia** previa o en desarrollo.
- C. La alteración se presenta en un **corto período de tiempo** (habitualmente en horas o días) y tiende a **fluctuar** a lo largo del día.
- D. Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una **enfermedad médica**, por intoxicación o consumo de una sustancia, o bien se presenta poco después de un síndrome de abstinencia (si los síntomas cognoscitivos exceden los propios del síndrome de abstinencia).

## 2. CAUSAS DE AGITACIÓN NO ORGÁNICA:

### - Psiquiátrica:

#### i. Agitación Psicótica:

1. Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo: Cursa en brotes, agitación con ideación delirante, alteraciones del lenguaje y alucinaciones.
2. Episodio maniaco: Conducta agitada acompañada de un ánimo eufórico y/o irritable, trastornos del lenguaje (verborrea), pensamiento fugaz, hiperactividad, y conducta desinhibida.
3. Episodio depresivo: Depresión agitada más frecuente en ancianos y niños.
4. Trastorno por ideas delirantes: Discurso delirante en torno a temas de celos, perjuicio, persecución...

#### ii. Agitación no psicótica:

1. Crisis de angustia: Sensación de muerte inmediata que puede acompañarse de agitación.
  2. Crisis histérica: Se evidencia teatralidad y manipulación del paciente.
  3. Trastorno de personalidad: Sobre todo histriónico, límite y paranoide.
  4. Alteración de la conducta en el Retraso Mental o Demencia: (Distinguir del delirium superpuesto a la demencia)
- Reactiva: Reacciones de estrés agudo como reacciones de duelo, situaciones catastróficas (inundaciones, incendios, violaciones...). Situaciones de desconexiones ambientales.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

1. **AGITACIÓN ORGÁNICA:** Hay que sospechar organicidad cuando se trate de un cuadro de agitación de comienzo agudo o subagudo en un paciente (más frecuente de edad avanzada) sin historia psiquiátrica previa. Se caracterizan por presentar alteración de la conciencia, desorientación temporoespacial, confusión mental, discurso incoherente, dificultad para la marcha, hiperexcitabilidad muscular... El paciente se muestra inquieto, sudoroso, y por la desorientación suele demandar sus pertenencias exigiendo que se le deje marchar, vocífera y pide ayuda. Se quita las vías y las sondas. Pueden existir alucinaciones visuales (signo bastante específico de organicidad), delirio y actividad ocupacional e ideación delirante (de perjuicio más habitualmente). Un signo bastante frecuente es la fluctuación, alternándose períodos de calma con otros de agitación, sobre todo nocturna. En la exploración física pueden presentar fiebre, taquicardia, taquipnea, sudoración, temblor, algún signo neurológico, etc. y resultados alterados en las pruebas complementarias. La valoración de un paciente agitado con sospecha de causa orgánica deberá incluir siempre: hemograma, bioquímica general en sangre con CPK y orina, función hepática, estudio de coagulación, electrocardiograma y radiografía de tórax. Cuando el estudio no resulta concluyente, dependiendo de la sospecha diagnóstica, se puede completar con otros estudios: TC craneal, radiografía de abdomen, cribado de tóxicos, hormonas tiroideas, EEG, amoniemia, punción lumbar, etc.
2. **AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA:** Se caracteriza por presentar psicopatología propia de alguna entidad psiquiátrica: pueden existir alucinaciones auditivas (raramente visuales), ideación delirante de perjuicio (esquizofrenia o trastorno de ideas delirantes) o megalomaniaca (manía), alteraciones de la afectividad (disforia o euforia), hostilidad o agresividad, discurso vociferante, verborreico o disgregado... La conciencia está clara, no suele existir desorientación temporoespacial y la fluctuación es escasa. Suelen tener antecedentes psiquiátricos.

Tanto los pacientes afectados de *demencia* como de *retraso mental* es frecuente que presenten episodios de agitación psicomotriz como respuesta a un malestar de

graduación subjetiva como dolor, fiebre, estreñimiento o cualquier otro síntoma que le genera molestias.

#### ABORDAJE Y TRATAMIENTO:

1. **MEDIDAS DE SEGURIDAD:** Lo primero es salvaguardar la integridad de paciente y del personal que le atiende. Mantener una distancia de seguridad. Mantener una vía de salida abierta, quedándonos de pie si es necesario. Solicitar ayuda de celadores, miembros de seguridad o policía según la intensidad del cuadro. La sala debe estar libre de objetos contundentes salvo los imprescindibles.
2. **CONTENCIÓN VERBAL:** Es el primer paso dentro de todo el proceso. Sirve para recoger información y filiar el cuadro observando el discurso, la presencia de alucinaciones o delirios, la lucidez de conciencia, el grado de comprensión, la presencia de signos de intoxicación... Antes de iniciar la entrevista se debe intentar recabar la mayor información posible, hablando con familiares, si existen, y quien lo haya trasladado (policía, personal de emergencia, etc.). La contención verbal podrá realizarse en solitario o en conjunto. Siempre que sea posible, no debe realizarse en solitario, y cuando esta se realice en solitario, debe comunicarse al resto del equipo.
  - a. **Medidas verbales de intervención ante el paciente agitado:**
    - i. Nos debemos dirigir de forma educada, en tono bajo, no amenazante, pero con seguridad y firmeza. Nos dirigiremos por su nombre, nos presentamos y ofrecemos ayuda. Se debe iniciar la intervención buscando la empatía del paciente con frases como: «entiendo que tendrás tus razones para sentirte así», «me hago cargo».
    - ii. La agitación del paciente y el comprensible nerviosismo de familiares, amigos... no debe alterarnos.
    - iii. Hemos de mostrar interés por su problema, escuchándole, ofreciéndole ayuda y comprensión. Puede ser de utilidad ganarse su confianza preguntándole por cuestiones no relativas al cuadro actual, distrayendo así su atención del foco de agitación.

- iv. Procurar un escenario libre, es decir, un entorno de seguridad, un área privada donde poder hablar, tomando asiento a la misma altura.
  - v. Poner límites de forma enérgica pero amable, con actitud firme.
  - vi. Control de la mirada (no evitar el contacto visual pero tampoco que este sea directo).
  - vii. Debemos tener cuidado con el contacto físico, puesto que a veces no es tolerado.
  - viii. No buscar confrontación de ideas, ni razones.
  - ix. Tener una actitud abierta acerca de lo que está mal o debería hacerse, no cayendo en la defensa de la institución o de uno mismo.
  - x. Reorientar de vez en cuando hacia donde nosotros queremos que vaya la conversación, repitiendo que sólo queremos ayudarle.
  - xi. No seguirle la corriente, ni mentirle.
  - xii. Empatizar sin necesidad de mostrar acuerdo.
  - xiii. Pedir su colaboración y dar tiempo a que se inicie la colaboración.
  - xiv. Mantener el control de la situación y si se percibe que no se puede afrontar, pedir ayuda y no continuar forzando la situación.
- b. Medidas ambientales y/o conductuales:
- i. Restricción de estímulos: Eliminar el número de estímulos provocadores de respuestas agresivas o violentas.
  - ii. Cambiar el entorno social: Introducir alguna persona en el contexto para que su presencia impida la realización de determinadas respuestas o sacar fuera del contexto a las personas provocadores o que presente confrontación con el paciente.

En general, la contención verbal suele ser insuficiente para controlar un cuadro de agitación intensa y debe utilizarse la contención farmacológica y



muchas veces la mecánica. Ante riesgo de violencia inminente se aconseja actuar de la siguiente forma:

- Advertir al paciente de que la violencia no es aceptable.
- Proponerle la resolución de cualquier problema por la vía del diálogo.
- Ofrecerle tratamiento farmacológico que le ayuda a ver las cosas más relajadamente.
- Informarle de que se recurrirá a la sujeción terapéutica si la ocasión lo requiere.

3. CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA (SEDACIÓN): En los casos de cuadros tóxicos (abstinencia e intoxicación), demencia, delirium y otros existen particularidades importantes por lo que se remite a los capítulos específicos.

- a. AGITACIÓN ORGÁNICA: Deben extremarse las precauciones por los riesgos que supone administrar a un paciente médicamente grave un depresor del SNC. Mientras se resuelve la causa de la agitación, se puede recurrir a la sedación farmacológica comenzando por dosis bajas de neurolepticos, preferentemente por vía oral o intramuscular. De primera elección es el haloperidol, por su alta potencia, su seguridad y eficacia. Entre sus inconvenientes está la posibilidad de que aparezcan síntomas extrapiramidales o crisis comiciales al disminuir el umbral convulsivo (por ello se deben evitar en *delirium tremens*, abstinencia a benzodiazepinas y agitaciones de origen comicial). La dosis debe ajustarse según cada caso, en general en agitaciones moderadas que no aceptan medicación oral, debe administrarse una ampolla de 5 mg y repetir cada 30-45 minutos hasta que se consiga la contención (dosis máxima para adultos, 100 mg/día) Se trata de un neuroleptico poco sedante por lo que puede ser más lento que si se usa benzodiazepinas o neurolepticos sedantes (Levomepromazina) pero más seguro. Los neurolepticos de baja potencia (Levomepromazina y Clorpromazina) son extraordinariamente sedantes, pero presentan riesgo de hipotensión, aspiración, delirium anticolinérgico, etc. Además, por su efecto sedante y anticolinérgico,

pueden aumentar la confusión. Se están incorporando los neurolépticos atípicos como la *olanzapina* (2,5-10 mg/día) y la *risperidona* (1-4 mg/día). Las benzodiazepinas deben evitarse en la mayoría de las agitaciones orgánicas. Únicamente son de elección en el *delirium tremens*, en el síndrome de abstinencia a benzodiazepinas u opiáceos, en los cuadros de origen comicial y en algunos tipos de intoxicaciones por estimulantes (cocaína, anfetaminas, etc.). La demencia por cuerpos de Lewy se caracteriza por las alteraciones de conducta que presenta que empeoran con neurolépticos y mejoran con benzodiazepinas.

En las *intoxicaciones etílicas agitadas* debemos ser cautos en cuanto a la sedación farmacológica por la depresión del SNC. Las benzodiazepinas pueden disminuir la respuesta del centro respiratorio mientras que los neurolépticos pueden disminuir el umbral convulsivo y elevar el riesgo de crisis. Es quizás por ello que con frecuencia se usa el neuroléptico tiapride (100-200 mg en ampollas intramusculares). Ante una intoxicación etílica violenta o agitada otra pauta adecuada puede ser 5 mg haloperidol y 10 mg diazepam por vía intramuscular.

Tratamiento farmacológico:

- *Pauta 1:* 1 amp. haloperidol IM repitiendo cada 30-40 min. hasta 3-4 amp.
  - *Pauta 2:* 30 gotas haloperidol vía oral repitiendo cada 30 min hasta 100-120 gotas
  - *Pauta 3:* 1 cp. Olanzapina 10 mg oral
  - *Pauta 4:* Risperidona 3-4 mg oral
  - *Pauta 5:* añadir a cualquiera de las anteriores lorazepam 1 mg (cuando ansiedad asociada y no existe confusión o desorientación).
- Son unas pautas generales, cada uno deberá usar aquellas con las que tenga mayor o mejor experiencia.

b. AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA: Tenemos un mayor margen de seguridad.

- AGITACIÓN NO PSICÓTICA: la administración de ansiolíticos de tipo benzodiazepínicos puede resolver la situación. Si acepta medicación oral puede ser suficiente 10-20 mg de *diazepam* o 2-5 mg de *lorazepam*. Éste último está indicado especialmente en pacientes ancianos y/o con insuficiencia hepática. Las benzodiazepinas por vía intramuscular tienen una absorción errática. Si ha de usarse la vía parenteral una pauta posible es 25-100 mg de clorazepato dipotásico intramuscular. La vía intravenosa debe reservarse dado el importante riesgo de depresión respiratoria a situaciones que sea posible un control médico continuo del paciente.

- AGITACIÓN PSICÓTICA: deben emplearse neurolepticos incisivos a dosis elevadas (2 ampollas de Haloperidol como dosis de inicio) acompañados de benzodiazepinas (50 mg de *clorazepato dipotásico* o 10 mg de *diazepam*) y en función de la intensidad añadir 25 mg de *levomepromazina* o *clorpromazina* vía intramuscular. El efecto máximo de estos últimos se alcanza a las 4-5 horas por lo que no debemos repetir la dosis. Sí se puede repetir la administración de *haloperidol* a los 45 minutos si no se ha conseguido la sedación. También puede optarse por antipsicóticos atípicos: 20 mg *olanzapina*, 6-8 mg de *risperidona* o 200 mg de *quetiapina* en dosis inicial. De olanzapina existe presentación intramuscular (1 amp. de 10 mg equivale a 20 mg de olanzapina oral) La risperidona tiene una presentación en solución y recientemente se ha comercializado una bucodispersable.

Tratamiento farmacológico:

AGITACIÓN NO PSICÓTICA:

- *Pauta 1*: ½ ó 1 cp. Lorazepam 5 mg, repetir cada 30 min si precisa.
- *Pauta 2*: 1cp., ó 1 amp. IM si no acepta oral, de diacepam 10 mg, se puede repetir a los 30 min.
- *Pauta 3*: 25-100 mg Clorazepato dipotásico IM.

- *Pauta 4:* 1cp. Lorazepam 5 mg ó 1 cp. Diazepam 10 mg + 50 gotas haloperidol.

AGITACIÓN PSICÓTICA:

SI ACEPTA ORAL:

- *Pauta 1:* 50-70 gotas haloperidol, puede repetirse a los 30 min.
- *Pauta 2:* 50-70 gotas haloperidol + 1cp. lorazepam 5 mg, puede repetirse a los 45 min la mitad de la pauta.
- *Pauta 3:* 50-70 gotas haloperidol + ½ o 1 cp. lorazepam 5 mg + ½ o 1 cp. levomepromazina 25 mg.

SI NO ACEPTA ORAL O EL CUADRO ES INTENSO:

- *Pauta 1:* 2 amp. haloperidol IM.
  - *Pauta 2:* 1 amp. haloperidol + 1amp. Clorazepato dipotásico 50 mg IM, se puede repetir a los 45 min.
  - *Pauta 3:* 2 amp. haloperidol IM + 2 amp. Clorazepato dipotásico 50mg IM.
  - *Pauta 4:* 2 amp. haloperidol IM + 2 amp. diazepam 10, pudiendo repetir 1 amp. de cada a los 45 min.
  - *Pauta 5:* 1 amp. haloperidol + 1 amp. Clorazepato dipotásico 50 mg + 1amp. Levomepromazina 25 mg IM, repetir a los 45 min excepto el levomepromazina (vigilar la presión arterial).
- Son unas pautas generales, cada uno deberá usar aquellas con las que tenga mayor o mejor experiencia.

4. **CONTENCIÓN MECÁNICA (SUJECCIÓN):** Utilizada como último y en casos de agitación grave. El procedimiento consiste en la inmovilización de un paciente en la cama con bandas y cinturones de sujeción. Debe utilizarse siempre un material homologado para la práctica de la contención mecánica. Se trata de un acto sanitario, con indicaciones, contraindicaciones y un procedimiento específico. En la mayoría de los servicios de un hospital general pueden producirse episodios de agitación o violencia protagonizados por pacientes,

tanto con patología orgánica como psiquiátrica. La agitación psicomotriz puede formar parte como síntoma de un gran volumen de enfermedades médicas. La contención mecánica siempre comporta el riesgo de lesión para el paciente y para el personal que lo lleva a cabo. Un adecuado seguimiento del paciente contenido disminuirá el riesgo de complicaciones derivadas de la inmovilización. Es fundamental acompañar la contención mecánica de una adecuada contención verbal del paciente. La contención se realizará siempre siguiendo las indicaciones del protocolo de contención mecánica.

## BIBLIOGRAFÍA

- Correas Lauffer J, Ramírez García A, Chinchilla Moreno A. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Masson, 2003.
- Hyman S.E, Manual de Urgencias Psiquiátricas. Masson Little, Brown eds. 1996
- Rigol,A./Ugalde,M. Enfermería en Salud Mental y Psiquiatria; 2001 (2ª Edición). ISSN:97884458113959
- O'Brien. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental (conceptos básicos 6ª Edición). Editorial McGraw-Hill; Madrid 2006.
- Gavilán C., Gonzalez JA., y Porras S. Actitud ante el paciente agitado en urgencias hospitalarias [en línea] [consultado en diciembre 2008] [www.pisiquired.com/Salvador/protag.asp](http://www.pisiquired.com/Salvador/protag.asp)
- Mejías Lizanco F., Serrano Parra D. Enfermería en Psiquiatria y Salud Mental. Editorial Enfermería 21 DAE, 2000.
- Araujo Martínez I., Lara Camacho A., López Tapia A. Actuación de Enfermería ante el Paciente Agitado. En: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Protocolos de Enfermería en Salud Mental II. Algeciras: Junta de Andalucía. Salud Mental Hospital "Punta Europa"; 2007.
- Lozano R.; Romo J. Plan de cuidados estandarizado para la agitación en adolescentes con psicosis. Pág. 284-297 del libro: RESULTADOS, GESTIÓN Y LIDERAZGO (VI Simposio Internacional de Diagnósticos de Enfermería). I.S.B.N. 84-611-0010-7. Depósito Legal: GR-547/06. Editado por Aurora Quero Rufián.
- McCloskey Dochterman, J.; Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Elsevier Mosby, Madrid, 2005.
- Morrison, M. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Madrid: Elsevier, 2004.
- Negro González E., García Manso M. El paciente agitado: Planificación de cuidados. Nure Investigación, nº6, Junio 2004.
- Johnson, M. Bulechek, G. McCloskey Dochterman, J. Maas, M. Moorhead, S. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Harcourt. Mosby. Madrid. 2004.
- Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
- Protocolo del paciente agitado del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

- Tolose Merlos D., Moreno Poyato AR., Allert Perarnaut X., Cerro Arteche LG., González Fresnedo AM., González Contreras, L. Proceso de conceptualización y estandarización de la contención verbal/emocional a través de una taxonomía enfermera. Centre Fòrum, Hospital del Mer. INA. Perc de Salut MAR. Barcelona. Comunicación mediante póster en el XXVI Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Logroño. 2010.

## ANEXO I: PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE AGITADO.

En la atención al paciente agitado se consiguen mayores beneficios si se logra un vínculo con el paciente, por lo que el aspecto comunicativo es esencial. Si aparecen reacciones violentas y este vínculo no ha sido posible, no se debe olvidar el manejo comunicativo de este cuadro.

### OBJETIVOS DEL MANEJO VERBAL:

- Lograr un vínculo terapéutico eficaz.
- Negociar soluciones terapéuticas.
- Disminuir la hostilidad, la agresividad y prevenir la violencia.
- Mantener la autoestima del paciente, independientemente del abordaje que se utilice.

### TECNICAS DE ABORDAJE VERBAL:

#### **Directrices de seguridad.**

Uno de los objetivos en el manejo hostil es mantener la seguridad profesional del paciente y de los que le rodea. Para ello han de cumplirse unas series de puntos que se observan a lo largo de las interacciones con el paciente (en caso de mostrar irritación evidente y cuando toleren muy mal la interacción personal):

- Colocarse fuera del espacio personal del paciente (algo más lejos del alcance de sus brazos).
- Colocarse en el lado no dominante del paciente.
- Mantener al paciente dentro del campo visual.
- Asegurarse de que hay una vía de salida accesible.
- Evitar que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta.
- Nunca realizar intervenciones individuales, siempre deben de estar varios profesionales presentes.

Por la seguridad del profesional, por la del paciente y por las búsquedas del éxito terapéutico, si no se pueden cumplir estos requisitos de abordaje, se aconseja la no intervención en los casos de hostilidad manifiesta.



### **Directrices de comunicaci3n:**

En ese punto el trabajo se orienta a la b3squeda de las condiciones id3neas para el abordaje.

La base de la interacci3n exitosa con un paciente agitado o agresivo es el cuidado de la forma de comunicarse con el mismo. Se debe iniciar la intervenci3n buscando la empat3a del paciente con frases como: «entiendo que tendr3s tus razones para sentirte as3», «me hago cargo». Esto no significa que est3s de acuerdo con 3l, ni que le des la raz3n, significa m3s bien que comprendes sus sentimientos. La intervenci3n verbal se ha de basar en los siguientes puntos:

- No elevar nunca el tono de voz.
- Responder de forma tranquila, nunca con la misma hostilidad.
- No interrumpir el discurso del paciente.
- Ofrecer ayudas, con el fin de concretar sus demandas.
- Negociar soluciones sobre propuestas que haga el paciente y las que pueden brindar el equipo de urgencias.
- Las entrevistas las realizara un miembro del personal para intentar centrar al paciente y evitar dispersar su atenci3n. Generalmente el m3s experimentado o el que tenga mayor relaci3n con el paciente.

Tambi3n es importante considerar si los acompa1antes ejercen una influencia estabilizadora o al contrario desestabilizadora. Ante riesgo de violencia inminente se aconseja actuar de la siguiente forma:

- Advertir al paciente de que la violencia no es aceptable.
- Proponerle la resoluci3n de cualquier problema por la v3a del di3logo.
- Ofrecerle tratamiento farmacol3gico que le ayuda a ver las cosas m3s relajadamente.
- Informarle de que se recurrir3 a la sujeci3n terap3utica si la ocasi3n lo requiere.

## **ANEXO II: Diagnósticos de enfermería (Taxonomía NANDA-NIC-NOC) en el paciente agitado.**

### **Diagnóstico 1: Trastorno de la percepción sensorial: auditiva**

*Resultado (NOC):* (0902) Comunicación

*Intervenciones (NIC):* Escucha activa (4920)

Manejo de ideas ilusorias (6450)

### **Diagnóstico 2: Trastorno de los procesos del pensamiento**

*Resultados (NOC):* (0901) Orientación cognitiva.

*Intervenciones (NIC):* Orientación de la realidad (4820)

*Resultados (NOC):* (1403) Control del pensamiento distorsionado

*Intervenciones (NIC):* Disminución de la ansiedad (5820)

Manejo de las alucinaciones (6510)

Manejo del delirio (6440)

### **Diagnóstico 3: Ansiedad**

*Resultados (NOC):* (1402) Autocontrol de la ansiedad

*Intervenciones (NIC):* Intervención en caso de crisis (6160)

Aislamiento (6630)

*Resultado (NOC):* (1401) Autocontrol de la agresión

*Intervenciones (NIC):* Manejo de la conducta (4350)

Establecer límites (4380)

Sujeción física (6580)

*Resultado (NOC):* (1405) Autocontrol de los impulsos

*Intervenciones (NIC):* Manejo ambiental: prevención de la violencia (6487)

Precauciones contra fugas (6470)

*Resultado (NOC):* (1406) Control de la automutilación

*Intervenciones (NIC):* Manejo ambiental: seguridad (6486)

### **Diagnóstico 4: Incumplimiento del tratamiento (psicofarmacológico)**

*Resultados (NOC):* (1601) Conducta de cumplimiento

*Intervenciones (NIC):* Acuerdo con el paciente (4420)

**Diagnóstico 5: Trastorno de la identidad personal**

*Resultados (NOC):* (1202) Identidad

*Intervenciones (NIC):* Potenciación de la autoestima (5400)

**Diagnóstico 6: Riesgo de violencia autodirigida**

*Resultado (NOC):* (1211) Nivel de ansiedad

*Intervenciones (NIC):* Disminución de la ansiedad (5820)

*Resultado (NOC):* (1206) Deseo de vivir

*Intervenciones (NIC):* Prevención del suicidio (6340)

**Diagnóstico 7: Riesgo de violencia dirigida a otros**

*Resultado (NOC):* (1211) Nivel de ansiedad

*Intervenciones (NIC):* Disminución de la ansiedad (5820)

*Resultado (NOC):* (1401) Autocontrol de la agresión

*Intervenciones (NIC):* Manejo de la conducta (4350)

Establecer límites (4380)

Sujeción física (6580)

*Resultado (NOC):* (1405) Autocontrol de los impulsos

*Intervenciones (NIC):* Manejo ambiental: prevención de la violencia (6487)

Precauciones contra fugas (6470)

### ANEXO III: CONTENCIÓN VERBAL- EMOCIONAL (NIC)

#### Ambiente-entorno:

Asegurar el bienestar físico y emocional a través de la modificación del entorno.

#### Seguridad:

##### Nics prioritarios

6485 Manejo ambiental: seguridad.

5383 Potenciación de la seguridad

##### Nics secundarios

6487 Manejo ambiental: prevención de la violencia.

6340 Prevención del suicidio.

6470 Precauciones contra fugas.

#### Apoyo:

Mediante la escucha activa y una actitud empática se ofrecen medidas de confort y todo aquello que sea necesario de acuerdo a las características y necesidades del paciente.

#### SOPORTE

##### Nics prioritarios

4920 Escucha activa.

4340 Entrenamiento de la asertividad.

##### Nics secundarios

5230 Aumentar el afrontamiento.

5300 Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.

5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo.

#### Estructura cognitivo-conductual:

Establecer límites, transmitir las expectativas de su comportamiento, ayudar en la resolución de problemas, etc.

#### RECONDUCCIÓN

##### Nics prioritarios

4380 Establecer límites.

4350 Modificación de la conducta.

4760 Reestructuración cognitiva.

#### Nics secundarios

4370 entrenamiento para el control de impulsos.

4380 Ayuda para el control del enfado.

#### Gestión de sintomatología:

Dirigida a síntomas específicos como el estrés o la ansiedad, la sintomatología psicótica, la afectiva, etc.

Medidas de relajación, distracción, medicación.

#### SÍNTOMAS

##### Nics prioritarios

2300 Administración de la medicación.

5820 Disminución de la ansiedad.

##### Nics secundarios

4354 Manejo de la conducta: autolesión.

6450 Manejo ideas ilusorias.

6510 Manejo de las alucinaciones.

6440 Manejo del delirio.