

## El paciente agitado: Planificación de cuidados

Emilio Negro González. DUE. Manuel García Manso. DUE. Enfermeros del Área de Psiquiatría del Complejo Hospitalario San Luis Hermanas Hospitalarias del S.C.J. Palencia

### Resumen

La agitación psicomotriz de un paciente con alteraciones de salud mental es una de las situaciones más estresantes, tanto para él como para el personal de enfermería, que se puede presentar en el trabajo diario en las unidades específicas de psiquiatría y en otros servicios. La planificación y protocolización de la actuación son fundamentales para la correcta resolución del cuadro.

En el presente artículo, presentamos una visión general de la agitación psicomotriz, sus aspectos legales, el concepto, los factores desencadenantes y las medidas preventivas. Posteriormente planteamos la elaboración de un plan de cuidados siguiendo todo el proceso de atención de enfermería desde los aspectos a tener en cuenta en la valoración inicial hasta los indicadores para evaluar todo el proceso desde su origen hasta la finalización de la intervención.

**Palabras clave:** Agitación psicomotriz. Salud mental. Cuidados de enfermería.

### Abstract

Psychomotor agitation in psychiatric patients is one of the most stress situation, as much for him as for the nursing staff. In this article we show a general vision of psychomotor agitation, its legal aspects, the leading concept, factors and preventive actuations.

Later we raised the elaboration of a caring plan following the nursing care process: from the initial valuation to the indicators to evaluate all the process.

### Key words:

Psychomotor agitation. Mental Health. Nursing care.

### Introducción

La exhaustiva planificación de los cuidados enfermeros, los nuevos tratamientos y descubrimientos en el área de psiquiatría no han evitado que el paciente agitado plantee situaciones límite en el equipo asistencial y ponga a prueba las capacidades del equipo de enfermería.

Al evaluar la estancia en el momento del alta los pacientes que han vivido situaciones de agitación a los que se ha tenido que aplicar medidas restrictivas o de contención, verbalizan sentimientos de penosidad y gran nivel de estrés físico y psíquico. Esto, unido a que los recursos humanos son limitados siempre que es necesario intervenir frente a un paciente agitado, y que la aparición de lesiones en los pacientes y en el personal no es infrecuente, crea la necesidad de resolver de forma ordenada, organizada y científica la situación psíquica que presentan algunos pacientes. En este artículo trataremos de analizar los factores determinantes previos a la agitación, solucionar problemas y establecer actuaciones que conlleven a una atención especializada, respetuosa con el paciente y carente de riesgos.

### Bibliografía:

- Goldberg D. Manual Maudsley de Psiquiatría práctica. Aran. 2000
- Gabriel Rubio. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Ed. Panamericana. 2001.
- Jesús Antonio Ramos Brieva. Contención mecánica. Restricción de Movimientos y aislamiento. Ed. Massons. 1999
- Fornés J. Carvajal C. Enfermería de Salud Mental y psiquiátrica. Ed. Panamericana. 2001
- L.J. Carpenito. Manual de diagnóstico de enfermería. Ed. Interamericana. 1996
- NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002. Barcelona. Ediciones Harcourt. 2001.
- Hales RE. Tratado de Psiquiatría. Ancora S.A. 1996
- Sidney Bloch, Codoff y Green. La ética en psiquiatría. Ed. Tricastela. 2001

### Definición

Entendemos por agitación psicomotriz un 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. El paciente puede moverse constantemente, empujar aquello que se le pone por delante, presentar desinhibición verbal, falta de conexión ideica y estado afectivo ansioso o colérico, pudiendo llegar a la violencia física con auto y heteroagresividad.

La agitación psicomotriz está considerada como una urgencia psiquiátrica que requiere una respuesta rápida y coordinada del personal sanitario, lo que evitará un incremento de la ansiedad y probable comportamiento violento por parte del paciente así como lesiones a él mismo, a otros pacientes de la unidad o al equipo sanitario.

### Causas que pueden desencadenar la agitación

Causas orgánicas como consumo de alcohol y otro tipo de drogas tóxicas o abuso de medicamentos, alteraciones metabólicas y/o neurológicas.

Inicio de brote esquizofrénico o reagudización de la enfermedad. También en las psicosis afectivas.

Abandono del tratamiento.

Graves alteraciones del proceso del pensamiento.

Graves alteraciones sensorio-perceptivas.

Trastornos de conducta o de personalidad.

Cuadros de estrés excesivo. Cuadros de ansiedad

Cuadros histéricos.

### **Objetivos**

- Ayudar al establecimiento de protocolos asistenciales en el paciente agitado
- Minimizar los problemas secundarios al aislamiento tanto en los aspectos humanos como legales
- Mejorar la calidad asistencial

### **Planificación de los cuidados**

Para la atención correcta a un paciente agitado, tenemos que tener en cuenta una serie de factores que exponemos a continuación:

#### Con respecto al equipo sanitario:

- Los sentimientos personales: es importante conocer los propios sentimientos sobre la violencia en general y sobre el paciente violento en particular.
- Formación: debemos conocer las características y actuaciones específicas con pacientes agitados
- Debe haber coherencia e intercambio de información entre todos los miembros del personal.
- Se deberá informar al paciente de todos los pasos que se dan en el proceso de control de la agitación

#### Con respecto al paciente:

- Existencia de patología psiquiátrica
- Existencia de patología somática
- Situaciones vitales

#### Con respecto al ambiente terapéutico

- Establecimiento de límites y normas de convivencia
- Existencia de protocolos estandarizados, realizados por equipos multidisciplinares que garanticen la unificación de criterios de actuación

### **Valoración**

Existen una serie de factores de riesgo que debemos tener en cuenta ya que la presencia de algunos de los mismos nos indicará un riesgo más elevado de presentar una conducta agresiva:

#### 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 agresivo

#### Factores clínicos:

- Los antecedentes personales de conducta agitada o agresiva se asocian a un mayor riesgo de presentar un nuevo episodio
- El diagnóstico médico. Mayor posibilidad de presentar agitación pacientes esquizofrénico, demencias, epilepsia, retraso mental, abuso de sustancias
- La presencia de síntomas psicóticos

#### Factores interpersonales o contextuales

- El 50% de los episodios de agitación o agresividad se producen en la primera semana de ingreso
- Es más frecuente en pacientes ingresados de forma involuntaria
- Los conflictos con el personal u otros pacientes pueden actuar como desencadenantes

#### Signos prodrómicos

Existen además una serie de síntomas y signos que debemos conocer y que nos pueden indicar que un paciente está inquieto y puede desencadenarse un episodio de agitación. Entre otros nos podemos encontrar con:

- Hiperactividad musculo-esquelética, paseos constantes por la unidad
- Signos de ansiedad: Taquipnea, hipertensión arterial y taquicardia
- Elevación del tono de voz, uso de lenguaje mal sonante (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
- Si el paciente está armado no se valorará hasta que entregue el arma. Si se niega, salir de la habitación y avisar al personal de seguridad

### Diagnósticos de enfermería

Siguiendo criterios de taxonomía NANDA (REV. 2001), los diagnósticos más frecuentes con los que nos podemos encontrar:

- Riesgo de violencia dirigida a otros (9.2.2)
- Riesgo de violencia autodirigida (9.2.2.2)
- Alteraciones senso-perceptivas (7.2)
- Alteración de los procesos del pensamiento (8.3)
- Ansiedad (9.3.1)

### Objetivos específicos

El enfermero deberá:

- Reducir la ansiedad del paciente
- Proporcionar un ambiente terapéutico seguro
- Disminuir los estímulos exteriores
- Evaluar cualquier riesgo de agresión

El paciente deberá:

- Reconocer los desencadenantes de su conducta violenta
- Ser capaz de controlar su conducta (solo o pidiendo ayuda)
- Reducir el número de respuestas violentas

### Cuidados enfermeros

#### Observaciones:

No es posible establecer una pauta rígida de conducta a la hora de establecer unos cuidados genéricos con un paciente agitado.

Las recomendaciones/modos de actuar que se exponen a continuación, pretenden ser orientativas, pero no unas normas para aplicar de forma invariable en todos los casos que atendamos.

#### Tratamiento verbal:

Es el primer nivel de actuación con un paciente agitado. Hay que hablar con él y reconducir la situación, evitando la pérdida de control y la explosión de agresividad.

- La entrevista la realizará un miembro del personal para intentar centrar al paciente y evitar dispersar su atención. Generalmente el más experimentado o el que tenga mejor relación con el paciente. También es importante considerar si los acompañantes ejercen una influencia estabilizadora o desestabilizadora
- Si es posible, estaremos con el paciente fuera del salón de la unidad (botiquín, habitación del paciente o habitación de aislamiento si sospechamos una difícil resolución del problema)
- Durante la intervención, debemos preocuparnos por nuestra propia seguridad, guardando una distancia segura y de frente al paciente, poniéndonos cerca de la puerta (sin cerrar el paso, que la puerta no tenga pestillo por dentro), eliminando objetos peligrosos de la estancia, etc.)
- Mantendremos la calma y el control de la situación, asegurándole que le ayudaremos a impedir una pérdida de control, proporcionándole métodos alternativos para liberar la tensión acumulada.
- Nuestra actitud será siempre de empatía, mostrándole respeto, hablando despacio, con tono de voz firme pero no autoritario, sin provocaciones ni juicios de su conducta.
- Practicaremos la escucha activa, facilitando que hable, sin distanciarnos en exceso, ni mirarle fijamente, cuidando el lenguaje no verbal de nuestro cuerpo
- Ofrecer medicación si está pautada como opcional "si agitación" (o aunque no lo esté ofrecer avisar al psiquiatra)

Es probable que el tratamiento verbal sea suficiente y poco a poco el paciente se vaya tranquilizando. A veces es efectivo mientras se permanezca con el paciente

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

### **Aislamiento terapéutico**

Entendemos el aislamiento como una medida consistente en el confinamiento de una persona a solas en una habitación (acondicionada para ello) con fines terapéuticos y/o preventivos, impidiéndole salir de ella durante un periodo limitado de tiempo.

### **Indicaciones**

- Para prevenir un daño inminente a otras personas
- Para prevenir un daño inminente al propio paciente
- Para prevenir una interrupción en el programa de tratamiento o un daño significativo del ambiente.
- Como parte de un programa de tratamiento conductual en curso
- Para disminuir la estimulación que recibe el paciente
- A petición del paciente

### **El aislamiento no está indicado cuando**

- Se pretenda castigar al paciente
- La petición del paciente evite que participe en el programa del tratamiento
- La habitación de aislamiento no reúne unas condiciones determinadas
- Se decida por conveniencia del personal o de otros pacientes hospitalizados

### **Actuaciones de enfermería**

#### En el momento del aislamiento:

- Preparar el material que pueda ser necesario (medicación, sujeciones fijadas a la cama...)
- El encargado de dirigir el aislamiento será elegido por el equipo y todo el personal que interviene seguirá sus indicaciones.
- Una vez que se ha tomado la decisión de aislar al paciente, debemos hacerlo lo más rápido posible con el fin de no incrementar la ansiedad y tensión del momento.
- Se contará previamente con el personal necesario de la unidad o de refuerzo para evitar enfrentamientos violentos.
- Retirarse los objetos que puedan ser peligrosos para nuestra integridad física o la del paciente (gafas, relojes, pulseras...)
- Evitar que haya público para no aumentar su ansiedad si se trata de otros pacientes y para evitar que el paciente tome una actitud heroica
- Se explicará al paciente en todo momento lo que va a suceder, así como los motivos que han causado el procedimiento, dándole la posibilidad de que coopere.
- Utilizaremos un lenguaje sencillo, instrucciones cortas y fáciles de comprender. Tono de voz tranquilo y firme.
- Se procederá al registro del paciente antes de aislarle, para retirarle los objetos potencialmente peligrosos (mecheros, cuchillas, llaves, cinto, gafas, prótesis...)
- Comprobaremos que se mantiene la seguridad en la sala de observación (manilla ventana cerrada, baño cerrado, objetos peligrosos fuera del alcance del paciente, valorar la posibilidad de retirar todo el mobiliario de la habitación...).
- En el caso de que sea necesaria la **contención física**:
  - Realizar la misma de la manera más rápida y menos traumática posible para el paciente, personal y resto de pacientes.
  - Tener en cuenta en todo momento la intimidad y la integridad física del paciente.
  - Estar presente un número de personal suficiente para realizar la contención.
  - Avisar al médico responsable y administrar medicación pautada por el facultativo.
- Anotación en la historia de enfermería del proceso seguido (causas del aislamiento, manera en la que se llevo a cabo, reacción del paciente y el personal, etc.)

#### En la habitación de observación:

- Se le supervisará y ayudará en su autocuidado diario (higiene personal, vestido, ingesta de alimentos, toma de medicación, bienestar físico)
- Ventilar la habitación las veces que sea necesario (evitar exceso de calor, malos olores).
- Supervisión y observación del paciente cada 15 minutos.
- Valorar antes de cada visita el número de personal necesario para realizarla.
- En el caso de que el baño esté cerrado, se facilitará al paciente una cuña o una botella para la eliminación.
- Se le dará un vaso de plástico y una botella de agua para favorecer la hidratación controlando la ingesta y su diuresis
- Reducir estímulos como ruidos, excesiva luz, etc.
- A la hora de las comidas se llevarán vasos y platos de plástico y cuchara. NO LLEVAR NUNCA TENEDOR NI CUCHILLO. Permaneceremos con el paciente mientras come para evitar atragantamientos, aspiraciones, etc

- En el caso de que necesiten objetos cortantes para su aseo (tijeras para cortar las uñas, cuchillas para afeitarse...), los utilizarán con supervisión directa del personal de enfermería.
- Se atenderán las demandas de los pacientes con la mayor brevedad posible.
- En caso de que hubiera sido precisa la sujeción mecánica, esta se revisará cada vez que se visite al paciente, observando posibles lesiones en muñecas o tobillos, edemas en manos y pies, zonas de enrojecimiento por presión, posibilidad de ir retirándolas en función del estado del paciente, etc.
- Seguiremos comprobando si se mantiene la seguridad dentro de la habitación de observación y explicando al paciente todos los cuidados que vayamos realizando.
- Valoración del nivel de conciencia y estabilización física (constantes vitales), sobre todo si permanece sedado o con altas dosis de neurolépticos.
- Comprobar si ha mejorado la situación que propició la sujeción.

#### En el momento de la salida de la habitación de observación:

Si la salida es progresiva:

- Se acompañará al paciente en todo momento mientras esté fuera de la habitación.
- La salida se realizará por la unidad .
- La duración de la salida, dependerá de las pautas individuales de cada paciente.

Si la salida es definitiva:

- Se supervisará indirectamente la conducta del paciente .
- Se indicará al paciente que comente al personal si se nota un incremento de la ansiedad que no pueda controlar su conducta, para valorar nuevas pautas de actuación

#### **Evaluación:**

- Tiempo desde que se detecta la crisis hasta que se inicia la intervención
- Necesidad de refuerzo de personal
- Número de personas disponibles
- Tiempo de la sujeción o restricción
- Disponibilidad de la sujeción mecánica
- Tiempo empleado en equipar la habitación
- Información al paciente de las medidas a tomar
- Eficacia de la intervención y detección de errores

#### **Aspectos legales a tener en cuenta**

Probablemente la gran mayoría de los pacientes con ingreso voluntario que sufren un cuadro de agitación pasan a ser pacientes con un internamiento involuntario con las consecuencias legales que ello conlleva. Así mismo proceder a un internamiento forzoso supone el haber agotado todas las medidas terapéuticas habituales y, en definitiva, haber fracasado en el plan establecido para el paciente.

Desde el centro el médico deberá comunicar al juez en un plazo no superior a 24 horas el cambio de modalidad de internamiento y por tanto el juez se convierte en garante de los derechos de estas personas y deberá visitar al paciente en un plazo de 72 horas para ratificar o no la medida de internamiento involuntario.

Hay que tener en cuenta la exención de responsabilidad criminal que según el código penal tienen los pacientes que cometan una infracción y no sean capaces de comprender el alcance de la misma o se hallen en estado de intoxicación por drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o por sufrir alteraciones en su percepción.

El personal por su parte debe saber que el paciente tiene derecho a la confidencialidad de todo su proceso y a que se garantice su intimidad y la asistencia plena y de calidad a lo largo de su internamiento