

 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA PROTOCOLO DEL MANEJO DEL PACIENTE AGITADO</b>		
	Código: T-AS-02-02 v00	Página: 1 de 4	

## 1. PROPÓSITO

Proveer un instructivo en el cual se determinan las principales estrategias de tratamiento en caso de enfrentarse a un paciente que presente un episodio de agitación psicomotora o agresividad.

## 2. ALCANCE

El instructivo está dirigido a equipo terapéutico interdisciplinario dentro de los diferentes servicios del Hospital San Juan de Dios.

## 3. DEFINICIONES

**Agresión:** Comportamientos hostiles, amenazadores y violentos dirigidos hacia otra persona u objetos, a menudo sin provocación o con una provocación menor.

**Violencia:** Agresión física dirigida hacia otra persona u objeto.

**Violencia doméstica:** Un continuum de comportamientos dirigidos contra la pareja, desde abuso verbal amenazas o intimidación, hasta agresión sexual y violencia.

**Desinhibición:** Estado comportamental en el cual la capacidad del individuo para restringir respuestas comportamentales se ha disminuido o se ha perdido del todo.

**Agitación:** Un estado de excitación emocional patológica e intensa, con inquietud motora.

**Irritabilidad:** Un estado de anormalmente baja tolerancia, en el cual en individuo fácilmente presenta ira y hostilidad.

## 4. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

### 4.1 SEGURIDAD DEL AMBIENTE

Asegurarse que el paciente no cuente con armas o utensilios que pueda utilizar como elemento de heteroagresión.

Recibir información previa a la evaluación respecto al estado de agitación, agresión o violencia del paciente.

### 4.2 EVALUACION PSIQUIATRICA

- Identificación de factores modificables que serian los blancos de intervención.
- Identificación de trastornos psiquiátricos previos.
- Identificación de antecedentes los pacientes y descripción detallada del comportamiento agresivo del paciente.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
CALIDAD	SUBDIRECCIÓN CEINTIFICA	GERENCIA
FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016

 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA PROTOCOLO DEL MANEJO DEL PACIENTE AGITADO</b>		
	<b>Código:</b> T-AS-02-02 v00	<b>Página:</b> 2 de 4	

#### 4.3 ALIANZA TERAPÉUTICA POSITIVA

#### 4.4 INTERVENCIONES COMPORTAMENTALES

- Técnicas de de-escalación verbal.

Comunicacionales: No verbales (mantener una distancia segura, una postura neutral, contacto visual que demuestre sinceridad, no tocar al paciente, permanecer a la misma altura del paciente, evitar movimientos repentinos), Verbales (hablar en un tono calmado y claro, personalizarse, evitar confrontación, ofrecerse a solucionar el problema).

Tácticas: Comprender la frustración del paciente, cambiar el foco de la discusión hacia como resolver el problema, enfocarse en el marco amplio, hacer pequeñas concesiones, seguir el progreso, no insistir en tener la última palabra.

Son útiles para controlar agresión leve a moderada a través de la empatía.

#### 4.5 INMOVILIZACIÓN FÍSICA

- Fallo de técnicas comportamentales: Inmovilización manual o mecánica (física).
- Posterior a inmovilización administración de sedación (según indicación de médico tratante o médico psiquiatra).
- Aislamiento del paciente.
- Seguimiento.
- Monitorización de signos vitales y patrón respiratorio durante inmovilización y sedación.
- Uso de inmovilización durante el menor tiempo posible.

#### ❖ Aspectos a tener en cuenta al realizar la inmovilización:

1. Generalmente el enfermero- dirige el procedimiento, que como norma general se colocará a la cabecera del paciente.
2. Determina un plan específico, en el que cada persona sujeta una extremidad del paciente (previamente asignada), y uno la cabeza. No olvidar colocarse los guantes.
3. Se sujeta al paciente por las axilas con una mano empujando hacia arriba y por las muñecas con la otra tirando hacia abajo.
4. Para reducir al paciente en el suelo, deberá ser girado de espaldas sobre el suelo. Con el paciente en el suelo, el que dirige el procedimiento, da instrucciones, sujeta y protege la cabeza del paciente y los otros cuatro sujetan cada uno de los miembros del paciente previamente asignados, asegurando la inmovilidad de las grandes articulaciones (hombros, codos y rodillas), lo que limita considerablemente la movilidad además de disminuir el riesgo de fracturas.
5. Si hemos de trasladar un paciente agitado (a la habitación, cama), se realizará sujetando las piernas a la altura de las rodillas y por los brazos alrededor del codo

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Aprobó:</b>
CALIDAD	SUBDIRECCIÓN CEINTIFICA	GERENCIA
FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016

 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA PROTOCOLO DEL MANEJO DEL PACIENTE AGITADO</b>		
	Código: T-AS-02-02 v00	Página: 3 de 4	

con apoyo bajo los hombros.

6. En la cama, se procederá a colocar las ataduras, en las muñecas y tobillos. La posición de inmovilización debe ser la más adecuada en cada caso. La posición de decúbito prono según algunos autores tiene ventajas respecto al decúbito supino, ya que evita la aspiración del vómito, evita que el paciente se golpee la cabeza contra la cama y se suele asociar a una resolución más rápida de la crisis. Sin embargo, también se ha relacionado con situaciones de muerte súbita por asfixia posicional, especialmente en pacientes obesos o cuando se les aplica una presión en la espalda.
7. La posición de decúbito supino permite un mejor control y vigilancia del paciente, anticipar nuevas situaciones de agitación y además de un mejor acceso venoso para administración de fármacos y monitorización, especialmente si se recurre a la sedación.

Inmovilización (American of Psychosomatic Medicine issued guidelines – Bronheim et al 1998)

- Uso de inmovilización únicamente cuando sea necesario para proteger al paciente o a otros de daño.
- No deben emplearse para coaccionar al paciente a aceptar un tratamiento o para aceptar permanecer en un servicio.
- Monitorización constante.

#### 4.6 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Tratamiento de agresión sindrómica o sintomática.
- Tranquilización rápida (benzodicepinas, antipsicóticos, preferiblemente en combinación).

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Aprobó:</b>
CALIDAD	SUBDIRECCIÓN CEINTIFICA	GERENCIA
FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016

 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS PAMPLONA PROTOCOLO DEL MANEJO DEL PACIENTE AGITADO</b>		
	<b>Código:</b> T-AS-02-02 v00	<b>Página:</b> 4 de 4	

## 5. BIBLIOGRAFIA

1. Levenson JL. Textbook of psychosomatic medicine. Psychiatric care of the medically ill. American psychiatric publishing. 2011.
2. Bronheim et al. American of Psychosomatic Medicine issued guidelines. 1998.
3. Téllez Lapeira, J.M.; Villena Ferrer, A.; Morena Rayo, S.; Pascual Pascual, P.; López García, C. El paciente agitado. Guías Clínicas. Fisterra.com. 2006.
4. Fernández Gallego, V.; Murcia Pérez, E.; Sinisterra Aquilino, J.; Casal Angulo, C.; Gómez Estarlich, M.C. Manejo inicial del paciente agitado. Emergencias, 2009; 21: 121- 132. 3.
5. El Paciente Agitado. Recomendación Científica 10/05/09 de 25 de junio de 2009 de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias.
6. Protocolo de atención a pacientes con riesgo de agitación, heteroagresividad y/o comportamientos antisociales. En Guía de Seguridad en la Atención a Personas con Trastornos Mentales. Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. 2009

<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Aprobó:</b>
CALIDAD	SUBDIRECCIÓN CEINTIFICA	GERENCIA
FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016	FECHA: FEBRERO 2016