

Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación y/o Heteroagresividad



Hospital psiquiátrico
Román Alberca

Nº de teléfono:
968 36 58 00

Nº de fax:
968 36 58 01

Año 2011

Inmaculada Galián Muñoz
Juan Bernal Torres
Concha Díaz Sánchez
Asunción De Concepción Salesa
José Martínez Serrano

Guía práctica para la prevención y manejo terapéutico de los episodios de agitación, agresividad y violencia protagonizados por pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico. En su elaboración, hemos utilizado con liberalidad protocolos y guías, confeccionadas por otros autores, que cumplen los necesarios requisitos de calidad.



El presente documento nace de la confluencia de intereses complementarios:

Aun cuando es más frecuente que los enfermos mentales sean sus víctimas, no es menos cierto que en ocasiones pueden protagonizar actos violentos. Este último riesgo, equiparable normalmente al de la población general, aumenta cuando sufren una descompensación de su enfermedad, sobre todo en relación a la presencia de síntomas psicóticos activos y/o consumo de drogas. Es precisamente en esta situación en la que suelen ser atendidos en los servicios de Urgencias y en las unidades psiquiátricas, siendo la agitación psicomotriz una de las posibles complicaciones a las que nos podemos enfrentar durante el cuidado de los mismos.

Llevada al extremo, la agitación puede dar lugar desde agresiones verbales (insultos), hasta suponer un grave riesgo tanto para el propio paciente (autoagresión), como para los familiares, personal sanitario y el entorno en general (heteroagresión) ^(2, 3). Es por esto que precisa de una intervención inmediata, siendo con frecuencia las condiciones en las que nos enfrentamos a ella (presión del medio, estado del paciente, temor que genera en los profesionales y apremio para tomar una decisión) poco favorables para realizar una valoración adecuada. La existencia de un protocolo facilita la actuación socio-sanitaria y aumenta la seguridad del paciente y del personal, velando además por la aplicación de la mejor práctica clínica y el respeto de los derechos de pacientes que, con frecuencia, no quieren o no pueden colaborar ⁽⁴⁾.

Entre el 2006 y el 2010 fueron registrados, en la base de accidentes de trabajo del Hospital Psiquiátrico Román Alberca, 137 accidentes, siendo las agresiones el tipo de accidente más frecuente en este hospital. De estos accidentes, 38 fueron clasificados como actos de violencia física por parte de los usuarios sin intencionalidad y 27 con intencionalidad. En total, 76 trabajadores fueron atacados en 58 agresiones, con una media de 15 trabajadores agredidos/año y un índice de incidencia medio del 83,33 por cada 1000 trabajadores/año.

Es con el interés de reducir la incidencia de estos hechos y prevenir los daños producidos por estas agresiones en los trabajadores, que el Comité de Seguridad y Salud del 25 de Noviembre de 2010 decidió desarrollar un protocolo de actuación ante pacientes agitados y/o heteroagresivos basado en tres pilares:

- Identificación de los pacientes potencialmente agresivos, apoyándonos en el hecho de que casi el 50% de los agresores ha agredido a más de un trabajador y que los agresores presentan en un 95,8% una historia de agresividad previa. Debemos tener en cuenta que un pequeño grupo de pacientes son responsables de un porcentaje elevado de episodios agresivos ⁽⁶⁾.
- Identificación de las situaciones potencialmente peligrosas y concreción de las medidas de actuación correctas, el orden y personas que deben llevarlas a cabo para facilitar y unificar la toma de decisiones.
- Formación de todos los trabajadores sobre el protocolo.

INDICE

1. Introducción	3
2. Objetivos	4
3. Profesionales Que Deben Conocerlo Y Aplicarlo	4
4. Usuarios A Los Que Va Dirigido	4
5. Escenarios Clínicos De La Aplicación	4
6. Procedimientos Del Protocolo Y Fases De Aplicación	5
1º Identificación del riesgo de violencia/agitación:	5
a) Identificación de Factores favorecedores e inhibidores	5
b) Valoración inicial del riesgos de heteroagresividad/violencia	7
• Screening inicial por el personal de enfermería	7
• Exploración psicopatológica por el facultativo	8
2º Plan de intervención ante un paciente agitado:	9
a) Identificación del paciente inquieto/agitado	9
b) Pautas generales ante el paciente potencialmente agresivo	10
c) Medidas de intervención ante la aparición de un episodio de agitación y/o violento:	12
1. Distracciones lúdicas	12
2. Contención verbal	12
3. Tranquilización con psicofármacos	16
4. Aislamiento	19
5. Contención Mecánica	19
3º Registro Informático de Agresiones	20
4º Evaluación del proceso	21
7. Periodicidad De La Revisión	22
8. Cuadro Resumen	23
9. Bibliografía	26
ANEXOS	27
I Datos de agresiones del Hospital Psiquiátrico Román Alberca	28
II ESCALA DE RIESGO DE VIOLENCIA DE PLUTCHIK	35
III HCR – 20.	36
IV PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA	37
V ESCALA DE AGRESIVIDAD MANIFIESTA. OAS	45
VI COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES	47

1. INTRODUCCIÓN

La agitación psicomotriz es un síndrome englobado en los trastornos de la conducta, que puede aparecer en cualquier cuadro psiquiátrico así como en algunos trastornos médicos. Está caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora, desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado, con acompañamiento de alteraciones de la esfera emocional. El estado de ánimo del paciente agitado se puede manifestar como nervioso, eufórico, colérico, y son frecuentes las risas, el llanto y los gritos incontrolables ^(1, 2).

Su desencadenamiento es muchas veces imprevisto y la causa hemos de buscarla en la patología de base del paciente.

Llevada al extremo, la agitación puede dar lugar a agresiones verbales (insultos), amenazas verbales y/o físicas, hasta suponer un grave riesgo tanto para el propio paciente (autoagresión), como para los familiares, personal sanitario y el entorno en general (heteroagresión) ^(2, 3). Es por esto que precisa de una intervención inmediata, siendo con frecuencia las condiciones en las que nos enfrentamos a ella (presión del medio, estado del paciente, temor que genera en los profesionales y apremio para tomar una decisión) poco favorables para realizar una valoración adecuada. La existencia de un protocolo facilita la actuación socio-sanitaria y aumenta la seguridad del paciente y del personal, velando además por la aplicación de la mejor práctica clínica y el respeto de los derechos de pacientes que, con frecuencia, no quieren o no pueden colaborar ⁽⁴⁾.

El paciente agitado no debe confundirse con el violento “per se”. Éste genera un problema de orden y seguridad que como tal deberá ser atendido por personal de seguridad, si bien la frontera entre uno y otro en ocasiones es difícil de establecer ⁽²⁾.

La violencia ejercida por enfermos mentales fuera del hospital es escasa, equiparable a la de la población general, salvo cuando sufren una descompensación de su enfermedad. Es esta situación la más usual en los servicios de Urgencias y en las unidades psiquiátricas, donde los pacientes son atendidos a petición propia o, más frecuentemente, de terceros. Debemos tener en cuenta que un pequeño grupo de pacientes son responsables de un porcentaje elevado de episodios agresivos ⁽⁶⁾.

Las agresiones son el tipo de accidente más frecuente en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca, con una media de 15 trabajadores agredidos/año y un índice de incidencia media del 83,33 por cada 1000 trabajadores/año ^(Anexo I). Para poder disminuir este nivel de incidencia debemos desarrollar un plan de prevención adaptado a las características del centro.

2. OBJETIVOS

Garantizar la seguridad del propio paciente, de otros usuarios del servicio o del personal sanitario encargado de su atención, mediante una serie de actuaciones regladas dirigidas a conseguir un abordaje adecuado y eficaz de las conductas de agitación, agresividad o violencia ⁽⁴⁾.

3. PROFESIONALES QUE DEBEN CONOCERLO Y APLICARLO

Todos los profesionales del Hospital Psiquiátrico Román Alberca, dado que el paciente agitado puede presentarse tanto en el Servicio de Urgencias, como en el Centro de Día, Pisos Terapéuticos, o cualquiera de las unidades de Hospitalización Psiquiátrica (Corta y Media Estancia).

4. USUARIOS A LOS QUE VA DIRIGIDO

Pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca, que presenten un episodio de agitación psicomotriz, agresividad, conductas violentas y/o antisociales que puedan suponer un riesgo para si mismos o para otras personas.

Siguiendo la clasificación de Hyman (1995), los pacientes que pueden presentar un episodio de agitación o violencia en nuestro Centro son, principalmente, los pacientes con un trastorno psiquiátrico y aquellos que solicitan ayuda psiquiátrica porque perciben sus actos o impulsos violentos como algo no deseado. Por las características de nuestro Hospital (se trata de un centro psiquiátrico sin atención a enfermos somáticos, los cuales son previamente atendidos y estabilizados en hospitales generales) es más improbable, aunque no imposible, que se trate de pacientes con trastorno neurológico u otra patología médica que altere su conducta o bien pacientes intoxicados o en abstinencia de alguna droga ⁽⁵⁾.

5. ESCENARIOS CLÍNICOS DE LA APLICACIÓN

Cualquier localización del Hospital Psiquiátrico en las que se encuentre un paciente en estado de agitación. En cada caso se intentará adecuar las condiciones del entorno para poder abordar la situación de la mejor forma posible.

6. PROCEDIMIENTOS DEL PROTOCOLO Y FASES DE APLICACIÓN

1º Identificación del riesgo de violencia/agitación:

a) Identificación de factores favorecedores/inhibidores

Más allá del diagnóstico psiquiátrico, nos interesa entender por qué un paciente determinado se agita en un momento y circunstancias concretas y no en otras. El conocimiento de los factores involucrados tanto en el desencadenamiento (riesgo), como en la inhibición (protección) de los episodios de agitación nos ayudará, no sólo al abordaje específico de cada caso, sino también a la valoración y prevención del riesgo de violencia futura ⁽⁶⁾.

Estos factores deben ser conocidos por el personal y su valoración será realizada por los facultativos y/o enfermeros, a través de la observación de la conducta, la información aportada por los acompañantes y la historia clínica previa del paciente, quedando registrado el resultado en la historia clínica del paciente, así como las medidas pertinentes adoptadas en función del riesgo detectado ⁽⁴⁾.

Factores favorecedores e inhibidores

En la literatura encontramos la descripción de una serie de **factores favorecedores** que debemos tener en cuenta, ya que su presencia puede indicar un riesgo más elevado de que se presenten conductas agresivas, son ⁽⁷⁾:

- **Factores demográficos** ^(4, 6, 7):
 - Los pacientes con más riesgo de presentar un episodio agresivo son los varones, jóvenes (menores de 40 años), con un bajo nivel educativo, problemas económicos y procedentes de ambientes sociofamiliares desestructurados. Las mujeres serían más propensas a la autoagresión.
- **Factores personales** ^(4,6):
 - Una historia personal y/o familiar de conductas violentas o disruptivas.
 - Antecedentes de abuso de alcohol y tóxicos.
 - Impulsividad, baja tolerancia a la frustración.
 - Falsedad, rasgos asociales de personalidad.
 - Circunstancias vitales estresantes, sobre todo de pérdidas reales o imaginarias.

- Factores clínicos ^(4, 6, 7):
 - Rasgos de personalidad antisocial o borderline.
 - Tienen mayor posibilidad de presentar agitación:
 - Psicosis descompensadas con síntomas catatónicos, alucinaciones que les ordenan realizar actos violentos, delirios de control, preocupaciones con fantasías violentas, irritabilidad (más que la euforia), suspicacia u hostilidad. Dentro de este grupo son los pacientes maníacos los que tienen mayor riesgo de violencia si se comparan con el resto de trastornos mentales, especialmente cuando presentan estados de ánimo disfóricos, en los que pueden pasar con facilidad de una fácil amigabilidad al enfado.
 - Trastornos mentales orgánicos: Traumatismos craneoencefálicos, demencias y episodios confusionales, epilepsia, retraso mental, sobre todo si está presente un menor control de los impulsos.
 - Abuso de sustancias, sobre todo intoxicaciones por alcohol y/o estimulantes, o bien síndromes de abstinencia de sedantes.
 - Poca adherencia al tratamiento.
- Factores interpersonales o contextuales ^(4, 6, 7):
 - 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.
 - Ingresos en unidades poco confortables, masificadas y con un entorno poco estructurado (ausencia de horarios y normas claras).
 - Los conflictos con el personal u otros pacientes pueden actuar como desencadenantes. El riesgo aumenta cuando el personal es inexperto y temporal, o el paciente percibe que el trato que recibe es descortés o inoportuno. Un exceso de personal puede también incrementar el riesgo.
 - Existencia de posibles víctimas y disponibilidad inmediata de armas potenciales.
 - Trato percibido por el paciente como excesivamente intrusivo, frustrante o distante (con evitación del contacto, charla o saludos por parte del personal).


Existen también **factores inhibidores** de la agresión, cuyo conocimiento puede ayudarnos en la prevención de los episodios de agitación ⁽⁶⁾:

- Factores personales ⁽⁶⁾:
 - Capacidad de adaptación.
 - Buenas habilidades sociales y de comunicación.
- Factores interpersonales o contextuales ⁽⁶⁾:
 - Mayor contacto directo planificado con los pacientes.
 - Disponibilidad de actividades sociales alternativas.
 - Personal bien entrenado, con tiempo de dedicación suficiente y con funciones bien definidas.
 - Confortabilidad del espacio físico.
 - Objetivos bien marcados y organización de horarios y actividades clara y predecible

b) Valoración inicial del riesgo de heteroagresividad/violencia

La valoración del riesgo de conducta violenta debe ser lo más objetiva posible, considerando el grado con el que el riesgo percibido por los profesionales puede ser verificado ⁽⁴⁾. Siempre que se pueda, se utilizarán herramientas como escalas o entrevistas estructuradas que apoyen la evaluación, sin olvidar que no existe un patrón de oro. En base a las recomendaciones encontradas en la literatura, en nuestro Hospital hemos seleccionado la Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik ⁽⁸⁾, para ser aplicada a los pacientes durante la acogida de enfermería al ingreso como screening, y la Guía para la Valoración del Riesgo de Conductas violentas (HCR-20) ⁽⁹⁾ para su aplicación por el personal facultativo durante la exploración psicopatológica.

- **Screening inicial por el personal de enfermería**

Se hará una detección inicial del riesgo con la aplicación de la escala de Riesgo de Violencia de Plutchik, diseñada para evaluar la existencia de sentimientos de agresividad y conductas violentas. Esta escala será administrada a **todos los pacientes que sean ingresados**, durante la acogida de enfermería en la planta del Hospital, o en cuanto las condiciones clínicas de aquellos lo permitan (FORMULARIO SELENE ) y sus resultados serán recogidos en el Historial Clínico del paciente **asociado al Diagnóstico Enfermero de Riesgo de Violencia Autodirigida o Riesgo de Violencia dirigida a otros, relacionándolo con los factores favorecedores identificados**.

ESCALA DE RIESGO DE VIOLENCIA DE PLUTCHIK ^(Anexo II)

Es un instrumento auto-administrado. Consta de 12 ítems, de los cuales los nueve primeros hacen referencia a la presencia de conductas agresivas y se recogen en una escala que puntúa de 0 a 3. Los ítems 10 y 11 se refieren a la existencia de

antecedentes delictivos y el ítem 12 se refiere a la existencia de armas, se puntúa 0-1. La puntuación de la escala oscila entre 0 y 34. A mayor puntuación mayor riesgo.

Los autores identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor de 3. **Un resultado ≥ 3 nos avisaría de la necesidad de un seguimiento más estrecho durante el ingreso del paciente para la detección de posibles síntomas prodrómicos de agitación/agresión, así como de la adopción de actitudes y formas de comunicación que pudieran inhibir su aparición.**

El personal de enfermería informará al facultativo responsable del paciente cuando este obtenga una puntuación ≥ 3 .

- **Exploración psicopatológica ⁽⁴⁾ por el facultativo**

El resultado de la exploración psicopatológica proporciona al clínico información sobre la presencia de algunos de los factores arriba reseñados, detectando las posibles causas de la conducta disruptiva y evaluando el riesgo potencial de daños en el paciente o los que le rodean. Posteriormente se determinarán las medidas adecuadas para prevenir la aparición de agitación y/o conductas violentas, evitar una escalada del problema y minimizar el riesgo de complicaciones ⁽⁴⁾.

GUIA PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CONDUCTAS VIOLENTAS:
HCR – 20. ^(Anexo III)

Para favorecer una **evaluación estándar del riesgo** recomendamos la cumplimentación de la Guía para la Valoración del Riesgo de Conductas violentas (HCR-20) ⁽⁹⁾ (FORMULARIO SELENE **H**).

Esta guía debe restringirse, principalmente, para los pacientes que posean una historia previa de conductas violentas o que puntúen alto en la escala de riesgo de violencia de Plutchik.

La Guía será aplicada por un facultativo (psiquiatra y/o psicólogo).

El HCR-20 es un check-list (lista de chequeo) de factores de riesgo del comportamiento violento. Se compone de 20 ítems, organizados en 10 factores del pasado ("históricos"), 5 variables presentes ("clínicos") y 5 aspectos del futuro ("de gestión de riesgo").

Un aspecto importante del HCR-20 es que incluye variables que detectan consideraciones relevantes pasadas, presentes y futuras. La estructura del informe estará formada por cuatro apartados:

La sección "histórica" que incluye una revisión de la frecuencia de delitos, el historial criminal, psiquiátrico, familiar, educativo y vocacional y cualquier otra información biográfica relevante.

La sección "clínica" incluye una descripción del estado mental del individuo en el momento del incidente o delito, así como del diagnóstico actual, los factores sintomatológicos y otros factores clínicos.... relacionados con el riesgo.

La sección "gestión del riesgo" sugiere normalmente un plan de tratamiento y proporciona indicaciones acerca de qué servicios y apoyos deben estar disponibles para el individuo si se quiere mantener el riesgo de violencia dentro de unos márgenes aceptables. **Este plan de tratamiento será debidamente informado a todo el personal que, por su trabajo, entre en relación con el paciente. Para ello se utilizarán tanto las reuniones de equipo de las mañanas, como los relevos de turnos del personal.**

La valoración de riesgo: El informe concluye con una sección de resumen de la valoración del riesgo.

2º Plan de intervención ante un paciente agitado:

a) Identificación del paciente inquieto/agitado (todo el personal)

Los actos agresivos pueden estar precedidos en los tres días anteriores de un aumento de la actividad en general, motora y verbal y de la presencia de amenazas verbales, aunque la presencia de estos en muchas ocasiones no se sigue de un acto agresivo ⁽⁴⁾. Es por esto que nos interesa conocer los Signos prodrómicos, una serie de síntomas y signos que nos pueden indicar que un paciente está inquieto y puede desencadenarse un episodio de agitación ⁽⁷⁾. Entre otros nos podemos encontrar con ^(4, 7):

- Expresión facial tensa y enfadada, contacto visual prolongado.
- Hiperactividad músculo-esquelética, aumento de la inquietud, paseos constantes por la unidad.
- Signos de ansiedad: respiración rápida, jadeo, pupilas dilatadas, hipertensión arterial y taquicardia.
- Aislamiento, irritación.
- Mutismo, negativa a comunicarse, o bien elevación del tono de voz, uso de lenguaje mal sonante (insultos, amenazas y palabras groseras).
- Alucinaciones de contenido violento.
- Pensamientos extraños, pobre concentración.
- Discusiones con otros residentes o personal. Golpes contra la mesa y otros objetos, u otros gestos agresivos.

Cuando cualquier miembro del personal detecte estos signos en un paciente, debe seguir las pautas generales de actuación.

b) Pautas generales ante el paciente potencialmente agresivo

Los pacientes agitados o agresivos despiertan emociones intensas en los profesionales: miedo, irritación, malestar; de forma que el temor subjetivo que provocan puede servir de orientación sobre el potencial de violencia del paciente y ayudar a formular un juicio ⁽⁴⁾. Ante la detección de estos signos en cualquier paciente, por parte de algún miembro del personal asistencial que en el curso de su trabajo interaccione con él, trataremos de adoptar las siguientes pautas generales:

- 1- Permanecer en nuestra propia "sintonía" emocional, independientemente de las emociones negativas que pueda aportarnos en un momento determinado el paciente.
- 2- No intentar razonar con el paciente hostil.
- 3- Aceptar el derecho del paciente a mostrarse airado, y refugiarnos en una escucha relajada, confiando que opere el contrabalanceo emocional y nos de la oportunidad de actuar.
- 4- Evitaremos pronunciarnos sobre lo que el paciente nos diga. Todo lo que digamos lo interpretará de la manera que más le interese.
- 5- Evitar las provocaciones, reconocer la situación como una crisis y no responder a los desafíos
- 6- Debemos transmitirle interés y aceptación por lo que nos dice, pero no pronunciarnos en un primer momento. El reconocimiento de un error puede desactivar de inmediato a un paciente agresivo.
- 7- Mostrar tranquilidad y control sin llegar a ser sobre-protectores o desconsiderados
- 8- Avisar al enfermero/a responsable e intentar trasladarlo al botiquín, si el incidente se ha producido en el patio, sala de terapia, comedor....El enfermero iniciará la contención verbal y ofrecerá medicación si está pautada como opcional " si agitación"
- 9- Si persiste la agitación y/o heteroagresividad avisar al facultativo (psiquiatra y/o psicólogo) responsable y conocedor del paciente, o en su ausencia al psiquiatra de guardia, a fin de valorar al paciente y establecer objetivos concretos, progresivos y asumibles que marquen la pauta a seguir, tanto en el aspecto de control clínico, como el nuevo marco comunicacional que se establezca.

Valoración por el facultativo

El **riesgo potencial de agresión** será valorado por el facultativo durante la entrevista determinando (Tardiff, 2004) ⁽⁴⁾:

- El grado de inquietud o agitación del paciente.
- La existencia o no del deseo de agredir.

- El grado de impulsividad o de planificación de las amenazas.
- Los medios de que dispone el paciente para dañar a los demás.
- Los antecedentes de violencia previa o de conductas impulsivas (conducción temeraria, actuaciones sexuales, gastos excesivos, etc.) y los factores precipitantes, las víctimas y la gravedad de los daños. A veces será necesario entrevistar a otras personas (familiares, policía, médico de familia, etc.) dado que el paciente puede haber minimizado la existencia de conductas disruptivas o la presencia de factores de riesgo ⁽⁴⁾.

Ante un cuadro de agitación y/o agresividad se ha de **evaluar** rápidamente la **etiología posible** y valorar si es debida a la existencia de ⁽³⁾:

- *Causas orgánicas*: neurológicas, tóxicas (síndromes de intoxicación o abstinencia), metabólicas. El cuadro más grave, por el riesgo vital que puede entrañar la causa subyacente, es el Delirium. Se debe sospechar cuando se trate de un cuadro de inicio agudo o subagudo, en un paciente de edad avanzada, sin historia psiquiátrica previa. Un signo frecuente es la alternancia de periodos de calma con otros de agitación, sobre todo, nocturna.

La realización de un test de CAM (Confusion Assesment Method) puede ayudar a confirmar la sospecha diagnóstica de delirium ⁽⁶⁾:

1. Inicio agudo y curso fluctuante.
2. Inatención.
3. Pensamiento desorganizado.
4. Alteración del nivel de consciencia.

(La presencia de 1 y 2, más 3 ó 4 indica delirium).

- *Psiquiátricas*: No hay alteración del nivel de consciencia, no suele existir desorientación témporo-espacial y la fluctuación es escasa. Pueden ser:

- a) Psicóticas: esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar.
- b) No psicóticas: crisis de angustia, crisis histérica, retraso mental, trastorno de personalidad.

- *Situacionales o reactivas*: reacciones de estrés agudo como duelo, situaciones catastróficas (incendios, terremotos, violaciones,...) o las desconexiones ambientales.

Esta distinción es importante dado que en el primer tipo de causas la aplicación de medidas de contención química puede resultar insuficiente (e incluso perjudicial en algunas situaciones) si no se trata el trastorno orgánico subyacente, mientras que en los otros dos casos la contención verbal adquiere mucha más importancia, incluso se puede ofrecer al paciente la opción de ser medicado con la finalidad de que pueda sentir mayor control sobre su entorno y disminuya su agitación y hostilidad ⁽⁴⁾.

Es necesario **descartar las causas orgánicas o tóxicas** que generan cuadros de agitación y/o agresividad. Para ello es necesario realizar entre otros, y cuanto antes sea posible a lo largo del proceso, los siguientes **exámenes complementarios**:

- Sistemático de sangre.
- Bioquímica hemática.
- Análisis de tóxicos en orina.
- Pruebas de neuroimagen.
- Electroencefalograma.

De todas ellas, sólo los análisis de tóxicos en orina son realizables en el hospital psiquiátrico. Ante la sospecha diagnóstica de un cuadro orgánico subyacente al episodio de agitación, sobre todo si sospechamos un delirium, el paciente debe ser contenido de la forma más rápida posible, para garantizar su seguridad, y trasladado al Hospital General Universitario Reina Sofía, con el correspondiente informe, para su completa evaluación diagnóstica y tratamiento. Los componentes del riesgo de conducta violenta/agresiva pueden cambiar en función de diferentes circunstancias, lo que exige que la **valoración sea continuada durante el período de tiempo en que se mantenga el riesgo elevado** ⁽⁴⁾.

La valoración debe quedar registrada adecuadamente (SELENE), reflejando el lugar donde se realiza (servicio de urgencias, consulta externa, hospitalización) y el profesional que la hace ⁽⁴⁾.

c) Medidas de intervención ante la aparición de un episodio de agitación y/o violento:

1. Distracciones lúdicas
2. Contención verbal
3. Tranquilización con psicofármacos
4. Aislamiento
5. Contención Mecánica

1. Distracciones lúdicas ⁽¹¹⁾:

Puede ser de utilidad como prevención de una crisis de agitación, o para la desactivación en lo posible de la misma, la ludoterapia. Esta medida facilita la liberación de la energía física, favorece el entretenimiento del paciente y aumenta su autoestima. También ejerce un efecto integrador del paciente mejorando el contacto social con otros pacientes y con el personal asistencial. **La invitación al paciente a llevar a cabo una actividad lúdica puede ser llevada a cabo por cualquier miembro del personal.**

2. Contención verbal:

Consiste en evitar que el paciente pase a la acción, sin asumir riesgo, y **puede ser llevada a cabo por un enfermero y/o facultativo**. La meta de la contención verbal es restablecer el autocontrol, facilitar la exteriorización de sus pensamientos y emociones, y la implantación de

límites de conducta claros. Es una medida terapéutica útil, en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total, para afrontar adecuadamente situaciones donde un sujeto puede tener un comportamiento hostil. Existen estrategias que pueden facilitar al profesional pasar de ser un estímulo potencialmente amenazante, a ser un apoyo más o menos inocuo.

- *OBJETIVOS*

- Lograr una alianza con el paciente que nos permita realizar una evaluación diagnóstica de presunción.
- Negociar soluciones terapéuticas en base a las propuestas que haga el paciente y a las que puede brindarle la Institución.
- Disminuir la hostilidad y la agresividad. Prevenir posibles ataques violentos.
- Informar del carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autocontrol.

- *PROCEDIMIENTO*

Pautas para mantener la seguridad el profesional, del paciente y de los que les rodean.

- Antes de hablar con el paciente, informarse lo máximo posible sobre él: antecedentes, situación clínica..., para conocer las posibilidades de manejo que ofrece la situación.
- Colocarse fuera del espacio personal del paciente (algo más lejos del alcance de sus brazos), y del lado no dominante del paciente (el lado en el que no lleva reloj).
- Asegurarse una vía de salida accesible. Si es posible, hablar en un despacho que dé intimidad, pero con la puerta abierta o semiabierta y el profesional cercano a él. No habrá obstáculos para salir del despacho, ni para el paciente para quien hable con él. Una mesa interpuesta entre ambos aumenta la seguridad.
- Evitar que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta.
- No realizar las intervenciones en solitario, siempre que sea posible.

Pautas de actuación no verbales

- Los gestos no han de ser amenazantes, ni defensivos. Evitar gestos bruscos y espontáneos.
- La actitud ha de ser abierta, tranquila, que invite al diálogo y a la privacidad.
- No mirar de forma directa y continuada al paciente. Las miradas fijas aumentan la hostilidad de cualquier individuo, sin embargo, evitarlas lo puede interpretar como signo de debilidad y miedo. Mantener al paciente dentro del campo visual.
- Intentar que paciente y profesional están sentados a la misma altura, siempre que sea posible.

Pautas ambientales

Un espacio adecuado puede tener un efecto mitigador de la conducta violenta ⁽⁴⁾. Aunque se debe intentar respetar la privacidad de la entrevista es prioritario salvaguardar la seguridad de los profesionales. Esto determinará las condiciones de la entrevista ^(1, 4)

Características de un espacio físico adecuado para la atención al paciente agitado:

- Se intentará reducir los posibles factores de irritación: luz, ruido, corrientes de aire... y evitar las interrupciones durante la intervención: llamadas de teléfono, dudas administrativas...
- Amplio, tranquilo, libre de objetos contundentes o afilados, con la adecuada disposición del mobiliario que permita la salida, sin cerrojos y un sistema de llamada al exterior para situaciones de emergencia (timbres antipánico) de fácil acceso para los profesionales.
 - ✓ En nuestro Hospital existen Pulsadores de Pánico disponibles en cada uno de los botiquines de enfermería, en el despacho del médico de urgencias (adherido al borde inferior de la mesa, señalado mediante una pegatina), caja, en la unidad de TEC, en la sala de Terapia de URME II/III, y para cada uno de los coordinadores de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras.
 - ✓ Los controles se ubican por plantas en admisión y en los controles de enfermería de UCE, URME I y URME II/III.
 - ✓ El mando debe ubicarse en un lugar accesible (mesa, exterior de la cajonera, pared,...) fijado, a ser posible, para evitar pérdidas o robo. Se acciona, en caso de emergencia, pulsando cualquiera de sus botones. Tras la pulsación salta una alarma en el control correspondiente de la planta y se lanza una llamada automática al vigilante, la cual queda retenida escuchando lo que ocurre en el control. El vigilante, los celadores y/o auxiliares de la planta acudirán en ayuda del profesional, cuya ubicación aparecerá en la centralita del control de la planta.
 - ✓ La alarma será desactivada por los celadores y/o auxiliares de la planta con el código 12341.
- Si la situación lo permite, la entrevista se realizará a solas con el paciente, aunque asegurándose que otros compañeros de trabajo estén pendientes de la situación. El profesional se situará más próximo a la salida y con suficiente distancia de seguridad. Se evitará, en lo posible, que el paciente se sienta acorralado, especialmente si tiene un trastorno paranoico.
- En el caso de que el paciente se encuentre en ese momento acompañado, se valorará si sus acompañantes ejercen una función desestabilizadora aumentando la agresividad, en cuyo caso debemos pedir que salgan de la habitación. Si por el contrario, sirven de apoyo y ayudan al control, se mantendrán presentes.
- Si el riesgo de violencia es elevado, el encuentro será con la puerta abierta y con otras personas fuera próximos a la puerta, o incluso de pie y presentes en la habitación. En este caso se situarán en el lateral o detrás del entrevistador, nunca detrás del paciente. Debe evitarse que la habitación esté llena de gente, especialmente si el paciente está inquieto y necesita pasear.

IMPORTANTE:

- No debemos exponernos a riesgos innecesarios. La presencia de personal suficiente tiene carácter persuasivo y tranquilizador. No debemos esperar a ser agredidos para avisar a personal de seguridad o policía.
- Si el paciente tiene algún arma, no se procederá a efectuar la evaluación hasta que no haga entrega de ella. Nunca debemos pedirle que nos la de en la mano, sino que la deposite en una zona neutral. Si no la entrega se deberá avisar al servicio de seguridad y a las fuerzas de orden

público. Si persiste en su actitud amenazante, no debemos exponernos a ningún riesgo: es preferible invitarle a salir o ceder a sus pretensiones mientras esperamos a las fuerzas de seguridad.

Directrices comunicacionales

- Escuchar con calma al paciente. Permitirle expresar los motivos de sus temores o enfados. No interrumpir el discurso del paciente.
- Hablar con el paciente en tono suave, relajado y seguro, y no de forma intimidatoria o provocativa. No elevar el tono de voz.
- Responder de forma tranquila, nunca con la misma hostilidad.
- 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.
- Reservarse los propios juicios acerca de lo que “debería” y “no debería” hacer el paciente.
- No buscar la confrontación de ideas, razones..., sino alianzas sencillas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad. Ofrecerle salidas airoas y ayuda.
- Ante el riesgo de violencia inminente:
 - 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 ayude a ver las cosas más Relajadamente,
 - Informarle de que se recurrirá a la sujeción mecánica 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 sujeción).

- **PRECAUCIONES (lo que nunca se debe hacer)**

- Rechazar la irritación.
- Negarse a escuchar.
- Avergonzar a la persona por su mal comportamiento.
- Continuar la negociación, habiendo comprobado que no se poseen las habilidades necesarias y/o que el paciente rechaza al profesional.
- Ofrecer medicación “para que esté más tranquilo”. Normalmente el paciente responde que ya está lo suficientemente tranquilo y provoca más hostilidad. Por ello se aconseja ofrecer medicación “para ayudar a ver las cosas más relajadas”, “para no pasar este momento tan desagradable sin apoyo”, “Para lograr que dialogue con suficiente bienestar”, “para disminuir el nivel de tensión y que pueda encontrarse psicológicamente mejor”...

3. Tranquilización con psicofármacos ^(1, 4):

El responsable de esta medida es el psiquiatra. Se debe tomar como una medida coadyuvante y no como un sustituto del abordaje verbal. El paciente podría sentirse no escuchado y frustrado con lo cual el medicamento vería mermada su eficacia ⁽¹¹⁾. Cuando las técnicas de desescalada (intervención verbal) y las medidas conductuales (reducción de estímulos externos, restricción de movimientos, aislamiento estimular y relacional preventivo) no han sido suficientes, utilizaremos medidas de contención farmacológica. Estas serán necesarias en la mayoría de los casos de agitación tanto de origen orgánico como psiquiátrico; es más, generalmente la necesidad de contención mecánica [Protocolo de Contención Mecánica ^(Anexo IV)] va a precisar generalmente de sedación farmacológica.

Las consideraciones legales de la aplicación de un tratamiento farmacológico en un paciente agresivo y/o violento serán las mismas que cuando realizamos otras intervenciones terapéuticas no consentidas por el paciente cuya capacidad de toma de decisiones está reducida por su estado psicopatológico.

–Tranquilización Rápida

- Consiste en el uso de fármacos para calmar o sedar ligeramente al paciente agitado y así reducir el riesgo de que se lesione a sí mismo o a otros. Busca disminuir de forma rápida el estado de intranquilidad, alcanzando una calma suficiente sin llegar a una sedación completa con pérdida de la consciencia, que podría tener complicaciones importantes. El fármaco ideal es el que consigue una rápida sedación, disponible por cualquier vía de administración, que requiera el menor número de dosis administradas, y con mínimos efectos secundarios. Sigue abierto a debate qué fármaco utilizar, o qué vía o dosis son más efectivas.
- Se prefiere, siempre que sea posible, la administración del medicamento por vía oral y, en su caso, la intramuscular. La vía intravenosa presenta más riesgos cardiorrespiratorios. Se utilizarán pautas que implican de una a cuatro dosis distribuidas a intervalos de 30 a 60 minutos.
- Se ha de efectuar un registro de las prescripciones en la historia clínica del paciente (SELENE) evitando el uso de abreviaturas (como v.o. ó im).
- Si el paciente está sometido al protocolo de contención mecánica, deberá estar en observación permanente y si se consigue el efecto del tranquilizante deberá reevaluarse la interrupción de la medida.

– Pautas de administración de los tranquilizantes

- En el paciente moderadamente agitado, con crisis de ansiedad o situacional, que acepta medicación oral y no presenta síntomas psicóticos ni consumo de alcohol, se administrará una benzodiacepina vía oral, por ejemplo 1 ó 2 mg. de lorazepam. También se puede administrar

una de vida larga, pero de inicio de acción rápido, como el diazepam 5 a 10 mg. Se pueden repetir las dosis cada 30 minutos hasta conseguir la tranquilización. Cuando el paciente no

acepta la vía oral, debemos tener en cuenta que la absorción de benzodiazepinas por vía intramuscular es irregular.

- Si hay historia de consumo de alcohol o sedantes y se trata de una intoxicación con alteración de la conducta, se utilizarán de inicio y según el grado de agitación, dosis bajas de neurolépticos, preferiblemente los de alta potencia (5 mg de haloperidol: 50 gotas oral ó 1 ampolla intramuscular) que se puede repetir a los 45 minutos en función de la evolución.

- Si se sospecha un Síndrome de abstinencia, la elección serán las benzodiazepinas como diazepam 10 mg. cada 6 h.; ó cloracepato 50 mg. cada 6 h.; ó lorazepam 2 mg., cada 6 h. Otra opción es utilizar clometiazol 576 mg (3 cápsulas) cada 6 h. En general no son aconsejables los neurolépticos, sobre todo Haloperidol, por disminuir el umbral convulsivo especialmente ante delirium tremens, cuadro de abstinencia a Benzodiazepinas o agitaciones con fondo comicial.

- Si se sospecha una intoxicación por sustancias, como anfetaminas, cocaína o fenciclidina también se aconsejan las benzodiazepinas pudiendo añadir 5 a 10 mg de haloperidol si aparecen síntomas psicóticos. En intoxicaciones por fenciclidina hay que tener precaución con el haloperidol porque puede empeorar la agitación.

- Si el paciente tiene antecedentes o clínica psicótica Se utilizarán neurolépticos, siendo de elección el haloperidol. Si admite la vía oral se aconseja utilizar una posología de 5 mg (50 gotas), repetida si es necesario a los 30 minutos, pudiendo añadir al haloperidol 1 ó 2 mg de lorazepam. Si no admite la medicación oral se administrarán 5 a 10 mg intramusculares repetidos cada 30 minutos hasta conseguir la sedación (máximo de 100 mg al día para un adulto). Como posibles efectos adversos destacables: distonía aguda, que se puede tratar con biperideno 2,5-5 mg. im., y acatisia aguda con Benzodiazepinas.

Otra alternativa es el Zuclopentixol acufase. Las dosis habituales utilizadas son 50 a 150 mg (1-3 ml) por vía intramuscular, recomendando 100 mg. como dosis única. Podría estar indicado ante el riesgo de agresividad persistente ya que consigue mantener niveles plasmáticos de 2 a 3 días. Efectos secundarios destacables extrapiramidales

Otra opción es administrar junto al haloperidol 10-20 mg de diazepam ó 50 mg de cloracepato dipotásico, sobre todo si hay inquietud, lo que permite además emplear dosis más bajas de neurolépticos.

Si se administran neurolépticos de baja potencia como la clorpromazina, se puede alcanzar antes la sedación (25 ó 50 mg., evitando repetir antes de 4 ó 5 horas, ya que es el tiempo que tarda en alcanzar la actividad máxima y aumenta el riesgo cardiorrespiratorio), pero tiene más efectos secundarios de tipo anticolinérgico, tales como, hipotensión, arritmias, confusión, etc.

- La utilización de neurolépticos atípicos se está incorporando a la práctica clínica habitual por su mayor seguridad y menores efectos secundarios:

Olanzapina. La dosis inicial recomendada para la inyección de Olanzapina es de 10 mg, administrada en una sola inyección intramuscular. Se puede administrar una dosis inferior (5 mg o 7,5 mg) a la recomendada, según el estado clínico del individuo. Se puede administrar

una segunda inyección de 5-10 mg, dos horas después de la primera, según el estado clínico del individuo. La dosis máxima diaria de Olanzapina (incluyendo Olanzapina oral) es de 20 mg, en no más de tres inyecciones en cada período de 24 horas.

Risperidona, Disponibilidad limitada de presentaciones. Sólo existen para cuadros agudos en presentación oral (comprimidos, flas o solución). Dosis inicial recomendada 2 mg. Dosis máxima al día 9 mg. Las dosis por encima de 10 mg/día no han demostrado ser más eficaces que las dosis más bajas y aumentan el riesgo de síntomas extrapiramidales

Ziprasidona 40 mg. dos veces al día. Dosis máxima al día 160 mg. (vía oral). La dosis recomendada para la vía intramuscular es de 10 mg, administrada a demanda hasta una dosis máxima de 40 mg al día. Se pueden administrar dosis de 10 mg cada 2 horas. Algunos pacientes pueden requerir una dosis inicial de 20 mg a la cual le puede seguir una nueva dosis de 10 mg transcurridas 4 horas. Después pueden administrarse dosis de 10 mg cada 2 horas hasta una dosis máxima diaria de 40 mg. No se ha estudiado la administración intramuscular de Ziprasidona durante más de 3 días consecutivos.

Hay que considerar el aumento del riesgo de enfermedad cerebrovascular y muerte cuando se utilizan neurolépticos atípicos en pacientes de edad avanzada. Por ello se recuerda que la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo estableció para el grupo de antipsicóticos atípicos la exigencia a partir del 1 de febrero de 2005 de restricción de su uso en mayores de 75 años a las indicaciones terapéuticas recogidas en la ficha técnica así como a visado de inspección previo a su dispensación. En ancianos, como norma, se debe reducir la dosis a la mitad. Se recomienda el uso de Haloperidol en los cuadros con agresividad o agitación severa. La Risperidona se usará con precaución por el aumento de riesgo de accidentes isquémicos cerebrales, y si presentan demencia asociada, se evitará la Olanzapina por aumento de accidentes isquémicos y mortalidad global demostrada.

- Si la agitación es por una causa orgánica se recomienda haloperidol 3 mg (30 gotas) por vía oral ó 5 mg (1 ampolla) por vía intramuscular, repitiendo cada 30 ó 45 minutos hasta un máximo de 12 mg (120 gotas) ó 4 ampollas. Es el más seguro salvo en casos en los que haya posibilidad de bajar el umbral convulsivo tales como delirium tremens, abstinencia a benzodiacepinas, agitaciones comiciales o en cuadros extrapiramidales.

- Las **complicaciones** más frecuentes de la tranquilización rápida con psicofármacos son: pérdida de la conciencia, fallo de la vía respiratoria, colapso cardiorrespiratorio. Otras complicaciones pueden derivarse de las interacciones con tóxicos que el paciente hubiera podido ingerir o de la existencia de enfermedades médicas subyacentes.

- **La tranquilización con psicofármacos es una medida puntual y de carácter temporal.** Siendo una intervención rápida, los efectos desencadenados favorables y especialmente los no favorables (complicaciones) deben de estar previstos de antemano, y en especial las medidas

correctas para paliarlas, por ello es necesario tener acceso a un equipo médico que pueda intervenir con carácter de urgencia (psiquiatra, internista, intensivista, etc.) y una equipación de soporte vital adecuado (carro de paradas, medicación de urgencias, tomas de oxígeno etc.).

4. Aislamiento ⁽¹¹⁾:

Cuando el estado de agitación del paciente es ocasionado por estímulos externos como la televisión, la radio, las personas que le rodean..., lo que puede ocurrir por ejemplo en los delirios autorreferenciales, puede ser efectivo el llevar al paciente a un lugar más tranquilo, alejado del estímulo que le está alterando. Esto no supone en ningún caso encerrar al paciente en la habitación lo cual estaría completamente contraindicado. Esta medida puede ser llevada a cabo por cualquier miembro del personal, informando siempre al facultativo responsable.

5. Contención mecánica ^(Anexo IV):

Se trata de una medida excepcional como último recurso cuando las otras estrategias han fallado ⁽²⁾. **La decisión de su aplicación debe ser tomada por el psiquiatra responsable del caso o, en su defecto, por el psiquiatra de guardia. En caso de extrema urgencia, y ante la ausencia de ambos, será el enfermero el encargado de tomar la decisión y comunicarlo inmediatamente al psiquiatra para que ratifique y se responsabilice de la decisión** ^(4, 6). En cualquiera de los casos, quedará siempre reflejado por escrito en la historia y el psiquiatra completará el formulario de contención disponible en Selene.

Previamente a su realización debe informarse al paciente del motivo por el que se llevará a cabo, y cuáles son las opciones terapéuticas, sin demorarse más de lo necesario, pero permitiendo una posible colaboración por parte de aquel, explicándole que tiene una función terapéutica y que no se trata de un castigo ^(2, 6). Una vez iniciado el proceso no debe darse marcha atrás, siendo preferible reevaluar la situación tras un breve periodo de sujeción y tras la administración de la medicación adecuada ⁽⁶⁾.

El objeto de la contención mecánica es la protección del paciente, de otros pacientes, de la familia y/o del personal cuando han fracasado las anteriores medidas para contener la agitación. Su aplicación no siempre requiere que la situación violenta se haya producido, sino que los profesionales estimen de forma razonada que esta se puede producir de forma inminente ⁽⁴⁾.

Otras indicaciones para la contención mecánica pueden ser la prevención de una grave interrupción del programa de tratamiento (vías, sistemas de soporte, sondas,..) o un daño al entorno, o cuando lo solicita voluntariamente el paciente y existe justificación clínica o terapéutica ^(4, 6).

En el caso de requerirse esta medida se seguirá el Protocolo de Contención Mecánica aprobado en el Hospital, según el cual deben establecerse la pauta de seguimiento, de reevaluación de la medida de contención, las variables físicas y mentales a monitorizar, etc., además de aplicar las medidas médico legales establecidas en el mismo y notificarlo a la familia con el consentimiento del paciente ⁽⁴⁾.

Todos los miembros del equipo han de conocer el protocolo y estar entrenados para su aplicación sabiendo el papel a desempeñar en cada momento. Se aconseja un mínimo de cinco personas (enfermeros, auxiliares, celadores y/o personal de seguridad). Es importante la realización de cursos de entrenamiento sobre el uso de medidas de contención física ⁽⁴⁾. Es un error intentar contener físicamente al paciente sin contar con los medios o fuerza suficientes ⁽²⁾. La retirada de la medida será por orden médica tras la valoración del paciente. Este no debe ser informado hasta que se vaya a hacer. Durante la misma debería estar presente el personal necesario por si fuera necesaria una nueva contención, y debe realizarse paulatinamente, valorando la respuesta del paciente durante el proceso ⁽¹¹⁾.

3º Registro Informático de los episodios de agitación/heteroagresividad

a) Escala de agresividad manifiesta. OAS ^(Anexo V)

Cada vez que tenga lugar un episodio de agitación/heteroagresividad se utilizará la Escala de agresividad manifiesta ⁽¹⁰⁾, OAS (formulario disponible en Selene 📄) para registrar las características del episodio, así como la intervención aplicada. **Dicho formulario será completado por la persona de mayor categoría profesional que haya intervenido en el episodio identificado.**

Es una escala que pretende evaluar la calidad de los incidentes agresivos individuales. Es fácil de manejar y nos permite evaluar la frecuencia y el grado de la conducta violenta y agresiva. Las evaluaciones se basan en informes estandarizados de los miembros del personal expuestos a incidentes agresivos.

Agresividad verbal, agresividad física contra uno mismo, agresividad física contra objetos y agresividad física contra otras personas son las variables que han de evaluarse, así como la intervención que se realice ante la conducta agresiva.

b) Parte de comunicación de accidentes ^(Anexo VI)

En caso de que algún miembro del personal, como resultado del episodio de agitación/agresión, sufra una **lesión física y/o psíquica**, deberá comunicarlo como accidente de trabajo. Para ello el inmediato superior deberá rellenar el parte de comunicación de accidente.

c) Registro informático de agresiones

Tal como se establece en el Plan de Prevención de las Agresiones a los Profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia, aprobado en el comité de Seguridad y Salud del SMS de fecha 27 de junio de 2005, debe realizarse el registro de las agresiones que se produzcan en el Centro para proceder a su análisis pormenorizado y obtener un mapa de riesgos con el que adoptar las medidas necesarias para prevenirlas de la forma más eficaz.

Entendemos que **el concepto de agresiones debe ser interpretado en sentido amplio, registrando por tanto no sólo las agresiones físicas, sino también los insultos, daños de material y equipos que se produzcan durante las mismas, las amenazas y las conductas análogas.** También se incluyen en este concepto las conductas que puedan considerarse como procaces e inmorales. No se consideran agresiones aquellas situaciones catalogadas exclusivamente como accidente de trabajo, ni aquellas que se produzcan entre compañeros de trabajo.

El personal sanitario del SMS agredido **tiene a su disposición un servicio jurídico** que presta asistencia, asesoramiento jurídico y defensa en Tribunales.

El **registro debe ser efectuado por el trabajador que sufre la agresión o por cualquier otro trabajador presente** en el centro en ese momento. Para ello cumplimentará todos los datos que se le solicitan en la pantalla informática de registro inicial y siguientes. La cumplimentación es muy sencilla, y no requiere conocimientos especiales. La misma aplicación proporciona ayuda sobre las posibles dudas que puedan surgir.

Al margen del registro informático, **siempre que se produzca una agresión en el Centro se avisará al psiquiatra responsable del paciente agresor, o en el caso de que este no se encuentre presente, al psiquiatra de guardia.** Además de tomar las medidas pertinentes sobre el paciente agitado/violento según el protocolo, el psiquiatra lo valorará psicopatológicamente, así como las circunstancias de la agresión, para dejar constancia del episodio en el historial clínico del paciente. En este informe **deben quedar reflejados todos aquellos datos que puedan ser pertinentes para dilucidar sobre la capacidad de juicio y el grado de responsabilidad del paciente sobre lo sucedido.**

4º Evaluación del episodio

Tras el episodio es necesario que el **facultativo responsable reflexione junto con el paciente** lo sucedido, haciendo énfasis en la experiencia subjetiva del paciente y ayudándole a tomar conciencia de su forma de procesar la realidad y su situación emocional. Es importante que se

busquen con el paciente opciones que ayuden a prevenir nuevos episodios y establecer un plan terapéutico consensuado en el que el paciente participe y aprenda de la situación ⁽⁴⁾.

También es conveniente que lo sucedido sea **elaborado con otros pacientes en reuniones de la unidad**, donde estos puedan expresar su vivencia ante las agresiones ocurridas o las medidas de control establecidas por el equipo terapéutico ⁽⁴⁾.

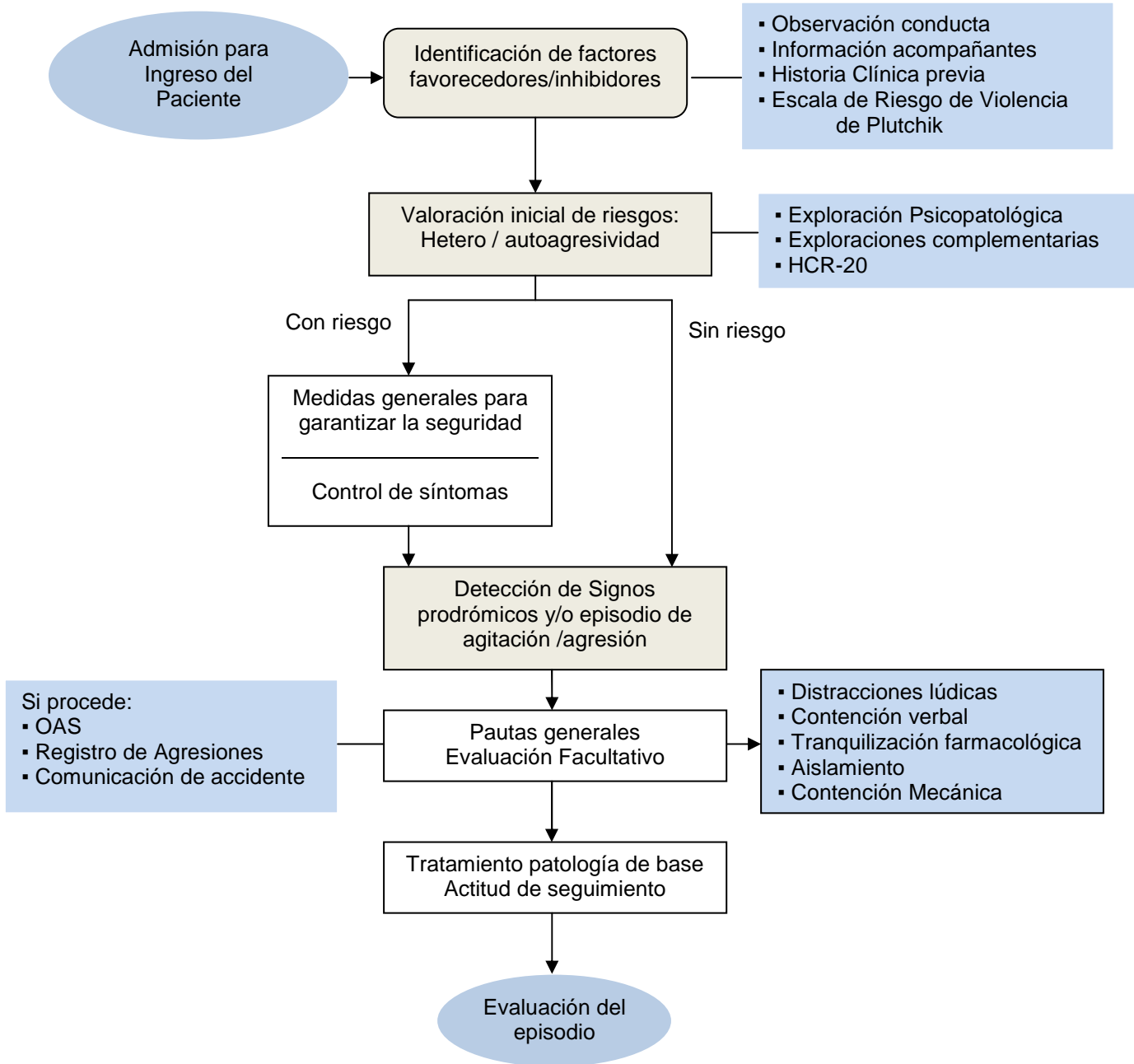
Por último es necesario discutir el episodio **con el equipo terapéutico** para entender mejor lo ocurrido, poner en común observaciones sobre las variables que disparan situaciones de agresividad en la unidad o con un paciente en concreto, repasar las medidas adoptadas y reflexionar sobre posibles mejoras en el futuro ⁽⁴⁾.

El resultado de estas discusiones debe quedar registrado en la historia clínica del paciente (SELENE).

7. PERIODICIDAD DE LA REVISIÓN

Este protocolo debería ser revisado con una periodicidad bianual.

8. CUADRO RESUMEN



Adaptado de Téllez Lapeira, J.M. et al. *El paciente agitado*. Guías Clínicas. Fisterra.com. 2006.

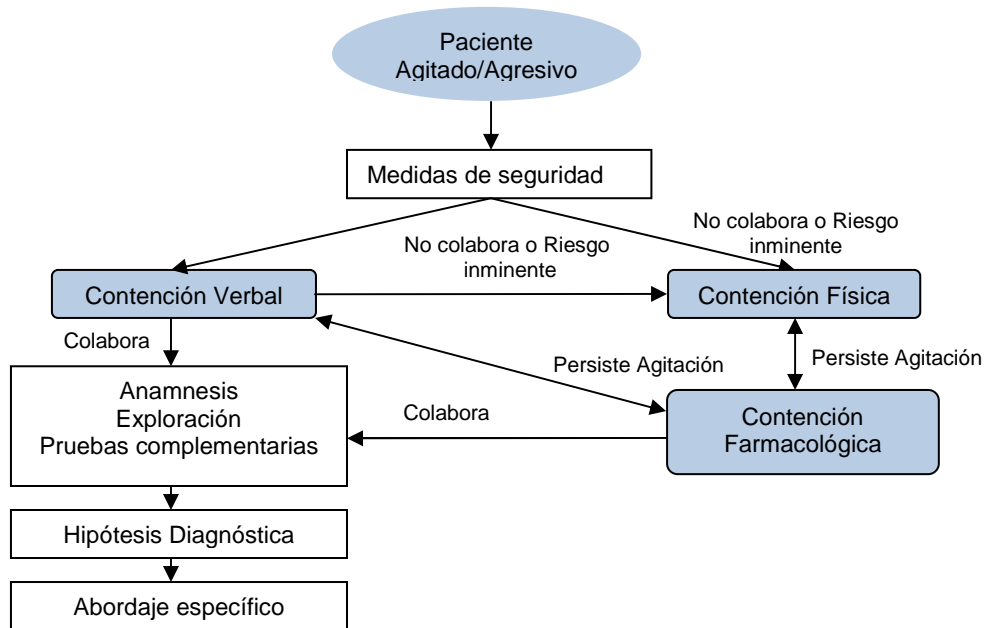
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE AGRESIVO Y/O VIOLENTO ⁽⁴⁾

ACCIÓN	TIEMPO	RESPONSABLE	CONTENIDO	INSTRUMENTO	RESULTADO
Identificación de factores de riesgo	Admisión y acogida del paciente	Enfermería	Antecedentes previos	Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik	Registro en la Hª Clínica. Adopción de precauciones.
Valoración psicopatológica y del riesgo	Entrevista con facultativo	Facultativo	Valoración síntomas psicopatológicos. Elaboración hipótesis diagnóstica. Valoración factores de riesgo y protección. Establecimiento de relación terapéutica. Elaboración plan de protección	Entrevista clínica. Escala HC-20	Registro en Hª Clínica. Diagnóstico de la patología subyacente. Valoración del grado de riesgo para el paciente y para los demás. Petición de exámenes complementarios. Adopción por escrito de medidas preventivas: Creación de un ambiente protector, eliminar estímulos contextuales de agitación, etc.
Plan de protección y tratamiento	Tras la valoración del riesgo	Psiquiatra, internista, psicólogo, enfermero	Reducir los factores de riesgo. Maximizar los factores de protección. Asignar responsabilidades Instaurar tratamiento	Plan de cuidados. Manejo de factores ambientales.	Registro de medidas adoptadas en la Hª Clínica. Registro del tratamiento instaurado en la Hª Clínica.
Identificación de signos prodrómicos de alarma	En cualquier momento del proceso asistencial	Cualquier profesional del Hospital	Observación de actitudes y comportamientos de inquietud, agitación y/o conducta antisocial	Relación de signos prodrómicos. OAS Observación	Aviso a enfermería y/o facultativo. Registro documentado en Hª Clínica. Adopción de medidas preventivas. Creación de un ambiente protector.
Realización de exámenes complementarios prescritos por psiquiatra	En cuanto sea posible	Enfermería	Identificar o descartar alteraciones físicas o tóxicos	Bioquímica, Hemograma, Serología, tóxicos en orina, pruebas de neuroimagen, etc.	Diagnóstico Diferencial. Registro en Hª Clínica. Informes de Resultados.
Aplicación técnicas de desescalada de la agresividad	Desde la identificación de signos prodrómicos y a lo largo de la intervención	Todos los profesionales que intervengan en cada momento, salvo la Contención verbal, que será llevada a cabo por un enfermero y/o facultativo.	Disminuir la tensión del paciente favoreciendo un ambiente de confianza y seguridad	Relación profesional. Control de la comunicación no verbal. Evitar amenazas. Ambiente de respeto y protección. Contención verbal. OAS	Tranquilización del paciente. Anotación en Hª Clínica
Tranquilización farmacológica	En el momento que el psiquiatra considere conveniente o cuando falla la desescalada verbal	Enfermería, y si fuera necesario, ayudada por auxiliares, celadores, y excepcionalmente por personal de seguridad	Rápida disminución de la intranquilidad para aminorar los riesgos de la agitación	Fármacos tranquilizantes. Hojas de registro de prescripciones. Observación adecuada al grado de sedación. Observación de efectos secundarios. OAS	Tranquilizar al paciente. Prevención de los riesgos asociados al uso de tranquilizantes



ACCIÓN	TIEMPO	RESPONSABLE	CONTENIDO	INSTRUMENTO	RESULTADO
Contención Mecánica	Cuando la situación clínica lo aconseje	Facultativo. Excepcionalmente, y mientras se localiza al facultativo, enfermería tomará la iniciativa en caso de emergencia. Equipo asistencial	Proteger al paciente de dañarse a sí mismo o a los demás	Material homologado. Procedimientos de contención y asignación de responsabilidades. Formación continuada. OAS	Aplicación Protocolo de Contención Mecánica. Anotación en Hª Clínica. Formulario de Contención
Registro de Agresión	Cuando algún miembro del personal sea agredido	Miembro del personal agredido. Facultativo responsable	Comunicación informática de la agresión. Registro de estado psicopatológico del paciente y relación de lo sucedido	Registro informático de agresiones. OAS	Anotación en Hª Clínica. Comunicación informática de la agresión
Elaboración del episodio	Tras la finalización de la conducta y en una fase de estabilidad psíquica	Psiquiatra responsable y Psicólogo	Análisis en la relación terapéutica del episodio y elaboración intrapsíquica. Análisis por el equipo de los factores precipitantes y de la actuación realizada	Reuniones de equipo. Reuniones ordinarias entre pacientes y profesionales	Aprendizaje a partir de la experiencia para el paciente y el equipo. Modificación si es necesario del protocolo de actuación. Incorporación de acciones de mejora. Elaboración de metas específicas en el tratamiento del paciente con relación a la agitación/agresividad

Adaptado del *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.



Adaptado de Fernández Gallego, V. et al. *Manejo inicial del paciente agitado*. Emergencias, 2009.

BIBLIOGRAFÍA

1. Téllez Lapeira, J.M.; Villena Ferrer, A.; Morena Rayo, S.; Pascual Pascual, P.; López García, C. *El paciente agitado*. Guías Clínicas. Fisterra.com. 2006.
2. 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. *El Paciente Agitado*. Recomendación Científica 10/05/09 de 25 de junio de 2009 de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias.
4. *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.
5. Hyman, S.; Tesar G. *Manual de urgencias psiquiátricas*. Masson. Barcelona. 1995.
6. Gascón Borrachina, J.; Rojo Rodes, J.E.; Salazar Soler, A.; Tomás Vecina, S. *Guía Práctica de Manejo Terapéutico y Prevención en el Paciente Agitado*. Master Line & Prodigio, S.L. Madrid, 2004.
7. Negro González, E.; García Manso, M. *El paciente agitado: Planificación de cuidados*. Nure Investigación, 2004; Nº 6.
8. Plutchik, R.; van Praag, H.M. *A self-report measure of violence risk*, II. Compr Psychiatry, 1990; 31: 450-456.
9. Webster, CH. D.; Douglas, K.S.; Eaves, S.; Hart, S. *HCR-20. Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos*. Adaptada por Hilterman, E.; Pueyo, A. A. Grup d'Estudis Avançats en Violència (GEAV). Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona, 2005.
10. Yudofsky, S.C.; Silver, J.M.; Jackson, W.; Endicott, J.; Williams, D. *The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression*. Am J Psychiatry, 1986; 143: 35-39.
11. Sevillano Arroyo, M.A. *Abordaje al paciente agitado. Protocolo de enfermería para la contención mecánica*. Psiquiatría.com. 2003, 7 (3).
12. Ramos Brieva J.A. *Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento*. Barcelona: Masson; 1999.
13. Rubio, G.; Montero, I.; Jáuregui, J.; Salvador, M.; Marín, J.J.; Santo-Domingo, J. *Validación de la escala de riesgo de violencia de Plutchik en población española*. Arch Neurobiol. Madrid, 1998; 61: 307-316.

ANEXOS

ANEXO I

DATOS DE AGRESIONES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA

El Hospital Psiquiátrico Román Alberca es un centro de atención especializada, centrado en el tratamiento de pacientes psiquiátricos, siendo el hospital de referencia para el ingreso de pacientes psiquiátricos agudos del área IV y V del SMS, y de toda la Región de Murcia para el ingreso de pacientes que requieren una estancia media. Dispone de 100 camas divididas en 3 unidades de hospitalización (UCE, URME 1 y URME 2-3) y 7 para TEC. Además dispone de un Servicio de Urgencias/Admisión donde se recibe a los pacientes y el Centro de Día donde los pacientes acuden a talleres desde pisos tutelados o su domicilio. En los últimos 5 años (2006-2010) ha tenido una ocupación media del 75% de las camas, con una media de 643,8 ingresos/año en planta de hospitalización, 921,6 pacientes/año en TEC y 26,8 nuevas admisiones/año en Centro de día.

Actualmente tiene una plantilla aproximada de 195 trabajadores, de los cuales 65 son varones y 130 mujeres. Dispone de 6 unidades de asistencia: urgencias-admisión (10 trabajadores), TEC (4 trabajadores), UCE (40 trabajadores), URME 1(40 trabajadores), URME 2-3(45 trabajadores) y Centro de Día (15 trabajadores), así como personal de gestión y mantenimiento. Por categoría, la plantilla se divide en 15 médicos, 6 facultativos de otro campo, 44 enfermeros, 18 terapeutas/terapeutas ocupacionales, 77 auxiliares de enfermería, 14 celadores y 21 trabajadores de otras categorías.

Entre el 2006 y el 2010 se han registrado en la base de accidentes de trabajo 137 incidentes. De estos, 38 se han clasificado como actos de violencia física por parte de los usuarios sin intencionalidad y 27 con intencionalidad, siendo las agresiones el tipo de accidente más frecuente en este hospital. Desde el 2006 existe un web para la declaración de agresiones en el SMS donde se registran tanto las agresiones físicas como las verbales. Entre el 2006-2010 se han registrado un total de 76 trabajadores agredidos en 58 agresiones. La declaración de agresiones ha sido muy desigual en estos 5 años. Podemos decir que tenemos una media de 15 trabajadores agredidos/año, con un índice de incidencia medio del 83,33 por cada 1000 trabajadores/año.

Desde la dirección del centro se han llevado a cabo actividades de diversa índole en los últimos años dirigidas a la disminución de esta incidencia, entre las que destaca:

- Información sobre el plan de prevención de las agresiones del SMS y revisión para la optimización de la declaración de las agresiones durante el 2008.
- Curso a los trabajadores sobre "Comunicación con el enfermo psiquiátrico" durante 2009
- Colocación de mampara de seguridad en admisión en 2009.
- Colocación de timbres antipánico en los despachos y botiquines 2009/2010

- Revisión del Protocolo de Contención

Para completar estas acciones en el último Comité de Seguridad y Salud celebrado el 25 de Noviembre de 2010 se decidió desarrollar un protocolo de actuación frente al paciente agitado/agresivo que permitiera al trabajador identificar las situaciones de riesgo y conocer las medidas a llevar a cabo para prevenir estas agresiones. Para conocer los factores que pueden estar favoreciendo el desarrollo de agresiones en el centro, se ha llevado a cabo un análisis de las agresiones declaradas en la web de agresiones del SMS del 2006 al 2010.

Para la clasificación de estos factores nos hemos basado en los factores inhibidores y favorecedores descritos en el protocolo y en el modelo NOW de descripción y explicación de los encuentros agresivos en el entorno sanitario, según el cuál son los factores de interacción junto con determinados factores personales del paciente, determinados factores personales del trabajador y del ambiente los que favorecen un sentimiento de seguridad o, por el contrario, fomentan la agresividad que puede llevar a una agresión si se presenta un estímulo de disparo oportuno y si se toma una decisión en este sentido. Los resultados obtenidos son:

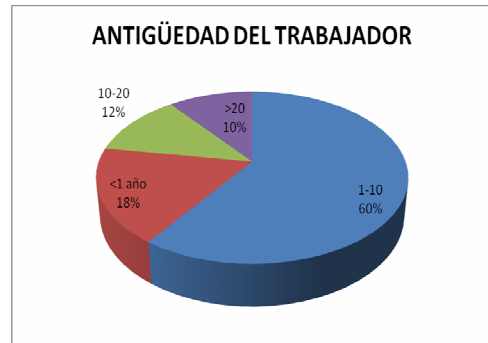
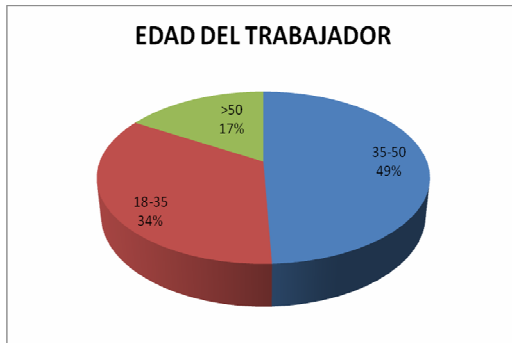
- **Factores personales del trabajador:**

El trabajador agredido ha sido mujer en un 64,4%, entre 35 y 50 años en casi el 50% de las agresiones, que lleva trabajando en el hospital entre 1 y 10 años en un 59,7%. No tiene antecedentes médicos de interés en un 75% de los casos y su profesión es la de auxiliar de clínica en un 50%. De los agredidos un 42,7% lo ha sido en más de una ocasión.

Los trabajadores de mayor edad son los menos agredidos de forma que los mayores de 50 años representan el 16,4%, disminuyendo también las agresiones con los años de experiencia (>20 años 10,4%).

De todos los trabajadores agredidos un 5% ha recibido asistencia sanitaria, un 4% asistencia psicológica y un 1% asistencia jurídica, denunciando el 2,6%.

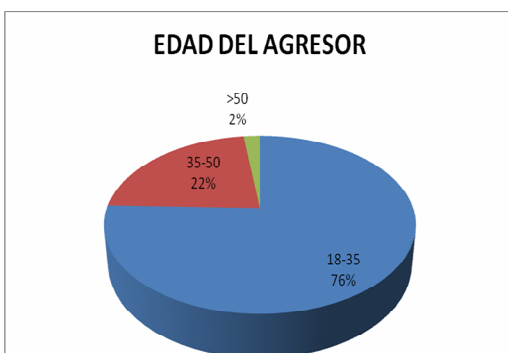
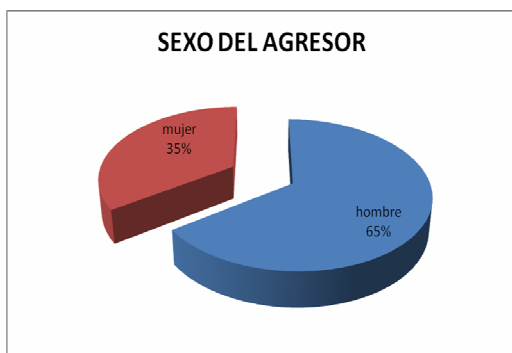


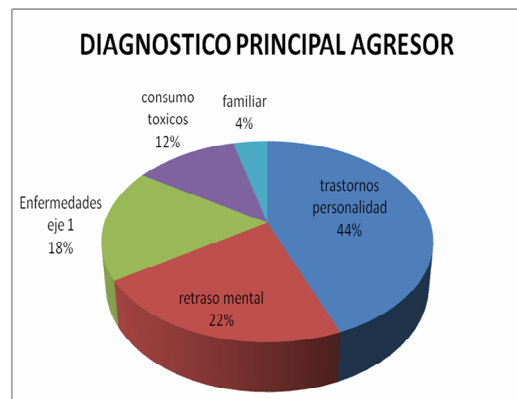
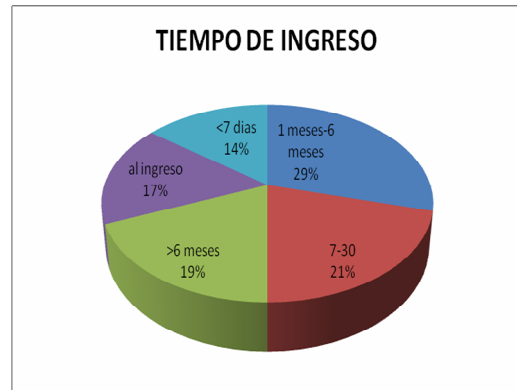
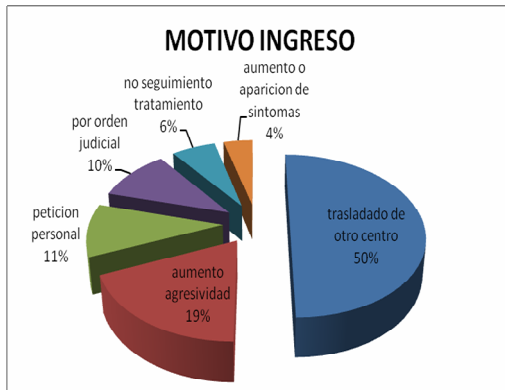


- Factores personales del paciente:**

El agresor es un varón en el 65,3% de las agresiones registradas, que tiene entre los 18-35 años de edad en el 73,5% de los casos, que está ingresado en una unidad de media estancia en un 61,3% y presenta historia de agresividad previa, ya sea como causa de ingreso o durante su internamiento en un 95,8% de las agresiones. Estudiando su diagnóstico principal vemos que es un trastorno de la personalidad en un 44% y un retraso mental en un 22%. Los agresores están ingresados de forma involuntaria en un 89,6% de los casos y han llegado trasladados de otros centros en un 50%, normalmente por la dificultad de control a nivel ambulatorio. En el primer mes de ingreso se producen el 52,8% de las agresiones, concentrándose en la primera semana el 31,5%. En el 49,3% de los casos el agresor implicado aparece en las agresiones a otros trabajadores.

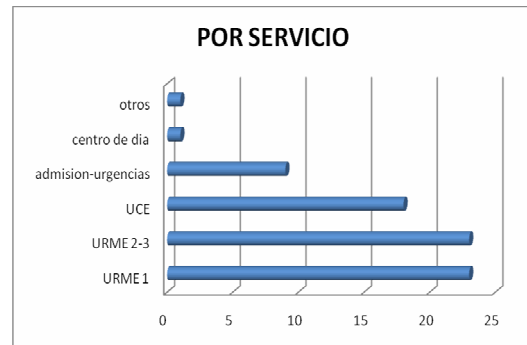
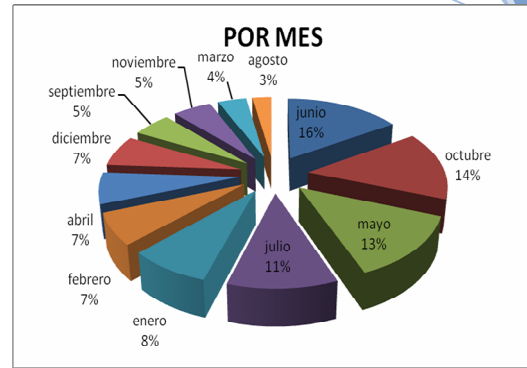
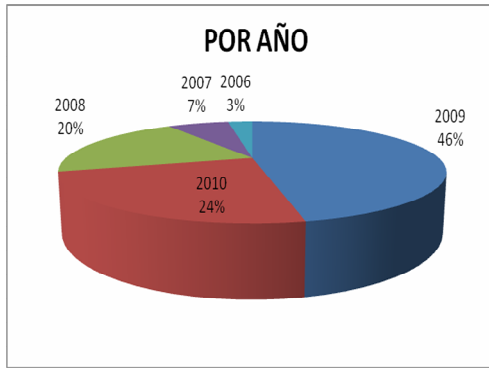
Los pacientes que no tienen historia de agresividad previa sólo han supuesto el 4,2% de los casos y un 24% del total de agresores sólo han agredido a un trabajador. Los pacientes de mayor edad suelen agredir menos de forma que sólo hay un agresor de más de 50 años.





- **Datos ambientales y de las condiciones de trabajo:**

Desde el inicio del Programa de Prevención de Agresiones en el 2006, el año donde más trabajadores han sufrido agresiones fue durante el 2009 con un 46.1% del total de agresiones declaradas después de una campaña de concienciación de la importancia de su declaración llevada a cabo desde la Dirección del centro y los sindicatos. Los meses del año donde más agresiones se han dado son Junio, Octubre y Mayo que suman el 44% del total, siendo el mes de menor incidencia Agosto. Respecto al momento del día, el 63,2% del total de las agresiones se ha dado en turno de tarde. El lugar más frecuentemente registrado ha sido en la planta de hospitalización con un 62,7%, siendo las URME'S donde más agresiones se han dado. En las evaluaciones de riesgo no se han recogido mediciones de condiciones ambientales fuera de los límites de la normalidad en ningún servicio.

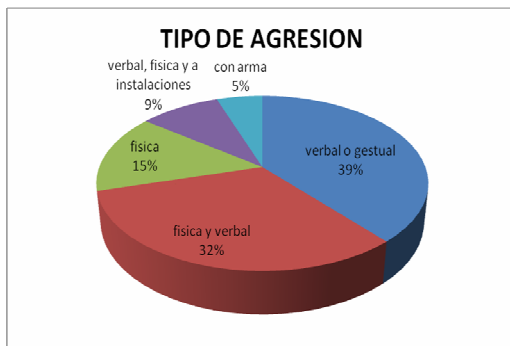


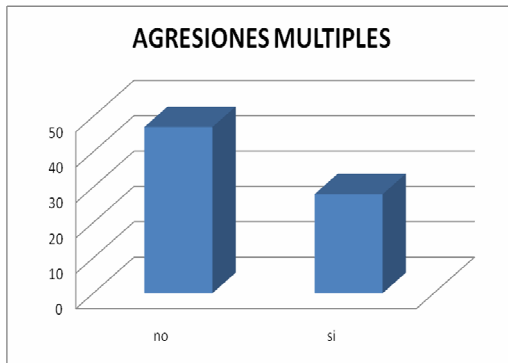
• **Factores de la interacción:**

De las agresiones registradas un 38,7% solo han sido verbales o gestuales mientras que en el resto ha habido alguna demostración de agresividad física, ya sea con arma, sobre el personal o sobre las instalaciones.

Las agresiones se han dado sobre un único trabajador en un 61,8% pero en el 80% de los casos se ha registrado la presencia de testigos. La presencia o no del vigilante no ha sido registrada adecuadamente en casi la mitad de los casos

En el momento de la agresión el trabajador estaba realizando tareas de control y vigilancia de pacientes en un 43,4%, seguido de "informando de normas" que supondría un 14,5%.



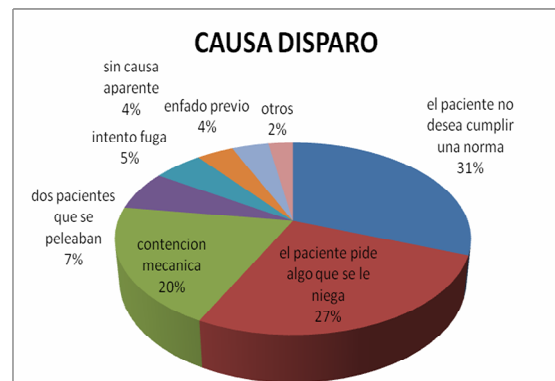
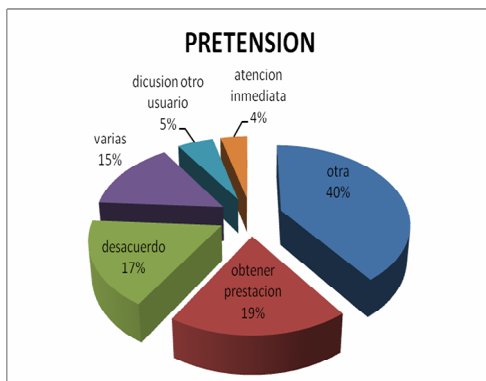


• **Ejemplos de disparo:**

Se ha registrado mayoritariamente que la pretensión que se quería obtener con la agresión era “otra” en el 39,5% siendo la segunda causa registrada “obtener una

determinada prestación” seguida de “desacuerdo en la atención”. Entre las tres suman el 76% de las causas.

Posteriormente se detalla que el paciente “no quería cumplir una norma” en un 30,7% de los casos o “había pedido algo que no se le ha concedido” en un 26,7%. En un 4% de los casos no había una causa aparente.



Combinando estos datos encontramos algunas asociaciones significativas entre las que destaca:

- Los agresores masculinos suelen agredir por igual a trabajadores masculinos (48,4%) y femeninos (51,6%), además suelen agredir los primeros días de ingreso (hasta el primer mes 64,5%), de forma que el 100% de las agresiones al ingreso han sido causadas por pacientes del sexo masculino. Sus agresiones no suelen ser múltiples (75%) y la tarea que realizaban con ellos los trabajadores es variada. Las mujeres suelen agredir mayoritariamente a otras mujeres (82,4%), mientras que las trabajadoras realizaban tareas de vigilancia y control de pacientes (76,5%). Las mujeres suelen agredir cuando llevan más de un mes de ingreso (70,6%). Todos (100%) los agresores con diagnósticos de enfermedades del eje I o de consumo de tóxicos eran hombres. En todas las pretensiones es mayor el % de agresiones por

hombres que por mujeres, excepto cuando quieren obtener una prestación donde el 77,8% son llevadas a cabo por pacientes femeninas.

- Los pacientes entre 35 y 50 años en un 54,5% han agredido porque han pedido algo que no se les concede, mientras que los jóvenes (entre 18 y 35) en un 47,2%, porque no desean cumplir una norma. En todas las causas de disparatadas en aquellas agresiones donde no había una causa aparente el 100% de los agresores tenían historia previa de agresiones. Las agresiones ocurridas porque el paciente pide algo que se le deniega se dieron en un 70% por la tarde, siendo en un 70% también, verbales y gestuales. Cuando los pacientes llevan más de 6 meses el 66,7% de las agresiones son porque no desean cumplir una norma, mientras que al ingreso, el 75% son porque han pedido algo que no se les ha concedido.
- Las agresiones donde el paciente no quería cumplir una norma (65,2%), sin causa aparente (100%) o por enfado previo (100%) no suelen ser múltiples, mientras que aquellas donde el paciente pide algo y no se le concede (60%) o durante contenciones mecánicas (73,3%). sí suelen serlas
- Los pacientes con retrasos mentales suelen agredir verbal o gestualmente, para “obtener una prestación” (60%) mientras que los trabajadores realizaban tareas de vigilancia y control de los pacientes (63,3%). Todas las agresiones a instalaciones han sido llevadas a cabo por pacientes con diagnóstico de trastornos de la personalidad, Estos pacientes en un 62,5% han agredido cuando se les informaba de una norma que no querían cumplir. El 79,3% de las agresiones han sido llevadas a cabo por pacientes con diagnóstico principal de retraso mental o trastorno de la personalidad. Los pacientes diagnosticados de una enfermedad del eje I no suelen agredir a más de un trabajador durante su estancia, suponiendo el 6,9% de las agresiones. Todas las agresiones con armas las han llevado a cabo pacientes con historia de consumo de tóxicos. El 100% de los agresores del eje I y con consumo de tóxicos son hombres.
- Los pacientes que no deseaban cumplir una norma han agredido en un 50% a enfermeros, principalmente en los primeros días de ingreso (46,7%) mientras que los pacientes que han pedido algo que no se les ha concedido han agredido en un 55% a auxiliares de enfermería, fundamentalmente cuando llevaban más tiempo ingresados (desde los 7 días a los 6 meses se suman el 91,7% de las agresiones a auxiliares) Las auxiliares han sido la categoría agredida en todas las agresiones que se han dado al separar a dos pacientes. Las agresiones a celadores se han dado siempre al ingreso en admisión-urgencias.
- Los auxiliares han sido agredidos principalmente en las plantas de hospitalización especialmente en las URME'S (80,6%). En la URME I El 52,2% de las agresiones han sido durante una contención mecánica, mientras que en la URME II-III, en un 55% han sido porque el paciente ha pedido algo que no se le ha concedido.

ANEXO II

ESCALA DE RIESGO DE VIOLENCIA DE PLUTCHIK (Formulario

Selene )

FECHA:

	NUNCA (0)	A VECES (1)	A MENUDO (2)	CASI SIEMPRE (3)
1. ¿Se enfada con facilidad?				
2. ¿Se enfada continuamente con la gente?				
3. ¿Se enfurece sin motivo?				
4. Cuando se enfada, ¿coge un arma?				
5. ¿Ha lastimado a alguien en alguna pelea?				
6. ¿Ha lastimado o atacado alguna vez a algún familiar?				
7. ¿Ha pegado a atacado alguna vez o atacado alguna vez a alguien que no sea familiar suyo?				
8. ¿Ha usado alguna vez un objeto para agredir a alguien?				
9. ¿Podría conseguir un arma con facilidad?				
10. ¿Cuántas veces ha sido Ud. detenido por delitos no violentos como irse de una tienda o falsificar documentos?				
11. ¿Cuántas veces ha sido Ud. Detenido por delitos como robo a mano armada o agresión violenta				
			SI (1)	NO (0)
12. ¿Guarda o colecciona armas en su casa y sabe cómo utilizarlas?				

PUNTUACIÓN FINAL:

CONCLUSIÓN:

ANEXO III

HCR – 20. GUIA PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CONDUCTAS VIOLENTAS (Formulario Selene **H**)

FECHA:

Ítems históricos		Código (0, 1, 2)
<i>Codificar: 0= No/Ausente, 1= Parcialmente/Posiblemente presente, 2= Si/Definitivamente presente</i>		
H1	Violencia previa	
H2	Edad del primer incidente violento	
H3	Relaciones inestables de pareja	
H4	Problemas relacionados con el empleo	
H5	Problemas con el consumo de sustancias adictivas	
H6	Trastorno mental grave <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
H7	Psicopatía <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
H8	Desajuste infantil	
H9	Trastorno de personalidad <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
H10	Incumplimientos de supervisión	
Total ítems históricos		/20

Ítems clínicos		Código (0, 1, 2)
<i>Codificar: 0= No/Ausente, 1= Parcialmente/Posiblemente presente, 2= Si/Definitivamente presente</i>		
C1	Carencia de introspección <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
C2	Actitudes negativas	
C3	Presencia actual de síntomas de trastorno mental grave <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
C4	Impulsividad	
C5	No responde al tratamiento	
Total ítems clínicos		/10

Ítems de gestión del riesgo <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> Out		Código (0, 1, 2)
<i>Codificar: 0= No/Ausente, 1= Parcialmente/Posiblemente presente, 2= Si/Definitivamente presente</i>		
R1	Ausencia de planes de futuro viables	
R2	Exposición a factores desestabilizantes	
R3	Carencia de apoyo social	
R4	Incumplimiento a los tratamientos prescritos	
R5	Alto nivel de estrés experimentado	
Total ítems de afrontamiento de situaciones de riesgo		/10

HCR-20 Total	/40
---------------------	------------

Valoración final de riesgo:	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Alta
-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

ANEXO IV

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA ⁽¹²⁾

La inmovilización de un paciente es una medida terapéutica preventiva que se suele aplicar para evitar que un enfermo se lesione a sí mismo o lesione a otros. Así, en esta medida 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 Art.763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (internamientos involuntarios) y en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (consentimiento informado). La contención de una persona es un acto de privación de libertad, aún cuando la propia persona o su familia lo consientan ⁽⁴⁾.

OBJETIVOS ⁽⁴⁾.

Siempre que podamos recurrir con eficacia a la contención verbal o química, evitaremos la contención física. Su uso estaría indicado cuando sea precisa para:

- Evitar lesiones al propio paciente o de otras personas en situaciones de urgencia que impliquen un riesgo para la integridad física.
- Evitar daños materiales en la ubicación donde se encuentra el paciente.
- Evitar interferencias con el plan terapéutico del propio paciente o de otros pacientes (vías, sondas, etc.).
- Evitar otros riesgos inmanejables (fuga, intento autolítico).

La contención mecánica no debe ser usada como castigo, o como medida de control ante la falta de personal suficiente, etc. Tampoco estará indicada cuando exista una conducta violenta que no es síntoma de una enfermedad sino que es de carácter voluntario y por tanto constitutivo de delito (en este último caso denunciable ante las fuerzas de orden público).

QUIEN LO REALIZA:

- ✧- Médico (Psiquiatra)
- ✧- Enfermero/a
- ✧- Auxiliar de Psiquiatría
- ✧- Celador
- ✧- Vigilante de Seguridad

El protocolo debe ser conocido por todos los profesionales que trabajen en relación con los pacientes del Hospital Psiquiátrico.

MATERIAL:

- ✧- Sistema de Correas Homologadas.
 - 1 cinturón abdominal, 2 muñequeras, 1 tira de anclaje de pies, 2 tobilleras.
 - 9 anclajes
- ✧- Sistema de imanes (Segufix)

TÉCNICA:

❖- Generalmente, será el personal de enfermería el encargado de dirigir las acciones a realizar.

❖- Valorar el personal que será necesario para realizar la contención mecánica, según el estado y constitución del paciente. 4 personas mínimo, preferiblemente 5 en caso de paciente agresivo o con riesgo de agresividad. Nunca debemos subestimar el riesgo que comporta el intentar la inmovilización de un paciente sin los medios materiales y humanos necesarios ⁽¹¹⁾. Cada persona sujetará una extremidad. Normalmente el personal de enfermería sujetará la cabeza del paciente.

❖- Preparar el material necesario, según el sistema que vamos a utilizar (correas, tornillos, llaves, algodón y vendas según el sistema tradicional, correas e imanes si utilizamos el Segufix).

❖- Preparar la cama. Si es posible se fijará previamente el cinturón abdominal y la correas de sujeción. Estas se colocaran a la altura de los tobillos y de las muñecas, en los largueros de la cama. Previamente se habrán aflojado los tornillos o quitado los imanes para poder efectuar su colocación al paciente de la forma más rápida.

❖- La habitación deberá estar despejada y libre de objetos potencialmente peligrosos y que puedan entorpecer la sujeción.

❖- No precipitarse, es preferible esperar unos minutos a que esté reunido todo el personal si la situación lo permite, a la actuación precipitada que pueda provocar lesiones innecesarias a todos.

❖- Aislar al paciente del resto de enfermos, si es posible dialogar con él y llevarlo a su habitación. Le explicaremos el procedimiento al paciente, hablaremos del motivo de la medida e intentaremos lograr su colaboración. De lo contrario pedirle al resto de pacientes que salgan de la sala y se dirijan a sus habitaciones, reunirlos a todos en un determinado lugar y siempre que sea posible bajo la atención de un miembro del personal de Enfermería, que explicara lo que se está realizando, intentando calmar y apaciguar el clima agresivo u hostil que se pueda originar.

❖- Una vez tomada la decisión, reducir al paciente sin agresividad, sin discusiones y recordando siempre que estamos ante un enfermo y como tal hay que tratarlo.

❖- La duración de esta medida ha de ser el mínimo tiempo necesario, según la evolución y estado del paciente. Le explicaremos al paciente que la contención se retirará cuando se alcancen los objetivos terapéuticos.

❖- La decisión de sujetar a un paciente la tomara el Psiquiatra, salvo en situaciones de urgencia, que podrá tomarla la Enfermera/o, comunicándoselo posteriormente al facultativo.

❖- Se inmovilizarán, manos, pies y /o tronco, según el estado del paciente. En primer lugar se le colocará el cinturón abdominal y después una por una el resto de extremidades. Contención 3-4 extremidades en función del grado de agitación. Si se contienen 2, se hará en diagonal (muñeca izquierda/pie derecho-muñeca derecha/pie izquierdo). Para favorecer el reposo no será necesaria la contención total pero sí al menos se le fijará el cinturón abdominal y una de las extremidades inferiores evitando así la liberación del paciente con el mínimo trauma ⁽¹¹⁾.

Se comprobará siempre el grado de movilidad del paciente y la correcta colocación de las sujeciones. Una presión excesiva entorpece la circulación y si es insuficiente el paciente se puede liberar de ellas ⁽¹¹⁾.



Figura 1

Ejecución de la contención mecánica ⁽²⁾.

1. Un principio básico consiste en que uno, -generalmente el enfermero- dirige el procedimiento, que como norma general se colocará a la cabecera del paciente.
2. Determinar 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 (Figura 1).
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 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. Otros por el contrario consideran que la mejor es la de decúbito supino con una inclinación de 30°. 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.

❖- La contención finalizará por indicación facultativa, previo informe del personal de Enfermería.

REGISTRO:

❖- El facultativo valorará siempre la situación, rellenando el correspondiente formulario de contención mecánica (Selene).

❖- Deberá reflejarse por escrito todo lo ocurrido en las hojas de registro de Enfermería (Selene), procurando que sea lo más completa y detallada posible.

CUIDADOS:

❖- Se abrirá hoja individualizada de cuidados a enfermos con contención mecánica.

❖- Cubrir sus necesidades y evitar posibles complicaciones durante el tiempo que deba permanecer en la cama.

CONTROL DE CONSTANTES Y OTROS PARÁMETROS:

❖- Se deben controlar 3 veces por turno las primeras 24 horas, y posteriormente 1 vez por turno, los siguientes parámetros ⁽¹¹⁾:

- Frecuencia cardiaca, Tensión Arterial y Temperatura.
- Nivel de conciencia: Agitado, sedado, consciente, orientado. A un paciente agitado generalmente se le administra medicación sedante por lo cual puede disminuir su nivel de conciencia y sufrir aspiraciones, lesiones...
- Pulsos periféricos-perfusión. Vigilar la presión de las sujeciones mediante la coloración de la piel, la presencia de hormigueos, parestesias, pulsos radial y pedio presentes/ausentes.
- Posibles lesiones cutáneas y/o articulares: Heridas, roces, úlceras por presión, luxaciones, fracturas.
- Además se deben vigilar los posibles efectos secundarios al estasis venoso por encamamiento: tromboembolismo pulmonar, accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio, edema agudo de pulmón... Es adecuado realizar cambios posturales como medida preventiva además de mantener la inmovilización el menor tiempo posible. Por parte médica se suele considerar el uso de anticoagulantes (heparinas).
- Es muy importante que la temperatura de la habitación sea la adecuada debido a la afectación del sistema de termorregulación ocasionada por los neurolépticos.

OXIGENACIÓN:

❖- Se elevará la parte anterior de la cama, para evitar complicaciones respiratorias.

❖- Vigilar tos y secreciones. Hacer claping y cambios posturales si es necesario.

❖- Valoración de la coloración y estado de la piel, de manera especial en las zonas donde ejerza mayor presión el material de contención y las de mayor roce con las sábanas, si es preciso se almohadillarán dichas zonas y se utilizará un colchón antiescaras.

ALIMENTACIÓN:

❖- Se ha de procurar una correcta administración de líquidos y alimentos. Un paciente contenido puede deshidratarse fácilmente.

❖- Siempre que el paciente vaya a ingerir líquidos o alimentos se le incorporará la cama.

❖- Si es posible el paciente comerá solo, liberando una o dos manos, en presencia de personal de enfermería, para ello si es necesario se le dará la comida antes o después que al resto de pacientes.

❖- Si no come solo, se le dará a mano por parte del personal de enfermería. Siempre que sea posible con material de un solo uso (Cuchillo, Cuchara, Tenedor y Vaso de plástico).

ELIMINACIÓN:

❖- Control de diuresis y evacuación intestinal, ya que debido al tratamiento o al propio estado del paciente, se produce estreñimiento y retención urinaria. En función del estado del paciente, se recurrirá al pañal (en los varones al recolector de incontinencia urinaria), a la cuña o se le acompañara al baño avisándole previamente de que va a ser de nuevo contenido ⁽¹¹⁾.

❖- control de sudoración, ya que puede ser excesiva como consecuencia del estado de agitación.

❖- Vigilar si hay vómitos, náuseas o regurgitación y actuar en consecuencia.

HIGIENE:

❖- El aseo del enfermo deberá ser realizado diariamente por el personal de enfermería tantas veces como sea necesario. Se realizará en la cama o, al igual que para la eliminación, si el paciente lo permite se le puede llevar a la ducha informándole igualmente de que volverá a ser contenido ⁽¹¹⁾.

❖- Se ha de controlar con especial interés el que la ropa se mantenga siempre seca y limpia.

❖- Prevención de úlceras de decúbito.

REPOSO-SUEÑO:

❖- En el enfermo mental es muy importante adecuar los periodos de reposo y vigilia, por lo que se ha de procurar dentro de lo posible un ambiente confortable, tanto en ruido, como en iluminación y ventilación.

❖- Se ha de procurar siempre que sea posible, mantener al enfermo orientado tanto espacial como temporalmente.

SEGURIDAD:

❖- Se controlará periódicamente el ajuste de imanes o tornillos para evitar que por solidaridad algún paciente intente ayudarlo a soltarse.

❖- Controlar que no tiene acceso a tabaco, si no es en presencia del personal de Enfermería, (puede quemarse el sistema de sujeción o prenderle fuego a la ropa de la cama).

❖- Siempre que sea necesario se colocarán protecciones laterales.

DESCONTENCIÓN ⁽¹¹⁾:

❖- Será por orden médica con la valoración previa del paciente. No se le debe informar hasta que se vaya a hacer.

❖- Además se debe contar con el personal necesario por si fuese precisa una nueva contención.

❖- Se debe realizar paulatinamente, primero una extremidad y valorar la respuesta del paciente, nunca retirar una inmovilización completa de una sola vez.

OBSERVACIONES:

❖- La decisión de la contención la tomará el Médico (Psiquiatra), cuando esté, si no, y en situaciones de urgencia, recaerá sobre la enfermera/o que deberá avisar al médico tras realizarla.

❖- Cuando en las órdenes médicas conste "contención si precisa", será el personal de enfermería quien según su criterio, ponga la contención o la retire, pero siempre debe informar al facultativo, el cual valorará lo antes posible la situación, confirmando la decisión.

❖- Debemos tener presente que cuando un paciente es contenido mecánicamente queda en situación de indefensión, por lo que es nuestra obligación garantizar su intimidad y seguridad. Intentaremos, en la medida que las condiciones estructurales del Hospital lo permitan, que durante el tiempo que un paciente permanezca en contención no tengan acceso a la habitación otros usuarios.

❖- Esta medida debe darse el menor tiempo posible.

❖- El personal de enfermería, valorará si es adecuado que el paciente por su estado pueda ducharse por si solo, o tendrá que ser lavado en la cama por ellos mismos.

❖- Si la familia pregunta el motivo, se le informará explicándole que es una prescripción facultativa. En caso de requerirlo, será el facultativo responsable o de guardia el encargado de explicarles los motivos y objetivos de la medida. Una contención mecánica, por sí sola, no presupone que el paciente no pueda recibir visitas. En todo caso esto deberá ser valorado de forma individual.

❖- Cuando el paciente se ha levantado, hay que procurar que los medios de contención queden lo suficientemente seguros y sujetos, que impidan que los pacientes puedan cogerlos bien para dañarse ellos o hacerlo a otras personas.

ANEXO V

ESCALA DE AGRESIVIDAD MANIFIESTA. OAS (Formulario Selene)

FECHA:

TURNO:

HORA DE COMIENZO DEL INCIDENTE:

DURACIÓN DEL INCIDENTE:

LUGAR:

PERSONAL IMPLICADO:

(De cada grupo, señale las manifestaciones más graves presentes durante el episodio)

AGRESIÓN VERBAL	
1. No presenta	<input type="checkbox"/>
2. Habla en voz muy alta, grita con enfado	<input type="checkbox"/>
3. Insultos personales sin gran importancia Ej."Eres tonto"	<input type="checkbox"/>
4. Juramentos continuos, usa un lenguaje malsonante cuando está enfadado, amenazas moderadas a otros o a sí mismo	<input type="checkbox"/>
5. Realiza claras amenazas de violencia a otros o a sí mismo ("te voy a matar") o precisa ayuda para controlarse a sí mismo	<input type="checkbox"/>
AGRESIÓN FÍSICA CONTRA UNO MISMO	
1. No presenta	<input type="checkbox"/>
2. Se rasga o pinza la piel, se golpea a sí mismo, se tira del pelo	<input type="checkbox"/>
3. Golpea objetos romos con la cabeza o los puños, se arroja al suelo o a objetos romos (se produce heridas pero sin un daño grave)	<input type="checkbox"/>
4. Pequeños cortes o hematomas, quemaduras leves	<input type="checkbox"/>
5. Automutilaciones, se hace cortes profundos, se muerde hasta sangrar, se produce lesiones internas, fracturas, pérdida de conciencia o pérdida de los dientes	<input type="checkbox"/>
AGRESIÓN FÍSICA CONTRA OBJETOS	
1. No presenta	<input type="checkbox"/>
2. Da portazos, desparrama la ropa, lo desordena todo.	<input type="checkbox"/>
3. Arroja objetos contra el suelo, da patadas a los muebles sin llegar a romperlos o hace marcas en las paredes	<input type="checkbox"/>
4. Rompe objetos, como las ventanas y cristales	<input type="checkbox"/>
5. Prende fuego, arroja objetos peligrosamente	<input type="checkbox"/>

AGRESIÓN FÍSICA CONTRA OTRAS PERSONAS	
1. No presenta	<input type="checkbox"/>
2. Realiza gestos amenazantes, zarandea a las personas, les agarra de la ropa	<input type="checkbox"/>
3. Golpea, da patadas, empuja y tira del pelo a otras personas (sin daño para ellas)	<input type="checkbox"/>
4. Ataca a otras personas causando daños físicos de leves a moderados (hematomas, esguinces, contusiones)	<input type="checkbox"/>
5. Ataca a otras personas causando daños físicos graves(huesos rotos, laceraciones profundas, lesiones internas)	<input type="checkbox"/>

INTERVENCIÓN(Señale las intervenciones llevadas a cabo durante el episodio)

- Ninguna
- Contención verbal
- Vigilancia y control
- Retirada de privilegios (permisos, salidas, llamadas...)
- Aislamiento en una sala
- Medicación oral
- Medicación parenteral
- Contención mecánica
- Tratamiento sanitario inmediato por lesiones del paciente
- Tratamiento inmediato por lesiones a otras personas

ANEXO VI

COMUNICACIÓN INTERNA DE ACCIDENTE DE TRABAJO									
A/A SPRL		:							
Fax: 968 365801					Teléfono: 968 365800 ext.61989				
HOSPITAL / GERENCIA									
CENTRO / SERVICIO / UNIDAD/ PLANTA									
RESPONSABLE / SUPERVISOR									
FECHA COMUNICACIÓN AL SERVICIO									
DATOS DEL ACCIDENTADO									
NOMBRE		APELLIDOS:							
Teléfonos de contacto:									
N.S.S.: /		DOMICILIO:			LOCALIDAD:				
NIF:		FECHA DE NACIMIENTO:		RELACIÓN LABORAL Marcar X donde proceda			Propietario	Interino	Otros
CATEGORÍA:		PUESTO:			ANTIGÜEDAD (años):				
DATOS DEL ACCIDENTE									
FECHA:		DIA DE LA SEMANA:		HORA:		HORA DE TRABAJO:		TURNO:	
TRABAJO HABITUAL:		SI	NO	TIPO DE TRABAJO:					
TIPO DE LESIONES:									
DAÑOS MATERIALES:									
LUGAR DEL ACCIDENTE:									
Centro de Trabajo		Desplazamiento en Jornada							
Ir o volver del Trabajo		Otro centro o lugar de trabajo							
DESCRIBIR CLARAMENTE CÓMO SUCEDIÓ: <i>Forma en que se produjo</i>									
CAUSAS DEL ACCIDENTE: <i>Las razones que han podido ser el origen o el por qué de este suceso</i>									
CUALES HAN SIDO LOS FALLOS, PRÁCTICAS INSEGURAS O CONDICIONES PRESENTES EN EL MOMENTO DEL SUCESO QUE LO HAN MOTIVADO: <i>Materiales, Ambiente y lugar, Individuales, organizativas...</i>									
TESTIGOS: (datos de identificación y teléfonos localización)									
PERSONA QUE CUMPLIMENTA EL PARTE					FIRMA DEL SUPERVISOR DEL SERVICIO				
A RELLENAR POR EL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES									
TIPO DE ACCIDENTE		SIN LESIÓN		ACCID. SIN BAJA		ACCID. CON BAJA / Fecha Baja:			
Grado de la lesión		Incidente	Botiquín	Leve	Grave	Mortal	Múltiple		
Evaluación de riesgos del puesto		SI	NO	Fecha					