



# UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

## TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Cuidado de la Agitación Psicomotriz en el Trastorno Mental Grave en la Adolescencia

Autor/es

EIDER CABREJAS SANCHEZ-SECO

Director/es

IVAN SANTOLALLA ARNEDO

Facultad

Escuela Universitaria de Enfermería Antonio Coello Cuadrado

Titulación

Grado en Enfermería

Departamento

U.P. DE ENFERMERÍA

Curso académico

2020-21



***Cuidado de la Agitación Psicomotriz en el Trastorno Mental Grave en la Adolescencia***, de EIDER CABREJAS SANCHEZ-SECO

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

© El autor, 2021

© Universidad de La Rioja, 2021

[publicaciones.unirioja.es](http://publicaciones.unirioja.es)

E-mail: [publicaciones@unirioja.es](mailto:publicaciones@unirioja.es)



# **UNIVERSIDAD DE LA RIOJA**

Escuela Universitaria de Enfermería

## **TRABAJO FIN DE GRADO**

### **Cuidado de la Agitación Psicomotriz en el Trastorno Mental Grave en la adolescencia.**

“Care of Psychomotor Agitation in Severe Mental  
Disorder in adolescence.”

Eider Cabrejas Sanchez-Seco

Tutor: Iván Santolalla Arnedo

Logroño, 6 de mayo de 2018

Curso 2020-2021, 2º convocatoria

## ÍNDICE

<b>1. Resumen .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Palabras clave.....</b>	<b>2</b>
<b>3. Introducción .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Agitación Psicomotriz .....</b>	<b>3</b>
<b>Factores de riesgo de la agitación psicomotriz.....</b>	<b>5</b>
<b>Clínica de la agitación psicomotriz .....</b>	<b>6</b>
<b>Fisiopatología de la agitación psicomotriz .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Trastorno Mental Grave y adolescencia .....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 Cuidados de enfermería en el trastorno mental grave .....</b>	<b>9</b>
<b>4. Objetivos.....</b>	<b>10</b>
<b>Objetivos generales. ....</b>	<b>10</b>
<b>Objetivos específicos. ....</b>	<b>11</b>
<b>5. Metodología.....</b>	<b>11</b>
<b>Estrategia de búsqueda .....</b>	<b>12</b>
<b>6. Resultados.....</b>	<b>19</b>
<b>4.1 Intervenciones del profesional de enfermería en el paciente adolescente con trastorno mental grave, que presenta agitación psicomotriz. ....</b>	<b>19</b>
4.1.1 Valoración y abordaje verbal del paciente agitado. ....	19
4.1.2 Contención mecánica. ....	22
4.1.2 Contención química.....	25
<b>4.2 Análisis de la intervención de enfermería sobre el paciente con agitación psicomotriz desde la perspectiva de la seguridad clínica. ....</b>	<b>28</b>
<b>7. Conclusión.....</b>	<b>33</b>
<b>8. Bibliografía.....</b>	<b>35</b>

## 1. Resumen

La agitación psicomotriz se define como la urgencia psiquiátrica que causa hiperactividad motora y emocional que frecuentemente cursa sin intencionalidad aparente, manifestándose a través de un aumento desproporcionado de la motricidad y la aparición de cuadros de ansiedad severa.

El objetivo de esta revisión es estudiar la práctica enfermera y la seguridad clínica de dichas intervenciones durante las crisis de agitación psicomotriz en adolescentes que presentan un trastorno mental grave. Para ello, se ha realizado una búsqueda en las principales bases de datos sanitarias y revistas relacionadas con artículos publicados en esta área.

Los profesionales de enfermería son los responsables de prestar la mejor atención terapéutica conforme a las necesidades sanitarias del paciente. En este artículo se analizan las intervenciones de elección en el abordaje del paciente adolescente con trastorno mental grave durante la crisis de agitación psicomotriz, como son el abordaje verbal, mecánico y farmacológico. Además, se estudia la seguridad clínica de cada una de ellas, analizando los efectos adversos y las posibles alternativas que pueden aplicarse para mejorar la calidad de los cuidados.

## Summary

Psychomotor agitation is defined as a psychiatric emergency causing motor and emotional hyperactivity that frequently occurs without apparent intentionality, manifesting itself through a disproportionate increase in motor activity and the appearance of severe anxiety.

The aim of this review is to study nursing practice and the clinical safety of such interventions during psychomotor agitation episodes in adolescents with a severe mental disorder. For this purpose, the search was made in the main health databases and journals related to articles published in this area.

Nursing professionals are responsible for providing the best therapeutic care according to the patient's health needs. This article analyzes the preferred interventions in the management of adolescent patients with severe mental disorders during psychomotor agitation crisis, such as verbal, mechanical, and pharmacological approaches. In addition, the clinical safety of each intervention is studied, analyzing the adverse effects and the possible alternatives that can be applied to improve the quality of care.

## 2. Palabras clave

Agitación psicomotriz, Trastorno Mental Grave, Adolescencia, Intervención enfermera.

## Key words

Psychomotor Agitation, Severe Mental Disorder, Adolescence, Nursing care.

### 3. Introducción

#### 1.1 Agitación Psicomotriz

La agitación psicomotriz (AP) se caracteriza por el aumento considerable de la actividad motora, además de la alteración de la esfera emocional, ya que carece de intencionalidad aparente. (1)

Su presentación va asociada a un aumento desproporcionado y desorganizado de la motricidad y la activación del sistema vegetativo, que se manifiesta con signos como la midriasis, sudoración y aumento de la frecuencia cardíaca entre otros. Además, también pueden aparecer cuadros de pánico y ansiedad severa. (2)

No se clasifica como una patología psiquiátrica, sino como un síndrome englobado en los trastornos de conducta por el cual pueden manifestarse una amplia variedad de trastornos tanto psiquiátricos como somáticos. (1)

Durante la aparición de esta, la intensidad es variable. En ocasiones se muestra como desconfianza e inquietud psicomotriz por parte del paciente, pudiendo llegar a extremos en los que aparece una agitación descontrolada y sin ninguna finalidad. Este último caso supone un peligro tanto para el propio paciente como para su entorno. Es por ello por lo que se considera una urgencia psiquiátrica. Actualmente, la más frecuente en el ámbito domiciliario. (2)

La urgencia psiquiátrica se define como la situación en la cual un trastorno del pensamiento, afectivo o de la conducta se muestra tan alterado tanto para el propio paciente como para la familia o su entorno, que se considera que debe recibir atención inmediata. (2)

Según Oca en 2009, hay varias circunstancias que pueden determinar si una alteración de este tipo se considera una urgencia. (2)

- La manifestación de una patología psicológica aguda. Se consideran alteraciones de este tipo los cuadros de ansiedad o pánico, depresión, o los trastornos adaptativos.
- Implican el riesgo de lesiones personales o daños interpersonales, como pueden ser el suicidio u homicidio.
- Evidencias de comportamiento anormal, en los casos de psicosis o delirio.

Es importante diferenciar la agitación de la violencia. Esta última se limita al ámbito del comportamiento humano, perteneciendo a los componentes esperados por nuestra especie y estando sujeta al marco legislativo del ámbito cultural al que pertenece el individuo (2).

Durante la aparición de la agitación, pueden verse implicados varios factores etiológicos.

- Origen orgánico. Se caracteriza por la aparición brusca y desarrollo fluctuante, además de la ausencia de una historia psiquiátrica previa que justifique la agitación por parte del paciente. (3)

Se manifiesta con alteraciones de consciencia, verbales, sensoriales y perceptuales entre otras. Se desarrolla desde la desorientación y demanda de pertenencias hasta las alucinaciones visuales y agresividad hacia el entorno. (3)  
Fundamentalmente, la tasa de morbilidad es alta.

En cuanto a los cambios fisiológicos producidos, están relacionados con el aumento de neurotransmisores dopaminérgicos, acompañado de un déficit colinérgico. (4)

Pueden distinguirse varias causas orgánicas: (4)

- Metabólicas. Destacan los desequilibrios iónicos, alteraciones térmicas, patologías cardíacas, hipoxia e hipercapnia.
  - Endocrinas. Déficit de la hormona tiroidea, desequilibrios glucémicos e insuficiencia suprarrenal aguda.
  - Neurológicas. Relacionadas con neoplasias del Sistema Nervioso Central, accidentes cerebrovasculares, trastornos epilépticos o demencias, entre otras causas.
  - Farmacológicas y relacionadas con el consumo de tóxicos. Medicación antidepressiva, antiepiléptica, ansiolítica, inmunosupresora, etc.
  - Síndrome de abstinencia por alcohol (Delirium Tremens) y estupefacientes como la heroína o las benzodiazepinas.
- Origen psiquiátrico. La agitación se presenta acompañada de la psicopatología típica de determinadas patologías psiquiátricas. Son comunes las alucinosis auditivas, los delirios relacionados con el prejuicio y las ideaciones megalománicas, la aparición de alteraciones afectivas, o la agresividad. (3)  
La mayoría de los pacientes afectados tienen antecedentes de enfermedad mental. Aun así, durante el brote la conciencia permanece intacta, a pesar de que en ocasiones es común que el sujeto padezca desorientación en el espacio tiempo. (3)  
La causa de agitación psiquiátrica puede clasificarse en dos tipos: (3)
    - Psicótica. Compuesta por:
      - a) Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. El inicio es repentino y está acompañado de alucinosis, alteraciones del lenguaje y delirios.
      - b) Episodio maníaco. Se manifiesta con euforia e irritabilidad, hiperactividad, verborrea, comportamiento ecléctico y fuga de ideas.
      - c) Episodio depresivo. Aparición más común en pediatría y ancianos.
      - d) Ideación delirante o paranoia en torno a los celos, la persecución o el prejuicio.
    - No psicótica.
      - a) Crisis de angustia. Puede aparecer agitación como respuesta a la sensación de muerte inmediata que percibe el sujeto.
      - b) Crisis histérica. Caracterizada por la naturaleza dramática y manipuladora por parte del paciente.

- c) Trastornos de la personalidad. Especialmente los trastornos histriónicos, paranoides y límite.
  - d) Alteraciones conductuales, demencias o retraso mental. En estos dos últimos casos, es habitual la aparición de la agitación como respuesta al malestar subjetivo.
- Origen reactivo. Se componen de distintas situaciones que se manifiestan a través de reacciones de estrés agudo. Estas situaciones pueden ser respuestas de duelo, situaciones catastróficas o desconexiones ambientales como ocurre con los pacientes ingresados en la UCI. (3)

No es amplia la cantidad de estudios e investigaciones científicas que abarcan la agitación psicomotora producida por el consumo de tóxicos. A pesar de ser reducida, existe una tasa de muerte durante las retenciones físicas en los brotes, especialmente, las aplicadas a través de medidas de retención físicas y farmacológicas con medicación psiquiátrica. (5)

#### Factores de riesgo de la agitación psicomotriz

Según el estudio descriptivo realizado titulado *Agitación Psicomotriz e implicaciones médico-forenses* y el artículo de recomendación científica de la *Sociedad Española de Enfermería de Urgencias sobre el paciente agitado*, se obtienen los siguientes resultados. (5,6)

La AP predomina en los hombres en un 90.33% frente al sexo femenino. Es más habitual en personas con un status socioeconómico bajo y estado civil soltero. Frecuentemente, va acompañado de antecedentes psiquiátricos previos o de consumo y adicción a tóxicos. El más habitual es el trastorno psicótico, seguido de la toxicomanía. (5,6)

La edad más frecuente en la que se manifiesta la agitación psicomotriz es entre 15 y 30 años. (6)

En la mayoría de los casos, los pacientes requieren un ingreso hospitalario en la Unidad de Salud Mental del centro. 18 de los pacientes que participaron en el estudio, ingresaron voluntariamente, frente a los 10 que fueron internados de manera involuntaria. La mayor parte de estos, tienen ingresos previos en el servicio de psiquiatría con el mismo diagnóstico. (5)

Es frecuente que durante la estancia en el hospital se precisen medidas restrictivas para manejar la agitación. En estos casos, son las medidas químicas las que se aplican como primera opción, acompañadas en ocasiones de restricciones físicas, que nunca se aplican de forma aislada. (5)

Entre los pacientes que padecieron episodios de agitación, era mayor la proporción de los jóvenes que habían consumido previamente algún tipo de droga, aumentando así el nivel de violencia. (5)

En cuanto a los pacientes con esquizofrenia, tienen aproximadamente un 5% más de probabilidades de ser violentos que aquellos sin ningún antecedente de patología psiquiátrica. Además, esta cifra se ve aumentada hasta un 10% en el caso de consumo de tóxicos. La violencia física relacionada con golpes, peleas y el uso de armas también es superior en los trastornos esquizofrénicos, siendo un 3% más alta. (5)

#### Clínica de la agitación psicomotriz

La manifestación de los signos y síntomas puede variar dependiendo del origen de la agitación.

En los casos de agitación orgánica, se presenta una alteración de la conciencia y del pensamiento. Es común la aparición de cuadros de confusión mental, alucinaciones y delirios. Además, también se muestran signos como el aumento de la frecuencia cardíaca, taquipnea y fiebre. (2)

En la agitación de origen psiquiátrico, en cambio, la conciencia no se muestra alterada a pesar de que es frecuente la aparición de alucinosis auditivas o delirios. El humor es inestable. (2)

En cuanto al estado cognitivo, generalmente solo afecta al cuadro de origen orgánico, manifestándose a través de desorientación en el espacio- tiempo. (2)

Ambos manifiestan comportamientos relacionados con inquietud, exigencia, hostilidad y agresividad verbal dirigida al entorno. (2)

También se aprecian diferencias relacionadas con el habla. La agitación orgánica se caracteriza por manifestarse un discurso incoherente, a diferencia de la agitación psiquiátrica, que presenta verborrea, fuga de ideas o volumen alto. (2)

#### Fisiopatología de la agitación psicomotriz

Las catecolaminas son sustancias neurotransmisoras clasificadas dentro de los mediadores de conducta. Según Cannon, estas hormonas son las encargadas de intervenir en el Síndrome General de Adaptación. (7)

Tras años de estudio e investigación, hoy en día se ha logrado determinar que la función de las catecolaminas está involucrada en las conductas emocionales. (7)

Estos precursores, se denominan neurolépticos, y están relacionados con funciones como la nutrición, el estado anímico y algunas patologías mentales. El neuroléptico NPY, se encuentra en altas concentraciones principalmente en el hipotálamo y en el sistema límbico. Esto permite regular la respuesta al estrés, la actividad sexual, y la actividad psicomotriz entre otras. (7)

La Acetilcolina (ACTH) y los agentes relacionados con su estimulación como son la Acolina o la Fisostigmina, son los encargados de reducir los estados de manía y

aumentar la letargia. Por otro lado, los antagonistas de la ACTH producen un efecto contrario a esta, favoreciendo la aparición de euforia, agitación psicomotora, alucinaciones o delirio. (7)

El cuerpo calloso es la estructura cerebral encargada de conectar los dos hemisferios. Este, debe permanecer intacto y mantener el equilibrio entre ambos hemisferios, ya que en caso de que haya una descompensación, se produce una predominancia hemisférica, dando lugar a respuestas a estímulos exagerados ya que se dificulta la modulación. La disminución de la actividad de las fibras del cuerpo calloso permite que el hemisferio derecho, implicado en la génesis de emociones negativas, actúe sin el control del hemisferio izquierdo, que es el encargado de la supresión de la negatividad excesiva. (7)

Durante los estudios realizados en la década de 1990, los estudios de neuroimagen mostraron que la agitación está relacionada con el mal funcionamiento entre los lóbulos frontal y temporal. En cuanto a las zonas subcorticales, el hipocampo, la amígdala y las zonas hipotalámicas están involucrados en los mecanismos neurobiológicos relacionados con la agresión y violencia. Además, las lesiones del área prefrontal pueden manifestarse a través de conductas irresponsables y arriesgadas, con una clara tendencia a la violencia. (7)

La percepción sensorial es la encargada de desencadenar emociones como el enfado y la rabia. Esto se desencadena a partir de percibir un estímulo externo que se interpreta como dañino y provoca en el sujeto el objetivo de destruirlo, neutralizarlo o rechazarlo. (7)

Hay varias alteraciones neurosensoriales que pueden dar como respuesta la AP o la respuesta excesivamente agresiva: (7)

- Disfunción colinérgica. Disminución de la acetilcolina, glutamato o acetiltransferasa.
- Disfunción serotoninérgica.
- Disfunción de las Betaendorfinas. Son hormonas que se encuentran en los receptores opiáceos cerebrales. Moduladoras de la liberación de la prolactina y de la HGH, con una potente capacidad analgésica.
- Respuestas inflamatorias. Puede ser debido a la liberación de citoquinas o de una modificación en la barrera hematoencefálica.

## 1.2 Trastorno Mental Grave y adolescencia

Las enfermedades mentales no sólo tienen asociada la carga negativa social durante la adolescencia, se ven afectadas todas las personas que las padecen en cualquier época de su vida. Por lo tanto, las personas con alteraciones psiquiátricas además de lidiar con la sintomatología correspondiente a su patología también deben enfrentarse a la estigmatización que reciben por parte de la sociedad. (8)

El Trastorno Mental Grave (TMG) en la adolescencia es un condicionante que obstaculiza el desarrollo. La patología mental no solo actúa sobre la vida personal del joven y su entorno, sino que también se ve afectado su desarrollo académico. (8)

El concepto de TMG cubre una gran cantidad de diagnósticos clínicos enfocados en la niñez y adolescencia. Pueden encontrarse distintos diagnósticos que incluyen en trastorno mental grave en ellos: Autismo, psicosis infantil, esquizofrenia, trastornos de la personalidad o trastornos generalizados del desarrollo entre otros. Este último, generalmente termina evolucionando a una psicosis grave. (9)

Además, varios estudios han demostrado que existe una relación entre la aparición de conductas agresivas en la niñez y el proceso de desarrollo de un TMG. Se pueden analizar varias evidencias en las cuales se demuestra la hipótesis de la transmisión transgeneracional del trauma. Esta hipótesis explica la transmisión de la conducta agresiva de los progenitores a sus descendientes. (9)

Por otro lado, la aparición de adversidades en jóvenes no siempre es de causa endógena. Conductas relacionadas con el maltrato infantil tienen graves consecuencias que afectan a la salud de los jóvenes, tanto a su desarrollo físico como mental. (9)

Según la Organización Mundial de la Salud, millones de niños y niñas son víctimas de maltrato. Varios estudios indican que el 20% de las mujeres y el 10% de los hombres han sido víctimas de abusos sexuales durante la infancia. Hoy en día, se presentan distintas variedades de maltrato en el menor, desde los abusos psicológicos y físicos hasta la desatención. Además, es importante evaluar la cultura de la violencia en cada entorno social, ya que en una gran mayoría está aceptado castigar a los jóvenes a través de agresiones físicas. (9)

La OMS afirma que el año 2014, el 30% de los menores europeos sufrió algún tipo de maltrato, y que únicamente el 10% de los casos están detectados. Todos estos daños pueden verse manifestados a través de trastornos de conducta, descompensaciones psicóticas, etc. Es por ello por lo que es importante hacer una valoración de los factores de riesgo con el fin de detectar una posible alteración en el desarrollo a tiempo. (9)

Todos estos jóvenes comparten varias características comunes que pueden facilitarnos a la hora de realizar un diagnóstico precoz. (9)

- Es común que a lo largo de su infancia hayan presenciado distintas adversidades.
- No toleran el contacto con las emociones y la sensación de necesidad. Suelen deberse a los casos en los que han sido menores desatendidos y rodeados de tendencias negligentes a lo largo de su infancia.
- No soportan indagar en sus pensamientos.
- Se aprecian alteraciones severas en la organización del pensamiento.
- Aparecen acontecimientos que han ocurrido a lo largo de su vida que no han sido capaces de digerir. Provoca una incapacidad de integración de “presencia de mente”.
- Utilizar su propio cuerpo y las sensaciones que experimentan como muestra al exterior les permite sentir que tienen el control frente a las ansiedades que padecen.

Por otro lado, la adolescencia es la etapa de la evolución en la cual muchos jóvenes empiezan a consumir alcohol y distintas drogas. Todos estos constituyen una importante amenaza para su salud y bienestar. Según la investigación *Consumo de drogas en la adolescencia*, las drogas más consumidas entre los jóvenes españoles entre 14 y 18 años son el alcohol (80,6%) y el tabaco (33,1%), seguidos por el cannabis. (10)

El consumo de alcohol y drogas en jóvenes, además de las repercusiones que tiene sobre la salud, también está relacionada con el fracaso escolar, la actividad sexual temprana y la delincuencia. (10)

Según el estudio de *Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes con patología mental grave*, los trastornos psiquiátricos más comunes en consumidores de tóxicos son los trastornos de conducta y los de personalidad. Además, la prevalencia de consumidores del alcohol es superior en sujetos con antecedentes psiquiátricos respecto a los que no tienen ninguno. En cuanto a los pacientes que están ingresados en algún centro de salud mental, su edad de consumo es más temprana, aunque sólo se aprecian diferencias significativas en el caso del cannabis. (10)

Por lo tanto, los datos permiten observar que el consumo de tóxicos es superior entre los adolescentes que padecen alguna patología psiquiátrica. (10)

### 1.3 Cuidados de enfermería en el trastorno mental grave

Actualmente, se considera al ser humano como un conjunto de factores que actúan simultánea y recíprocamente influyéndose mutuamente. Por lo tanto, como en el resto de los ámbitos sanitarios y no solo en el de la Salud Mental, el abordaje debe ser integral. (11)

Así, el modelo enfermero debe ir dirigido a la atención de las personas en su totalidad. Para ello, se estudian el modelo de salud, las distintas causas influyentes, se realizan actividades de promoción y educación para la salud, y se atienden las necesidades del paciente. El objetivo de este modelo es conseguir un nivel óptimo de salud de la persona. (11)

*“La enfermera asiste al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios, para que adquiera la independencia lo más rápidamente posible”* (Virginia Henderson, 1944).

Según la teoría de V. Henderson, todos los seres humanos tienen 14 necesidades básicas y comunes. La independencia supone que el individuo es capaz de suplir todas estas necesidades de forma autónoma. La enfermería tiene como función identificar estas necesidades de forma continua y ayudar a la persona a satisfacer las que no es capaz de cubrir independientemente. (11)

Las 14 necesidades descritas por Henderson son: (11)

#### 1. Oxigenación

2. Nutrición.
3. Eliminación.
4. Movilización.
5. Sueño y reposo.
6. Vestirse y arreglarse.
7. Termorregulación.
8. Higiene y protección cutánea.
9. Seguridad propia y del entorno.
10. Comunicación.
11. Mantener las creencias y la religión.
12. Trabajar y realizarse.
13. Participar en actividades de ocio.
14. Aprendizaje.

El personal de enfermería debe evaluar de forma continua la capacidad del paciente para cumplir con todas estas necesidades. Algunos aspectos a tener en cuenta enfocados al área de la Salud Mental en la valoración de estas necesidades son

Según la clínica de agitación psicomotriz, se manifiestan signos y síntomas como la confusión, ansiedad, taquicardia, aumento de la tensión arterial, delirios y alucinaciones, agresividad y verborrea entre otros. Centrándolas en las necesidades marcadas por Virginia Henderson, se puede observar que la mayoría de las necesidades como son la oxigenación, alimentación, movilización, eliminación, sueño, higiene, y la participación se ven alteradas. En especial, la necesidad número 9, descrita como la Seguridad, ya que se pone en riesgo la seguridad del propio paciente y del entorno. (1,2,3,4,5,6)

Los profesionales de enfermería son los responsables de atender las necesidades de los pacientes, es por ello por lo que el objetivo de este estudio es investigar a cerca de la práctica enfermera dirigida al cuidado de los pacientes durante la crisis de agitación psicomotriz y analizar la seguridad de dichas intervenciones.

## **4. Objetivos**

Objetivos generales.

1. Analizar el abordaje terapéutico, desde la perspectiva enfermera, del paciente con trastorno mental grave, adolescente, que presenta agitación psicomotriz.

Objetivos específicos.

1. Identificar intervenciones de enfermería en el paciente con trastorno mental grave, adolescente, que presenta agitación psicomotriz.
2. Analizar la intervención de enfermería sobre el paciente desde la perspectiva de la seguridad clínica.

## 5. Metodología

El trabajo consiste en realizar una revisión bibliográfica sobre la Agitación Psicomotriz centrándose concretamente en las posibles alternativas terapéuticas enfermeras y la seguridad de estas. Con el objeto de conocer el abordaje del personal de enfermería y la seguridad clínica de esta práctica, se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed, Dialnet, Scielo, ScienceDirect y Lilacs con el objeto de conocer la literatura escrita acerca del tema, que ayudará a definir el objetivo que se pretende conseguir.

Asimismo, se utilizaron otras estrategias con la intención de cubrir la mayoría de los artículos publicados en esta área:

- a) Búsqueda manual en revistas relevantes dentro de esta temática.
- b) Búsqueda manual a partir de listas de referencias bibliográficas de los artículos más relevantes sobre el tema.
- c) Información contenida en manuales.
- d) Legislación relacionada.
- e) Buscadores de Internet académicos, entre otros, cuya bibliografía, será posteriormente referenciada.

Adicionalmente, se consultaron los boletines estadísticos del Instituto Nacional de Salud, Organización Mundial de la Salud, El Observatorio de Salud de la Infancia, entre otros. Finalmente, se seleccionaron las referencias que estuvieran acordes con el objetivo que se quiere lograr con esta revisión.

El término Mesh que se ha utilizado y que representa el tema central de este estudio es "Psychomotor Agitation".

Los términos en inglés utilizados para la búsqueda bibliográfica son: "Psychomotor", "Agitation", "Adolescence", "Nursing", "Severe Mental Disorder", "Restraint", "Effectiveness", "Security" usando diferentes sinónimos y realizando diferentes combinaciones entre ellos. En castellano: "Agitación", "Psicomotriz", "Adolescencia", "Enfermería", "Seguridad", "Protocolo", "Contención", "Control".

Todos estos términos combinados principalmente con el booleano AND han sido de utilidad para enfocar la búsqueda. Además, también se ha hecho uso de NOT y OR para reducir o ampliar la búsqueda.

Para llevar a cabo la revisión, se limitó la búsqueda a los estudios en seres humanos, de ambos sexos y con prioridad en los que iban dirigidos a la población adolescente o pediátrica. La antigüedad establecida ha sido de un máximo de máximo 10 años, filtrando los textos que estuvieran tanto en inglés como en español.

En cuanto al periodo de búsqueda, se realizó principalmente durante los meses de febrero y marzo, dándola por finalizada en abril del 2021.

### Estrategia de búsqueda

En la tabla llamada “*Estrategias de búsqueda*” adjunta posteriormente se aprecia la información específica de cada base de datos sobre la estrategia empleada para la búsqueda de estudios.

Primeramente, se realizaron búsquedas globales en Dialnet y otros buscadores como Google Académico, libros, manuales y guías con el objetivo de enfocar el tema y plantear el apartado de la introducción.

Más adelante, la búsqueda pasó a realizarse centrada en cada base de datos. Inicialmente las búsquedas fueron generales y sin aplicar ningún tipo de filtro. Posteriormente, se aplicaron filtros y términos más específicos con el objetivo de centrar los resultados de la búsqueda.

Dialnet fue la primera base de datos en la cual se realizó la búsqueda. En esta, no se aplicó ningún tipo de filtro y se hizo uso de términos generales. Seguido, se realizó el mismo tipo de búsqueda en Scielo, y después se establecieron filtros como la antigüedad inferior a los diez años y la disponibilidad del texto completo.

Pubmed fue la siguiente base de datos utilizada, y la búsqueda en esta fue similar a la anterior. Se filtraron el tipo de texto, su antigüedad, y el idioma, tanto en inglés como en español.

Otra de las bases utilizadas es ScienceDirect, donde se realizaron búsquedas generales utilizando términos en inglés como “Psychomotor Agitation”, “Nurse” o “Adolescence”.

Finalmente, Lilacs, es una base donde las búsquedas realizadas se llevaron a cabo filtrando el año de publicación y el tipo de documento en alguno de los casos.

En la tabla de “Estrategias de búsqueda”, pueden verse tanto las bases de datos utilizadas y las fechas en las que se realizaron las distintas búsquedas, como las diferentes combinaciones de términos utilizadas en cada una de ellas, además de los artículos inicialmente seleccionados junto con los utilizados definitivamente para llevar a cabo la revisión.

Los artículos que fueron seleccionados inicialmente pero que finalmente fueron descartados fue debido a que no cumplían los requisitos como la antigüedad mínima limitada, o que no resultaron de interés o no estaban directamente relacionados con el objetivo del estudio.

Las razones para elegir las bases de datos citadas anteriormente han sido las siguientes:

- Dialnet. Se trata de una base asociada a la Universidad de La Rioja con contenido científico. Tratándonos de alumnos de esta universidad, se nos facilita el acceso a los artículos.
- Scielo. Se trata de una base de datos con artículos originales sobre cualquier área científica. Además, posee colecciones completas y los textos están constantemente actualizados.
- Pubmed. El acceso a Medline es gratuito y sin registros. Además, permite realizar dos tipos de búsquedas: la búsqueda básica y avanzada. También se pueden aplicar filtros como el año de publicación del documento o el idioma entre otros. Brinda la posibilidad de acceder a libros de texto en formato electrónico y sitios web con información editorializada, relacionados con las citas. Una de las limitaciones encontrada en muchas ocasiones fue la falta de posibilidad de acceder al texto completo.
- ScienceDirect. Ya que está desarrollado por la editorial Elsevier, se ofrece una amplia variedad de más de 2.500 capítulos y casi 20.000 libros con rigurosos estándares en cuanto a calidad. Está compuesto por cuatro secciones, Ciencias Físicas e Ingeniería, Ciencias de Vida, Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales y Humanidades. A pesar de que permite obtener muchos resúmenes y textos completos en formato PDF, una de sus mayores limitaciones es que muchos de los artículos son de pago.
- Lilacs. Se trata de una base de datos cuyo contenido sobre las Ciencias de La Salud se ha publicado en la América Latina y el Caribe. Ofrece la posibilidad de realizar búsquedas avanzadas aplicando filtros como varia palabras clave, tipo de texto u años desde la publicación.

TABLA 1 “Estrategia de búsqueda”

Base de datos: **Dialnet**

FECHA	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	SELECCIÓN INICIAL	SELECCIÓN FINAL	ARTÍCULO
14/02	Agitación AND psicomotriz	49	1	García M, Bulgarín R. <i>Agitación psicomotriz</i> . Dialnet. 2021
14/02	Agitación AND enfermería	41	2	Bernal Pérez F, Bustamante Pujadas C, Hernández Ariza M, Nieves Montero J. <i>Agitación en paciente adulto hospitalizado</i> .

					<i>Plan de cuidados estandarizados.</i> Revista Científica de enfermería. 2013.
14/02	Agitación AND enfermería				Negro Gonzalez, E. and García Manso, J., 2004. <i>El paciente agitado: Planificación de cuidados [</i> . Nure Investigación Revista Científica de Enfermería.
	Agitación AND protocolo	66		1	Jimenez Busselo, M., Aragón Domingo, J., Nuño Ballesteros, A., Loño Capote, J. and Ochando Perales, G., 2009. <i>Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento.</i> ScienceDirect
14/02	Agitación AND contención	23		2	Diéguez Poncela, M., Gualdrón Romero, M. and Gándara Diego, M., 2017. <i>La contención mecánica en el ingreso hospitalario agudo.</i> Hospital Comarcal de Laredo
14/02					Carcoba Rubio, N., García Barriusco, C. and Guevara Jiménez, C., 2012. <i>Contención mecánica en Urgencias.</i> Nure Investigación Revista Científica de Enfermería
14/02	Agitación AND seguridad	106		1	Fernandez Gallego, V., Murcia Pérez, E., Sinisterra Aquilino, J., Casal Angulo, M. and Gómez Estarlich, M., 2009. <i>Manejo inicial del paciente agitado.</i> Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
	Trastorno mental grave AND adolescencia				

**TABLA 2 “Estrategia de búsqueda”**
**Base de datos: Scielo**

FECHA	BUSQUEDA	SELECCIÓN INICIAL	SELECCIÓN FINAL	ARTÍCULO
16/02	Agitación AND psicomotriz	15	1	Martín Cazorla F, Santos Amaya I, López García M. <i>Agitación psicomotriz e implicaciones médico forenses</i> . Scielo. 2011
16/02	Agitación AND seguridad	11	0	
16/02	Agitación AND enfermería	3	0	
16/02	Agitación AND contención	1	1	Sastre Rus, M. and Campaña Castillo, F., 2014. <i>Contención mecánica: definición conceptual..</i> Scielo
16/02	Paciente AND agitado	13	1	Gómez Restrepo, C., Bohórquez Peñaranda, A., Ávila Mauricio, J., Jaramillo González, L. and Vélez Fernández, C., 2014. <i>Tratamiento farmacológico del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación</i> . Elsevier
16/02	Agitación AND control	58	0	
16/02	Enfermería AND contención	11	0	

**TABLA 3 “Estrategia de búsqueda”**
**Base de datos: Pubmed**

FECHA	BÚSQUEDA	R. INICIO	R. FINAL	ARTÍCULO
18/02	Agitation AND psychomotor  (ESPAÑOL, 5 AÑOS)	11	2	Gómez Romero, M., Jiménez Palomares, M., Rodríguez Mansilla, J., Flores Nieto, A., Garrido Ardila, E. and González López, M., 2017. <i>Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia.</i>
				Céster Martínez, A., Cortés Ramas, J., Borraz Clares, D. and Pellicer Gayarre, M., 2017. <i>Nuevo abordaje farmacológico en la agitación psicomotriz en pacientes psiquiátricos tratados en el medio extrahospitalario. A propósito de 14 casos..</i> Pubmed.
18/02	Agitation AND Psychomotor AND Restraint  5 AÑOS	24	2	Teece, A., Baker, J. and Smith, H., 2020. <i>Identifying determinants for the application of physical or chemical restraint in the management of psychomotor agitation on the critical care unit..</i> J Clin Nurs.
18/02				Vieta, E., Garriaga, M., Cardete, L., Bernardo, M., Lombraña, M., Blanch, J., Catalán, R., Vázquez, M. and Soler, V., 2017. <i>Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation.</i> BMC Psychiatry.
18/02	Agitation AND Psychomotor AND Restraint AND Effectiveness	15	1	Williamson, D., Frenette, A., Burry, L., Perreault, M., Charbonney, E., Lamontagne,

	5 AÑOS			F., Potvin, M., Giguère, J. and Bernard, F., 2019. <i>Pharmacological interventions for agitated behaviours in patients with traumatic brain injury: a systematic review</i> . Pubmed
18/02	Agitation AND Psychomotor AND Restraint AND Security	6	0	
18/02	Agitation AND Psychomotor AND Security	28	0	

TABLA 4 “Estrategia de búsqueda”

Base de datos: **ScienceDirect**

FECHA	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	SELECCIÓN INICIAL	SELECCIÓN FINAL	ARTÍCULO
22/02	Psychomotor AND Agitation AND Mental health AND nursing AND physical restraint	68	1	Ye, J., Wang, C., Xiao, A. and Yu, L., 2019. <i>restraint in mental health nursing: A concept analysis</i> .
22/02	Psychomotor AND Agitation AND Nursing	94	1	Ye, J., Xiao, A., Yu, L., Wei, H. and Wang, C., 2017. <i>Physical restraints: An ethical dilemma in mental health services in China</i> . ScienceDirect.

**TABLA 5 “Estrategia de búsqueda”**
**Base de datos: Lilacs**

FECHA	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	SELECCIÓN INICIAL	SELECCIÓN FINAL	ARTÍCULO
03/03	Adolescence AND Agitation	7	1	Greif V, Treibel M. <i>Manejo de la excitación psicomotriz en niños y adolescentes</i> . Pesquisa.bvsalud.org. 2017.
03/03	Psychomotor AND Agitation	40	1	Manzano, Y., Mir, R. and Falcó, A., 2021. <i>La contención mecánica en los cuidados del paciente con trastorno mental: Una aproximación conceptual y crítica</i> . Scielo.
03/03	Psychomotor AND Agitation AND Nursing	12	0	

## 6. Resultados

### 4.1 Intervenciones del profesional de enfermería en el paciente adolescente con trastorno mental grave, que presenta agitación psicomotriz.

Es habitual que durante la actuación en la urgencia psiquiátrica el personal implicado trabaje bajo mucha presión y esto les genere ansiedad. Generalmente, el enfermo tiene dificultades para comunicarse mientras transcurre el episodio de agitación psicomotriz, es por ello por lo que el manejo verbal tiene una gran importancia durante la intervención. Aparentar calma y control, evitar emitir juicios y provocaciones son actuaciones que ayudan a mejorar la calidad de los cuidados relacionados con los episodios de agitación. También se debe escuchar al paciente una vez haya cesado la agresividad y empiece a hablar de forma más tranquila. (12)

A pesar de que el enfermo psiquiátrico genere habitualmente sentimientos de inseguridad y temor, esta sensación disminuye o incluso desaparece cuando se adquieren conocimientos en torno al tema y a las habilidades en el manejo de este tipo de pacientes. (12)

La actuación de los profesionales sanitarios está basada en una secuencia de objetivos que deben cumplirse de manera jerarquizada. (13)

1. Controlar la conducta del paciente agitado.
2. Evaluación integral de su estado.
3. Aplicación del tratamiento basado en un diagnóstico correcto.

#### 4.1.1 Valoración y abordaje verbal del paciente agitado.

A la hora de iniciar el control de conducta es esencial hacer una valoración de los riesgos tanto del propio paciente y del personal implicado como de los factores ambientales. Se aplicarán las medidas de seguridad necesarias sin excederse, ya que el uso de medidas de seguridad desproporcionadas puede suponer un aumento de la agitación en el paciente. (13)

Sólo se debe proceder a la evaluación una vez esté garantizada la seguridad y no haya presencia de peligro inminente. Para ello, el entorno más adecuado para iniciar la valoración consiste en un espacio sin ventanas ni elementos punzantes y con posibilidad de acceder a la puerta de salida sin trabas. Además, es recomendable que el entrevistador estudie los antecedentes personales del paciente para conocer el riesgo de la situación y las medidas que debe adoptar durante la entrevista. (14)

Algunas de las medidas seguridad que se pueden aplicar ante un paciente agitado son evitar realizar movimientos bruscos, dirigirse de forma calmada e iniciando la

conversación con temas neutrales, no examinar pacientes que vayan armados, y nunca darles la espalda o perderlos de vista. (14)

Cuando se realiza la evaluación, es un error diagnosticar automáticamente que la agitación es de origen psiquiátrico e ignorar las posibles causas orgánicas, ya que algunas pueden evolucionar gravemente en poco tiempo. Por lo tanto, la evaluación siempre debe ser integral, e intentando descartar rápidamente las causas que ponen en riesgo la vida del paciente. La evaluación integral debe estar compuesta por un estudio profundo de la historia clínica y los antecedentes personales del paciente. Se valoran aspectos como la cronicidad del episodio, la causa de la aparición, el consumo de tóxicos, y los antecedentes tanto familiares como propios de episodios anteriores o similares de alteraciones de conducta. Además, también se debe hacer un examen del estado mental evaluando el nivel de conciencia, el grado de orientación, el estado cognitivo, el lenguaje, la conservación del juicio, la presencia de alucinaciones y la afectividad. Esta evaluación puede ir acompañada de exámenes complementarios del laboratorio e imágenes, y de un examen físico en pacientes diagnosticados previamente de trastornos psiquiátricos agudos. (14)

Los diagnósticos de enfermería más habituales durante una crisis de agitación en pacientes con trastorno mental grave están relacionados la seguridad del paciente y su percepción cognitiva y perceptual. Algunos de los ejemplos son el Riesgo de violencia autodirigida 00140, el Riesgo de violencia dirigida a otros 00138, la Ansiedad 00146, la Confusión aguda 00128, o el Riesgo de lesión 00035. (15)

Para tratar los diagnósticos establecidos anteriormente, se deben plantear unos objetivos dirigidos tanto al profesional de enfermería responsable como al paciente. Los enfermeros deberán reducir la ansiedad del paciente y los estímulos exteriores, proporcionar un ambiente seguro, y evaluar cualquier riesgo de lesión. En cuanto al paciente, deberá identificar las causas de su conducta agitada, aprender a controlarla, y reducir el número de episodios. (16)

A la hora de aplicar los cuidados, no deben basarse en un protocolo rígido y estricto, tienen que ser individualizados. (16) Aun así, algunos de los cuidados que se aconsejan aplicar en el artículo *Contención mecánica en urgencias* publicado en *NURE: Revista Científica de Enfermería* son los siguientes: (17)

- Durante la primera hora de ingreso, el paciente debe estar vigilado cada 15 minutos. Posteriormente, se realizará una valoración cada hora. En cada visita se evaluará el estado de conciencia y se anotará en la historia de enfermería junto con cualquier incidencia que haya ocurrido y los cuidados aplicados.
- Toma de constantes por turno, vigilando la frecuencia cardíaca, la temperatura y la tensión arterial.
- Proporcionarle los cuidados que precise relacionados con la alimentación, eliminación e higiene, además de prevenir lesiones cutáneas por estar encamado.

- Vigilar la aparición de efectos adversos relacionados con el tratamiento aplicado para la manejar la agitación. Es posible la aparición de trastornos del torrente sanguíneo como tromboembolismos, el infarto agudo de miocardio o accidentes cerebrovasculares. Una alternativa para prevenirlos es realizar cambios posturales y evitar las inmovilizaciones durante periodos prolongados.

El abordaje verbal es una técnica dinámica que orienta al paciente hacia un estado de calma mientras se establece una relación terapéutica. Varios estudios han demostrado que un abordaje verbal realizado de forma correcta reduce la intensificación de los síntomas y previene el uso de medidas invasivas. Los objetivos del abordaje verbal son: (18)

- Restablecer el autocontrol del paciente, introduciendo límites claros del comportamiento.
- Garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal implicado en la reducción de la crisis de agitación.
- Establecer un vínculo con el paciente con el objetivo de facilitar un diagnóstico adecuado.
- Garantizar la participación del paciente en la toma de decisiones relacionadas con su estado de salud.
- Reducir la agitación y prevenir posibles episodios de violencia.

A pesar de que durante el manejo de la agitación es necesaria la colaboración de todo el equipo, se recomienda que sólo una persona interactúe directamente con el paciente cuando se trata del abordaje verbal. Esta interacción debe ser tranquila y concisa, utilizando un lenguaje sencillo y de escucha activa, identificando sus necesidades y sentimientos para establecer confianza. (18)

Hay varios aspectos que el responsable de la interacción debe tener en cuenta: (13,18)

- Debe presentarse como el responsable de su atención clínica y cuidados, y explicar que su objetivo es ayudarlo. El paciente debe percibir que el control de la situación está en manos del profesional responsable, sin sentirse amenazado por esto.
- Es importante mantener la calma y la compostura, para así poder reducir la tensión.
- Se evitarán los enfrentamientos y caer en las amenazas, se debe escuchar lo que el paciente quiere comunicar y la razón de su temor o enfado. Ante una situación de violencia inminente, explicar al paciente que la violencia no es aceptable, proponiendo la resolución del problema a través del diálogo.
- Se debe respetar la distancia interpersonal y explicar los procedimientos que se realizan y el motivo de estos, como la canalización de una vía, toma de constantes, etc.

- Establecer límites, y al mismo tiempo, ofrecer al paciente oportunidades realistas relacionadas con la mejora de sus síntomas.
- Si la intervención verbal no resulta efectiva, se deben aplicar medidas de contención física o farmacológica. Se puede considerar la intervención médica o de los guardias de seguridad si es necesario.

#### 4.1.2 Contención mecánica.

Se trata de una medida que se adopta como última opción o en casos excepcionales en los que se presenta un riesgo elevado por la presencia de agresividad del paciente tanto hacia otros como para sí mismo por presentar ideación autolítica. Esta medida también está indicada en pacientes que dificultan o interrumpen su propio plan terapéutico con acciones como la retirada de sondas, vías, drenajes, etc. (19)

Antes de proceder a la contención debe informarse de la causa o el motivo y explicar las diferentes opciones de tratamiento, brindando siempre la opción del tratamiento farmacológico. El paciente o su tutor/a debe entender que se no se trata de un castigo, sino que tiene una función terapéutica. A veces, tan solo con la presencia y la seguridad de los profesionales el paciente es capaz de reconocer su actitud y el riesgo que supone esta, y decide cooperar. (19)

El facultativo es el responsable que indica la ejecución de la contención mecánica, aun así, el profesional de enfermería está autorizado para iniciar el procedimiento en situaciones de urgencia, siempre y cuando se notifique al médico lo antes posible y se registre posteriormente en la historia clínica del paciente. (17)

La contención mecánica se consideraba conveniente para que las enfermeras pudieran realizar múltiples tareas terapéuticas. En el estudio *Identifying determinants for the application of physical or chemical restraint in the management of psychomotor agitation on the critical care unit*. se estudia la aplicación de esta intervención y compara el posible impacto negativo de la contención mecánica frente a los beneficios de evitar las interferencias en la aplicación del tratamiento. (20)

El personal de enfermería era el principal responsable de la aplicación de la contención mecánica, ya que raramente eran los médicos quienes lo indicaban. El estudio demostró que las enfermeras con falta de formación se asociaron con mayor tasa de negligencia a la hora valorar las causas subyacentes del delirio y agitación. En cambio, enfermeras que habían recibido formación demostraron conocimientos y una práctica de contención más segura. (20)

El motivo de que las contenciones mecánicas se apliquen solamente en motivos de urgencia o peligro se debe a que esta práctica va en contra de la voluntad del paciente. Es necesario que todo el personal participante esté debidamente formado y respete los derechos fundamentales del paciente, ya que, según la declaración de los derechos humanos, las restricciones aplicadas en el ámbito sanitario deben tener únicamente finalidad preventiva o terapéutica. Las contenciones aplicadas fuera de este contexto

quedan a cargo de los organismos judiciales y de seguridad, ajenos al tema de estudio. (21)

El artículo *Physical restraints: An ethical dilemma in mental health services in China* analiza la aplicación de la contención mecánica, basándose en el cumplimiento de los principios éticos de la enfermería: (22)

- Principio de autonomía. La autonomía se refiere a la capacidad de la persona para tomar decisiones de acuerdo con sus propios valores. Así, obtener el consentimiento informado en la práctica enfermera es esencial para proceder a la actuación respetando la autonomía del paciente. El uso de contenciones vulnera indudablemente este principio a menos que se den explicaciones sobre el procedimiento que se va a realizar y de las razones de este antes de ejecutarlo.
- Principio de justicia. Los pacientes siempre deben ser tratados como seres humanos y con respeto. Aplicar contenciones ciegamente hacia los pacientes que muestran un comportamiento agresivo no cumple con el trato de respeto y empatía que merecen tener todos. A pesar de que la adopción de medidas restrictivas es inevitable en ocasiones para cumplir con la aplicación del tratamiento y evitar la violencia, los pacientes deben ser tratados como personas y contar con la disposición del personal de enfermería para satisfacer sus necesidades básicas.
- Principio de beneficencia. Se define como la aplicación de las medidas más favorables para beneficiar al paciente. Centrándose en las sujeciones, se califica como beneficencia selectiva, ya que se trata de una intervención protectora con el fin de evitar complicaciones.
- Principio de no maleficencia. Significa que los profesionales sanitarios deben buscar un equilibrio entre los objetivos terapéuticos y los secundarios. Sin embargo, los efectos adversos causados por la contención mecánica convierten en conflicto el cumplimiento de este principio. Entre los efectos secundarios pueden aparecer lesiones cutáneas, alteraciones del sistema nervioso o trombosis venosas profundas entre otros. Además, es frecuente la aparición de traumas psicológicos como la desmoralización, el miedo o la pérdida de dignidad.

Varios estudios han concluido con que los efectos adversos que provocan sujeciones físicas van en contra del principio de beneficencia, por lo que el dilema está en cómo conseguir la beneficencia sin maleficencia. (22)

Teniendo en cuenta que la causa de una es el efecto de la otra y que el objetivo de aplicar las sujeciones es la seguridad del paciente, las consecuencias negativas producidas por estas serán moralmente aceptadas. Así, la finalidad terapéutica de la contención debe superar los efectos secundarios en las prácticas de enfermería. (22)

El equipo debe estar formado por al menos cuatro profesionales cualificados, ya que cada uno podrá sujetar una extremidad y el quinto la cabeza. El personal recomendado para ejecutar la contención es la figura del médico como coordinador de la actuación, profesionales de enfermería y auxiliares. En caso de haber riesgo para la integridad física del paciente o de los profesionales, se recomienda la presencia del personal de seguridad. (17)

La cooperación y rapidez de ejecutar la contención por parte del personal es esencial para que se realice correctamente, es por ello por lo que primero se debe planificar la contención. Al realizarse de en contra de la voluntad, supone un motivo de estrés y ansiedad para el paciente así que debe tratarse de una medida a corto plazo, hasta que se tranquilice. (19)

La ejecución de la contención mecánica es la siguiente: (17, 19)

1. El coordinador de la ejecución es el responsable de informar al paciente del procedimiento que se va a realizar, y el motivo de la actuación.  
Una vez informado, dar al paciente la oportunidad de aceptar las demandas por parte del personal sanitario y acceder voluntariamente a colaborar con ellos. En caso de rechazar la idea nuevamente, se procederá a la contención.
2. Planificar la contención. Definir la extremidad del paciente que sujeta cada persona. Uno se encarga de la cabeza, y cada uno de los cuatro restantes de una extremidad.  
Preparar la sala y los recursos materiales necesarios para el procedimiento. Despejar el espacio, colocar la camilla dispuesta para tumbar al paciente sobre ella y retirar objetos punzantes o peligrosos.
3. Sujetar al paciente de forma en la que con una mano se tira de las axilas hacia arriba y con la otra se sujeta la muñeca del paciente tirando hacia abajo.
4. Una vez colocado al paciente decúbito supino, el coordinador, colocado en la cabecera de la cama, da las indicaciones además de proteger la cabeza y el cuello del paciente. El resto del personal se distribuirá sujetando el miembro que se les ha asignado previamente. Es importante asegurar la inmovilidad de las grandes articulaciones como los hombros, codos y rodillas para reducir el riesgo de fractura y provocar inmovilidad.
5. En caso de necesidad de traslado del paciente, su posición debe ser sujeto de las rodillas y los brazos.
6. Se debe hacer una valoración individualizada de cada paciente y evaluar cuál de las posiciones es más adecuada para su situación.  
Se recomienda colocarlos en decúbito prono frente a decúbito supino para evitar broncoaspiraciones y otras complicaciones asociadas a las crisis de agitación.  
Cuando se trata de pacientes obesos, se han descrito casos en los que han fallecido por asfixia posicional debido a la presión que se les aplica en la

espalda. En cambio, la vigilancia a los pacientes resulta mucho menos complicada cuando se encuentran colocados en decúbito supino.

Una vez colocado en la camilla, se procede a colocar las sujeciones físicas en las muñecas y tobillos, se recomienda cubrirlas con protectores para evitar lesiones cutáneas.

La sujeción puede ser completa; inmovilizando el tronco y las cuatro extremidades, o parcial; inmovilizando el tronco y dos extremidades diagonales.

7. Comprobar el grado de movilidad y la colocación de las ataduras.
8. Tranquilizar al paciente y volver a explicar que no se trata de un castigo, sino que de una medida de seguridad en la cual sus necesidades no dejarán de atenderse.
9. Registrar procedimiento en el evolutivo de enfermería.

Las sujeciones deben ser revisadas en cada turno, valorando la seguridad del paciente y su comodidad para prevenir complicaciones asociadas a la contención. Si la inmovilización se prolonga, está indicado liberar extremidades alternativas durante media hora para evitar efectos secundarios como tromboembolismos. Además de la vigilancia de las ataduras, es esencial la valoración de las constantes vitales y el estado de conciencia, registrándolos en la historia clínica. (19)

#### 4.1.2 Contención química.

La contención química se basa en el uso de medicación para controlar el comportamiento o inhibir la actividad del paciente de forma excepcional en situaciones que realmente lo requieren. El objetivo de esta actuación siempre es proteger al paciente y al personal sanitario, nunca debe usarse como sanción o por un motivo de interés personal. La administración de medicación sin consentimiento del paciente está permitida siempre y cuando su propia integridad o el entorno estén en peligro. Cuando se trata de una urgencia psiquiátrica, la administración de fármacos debe ir dirigida al control de síntomas. (23)

En ocasiones, el uso de antipsicóticos suprime también los síntomas de otra enfermedad, por lo que cuando sea posible es importante averiguar la causa de la sintomatología y tratar la posible etiología orgánica subyacente. (23)

La vía oral es la vía de administración más indicada, ya que lo ideal es hacer uso de vías de administración no invasivas para preservar la relación profesional-paciente además de que el paciente participe en el proceso de toma de decisiones. (15)

Habitualmente, durante la crisis de agitación psicomotriz resulta complicado acceder tanto a la vía oral como a la intravenosa, ya que habitualmente no se cuenta con la

colaboración del paciente. Por lo tanto, la vía de administración de elección suele ser la intramuscular (IM) debido a su seguridad. (18)

Según el artículo *Nuevo abordaje farmacológico en la agitación psicomotriz en pacientes tratados en el medio extrahospitalario. A propósito de 14 casos* dirigido por Armando Céster-Martínez, sólo uno de los tres pacientes con crisis de agitación extrema a los que se les ofreció un tratamiento farmacológico de Loxapina inhalada accedió a colaborar. En cambio, todos los pacientes con una agitación de menor intensidad aceptaron el tratamiento. (24)

La elección del fármaco debe basarse en el grado de agitación que muestra el paciente y sus antecedentes clínicos. (18)

La medicación más habitual durante las crisis de agitación son las benzodiazepinas. Estas, son de acción rápida y producen sedación. Antes de la administración se debe comprobar que el paciente no ha consumido otra sustancia depresora, ya que puede aparecer una reacción sinérgica provocando una depresión respiratoria. Esta, se manifiesta con sintomatología de confusión, sedación, náuseas o ataxia. Los pacientes con trastornos del desarrollo pueden tener reacciones paradójicas aumentando así la intensidad del cuadro de agitación. El personal de enfermería debe conocer los efectos adversos asociados a estos fármacos y cómo tratarlos. (15, 23)

Los pacientes asociados a patologías mentales como la esquizofrenia, manías o trastornos de personalidad deben ser tratados con neurolépticos. A pesar de que estos fármacos reducen la hiperactividad, la excitación o la ansiedad, cuentan con el riesgo de la aparición de síntomas extrapiramidales que el personal de enfermería debe vigilar. (15)

Dependiendo de la intensidad de agitación y de los antecedentes clínicos del paciente la elección de la medicación y su vía de administración será diferente:

- Cuadro de intensidad leve. (23)

Se considera una crisis de agitación leve cuando se puede contar con una pequeña colaboración por parte del paciente. En estos casos, la vía de administración indicada es la oral, rectal o sublingual, recurriendo a las benzodiazepinas.

El fármaco de elección es el Diazepam. Tratándose de pacientes adolescentes y pediátricos la dosis se ajusta con su peso, a 0.2-0.5mg/kg/dosis.

- Cuadro de intensidad de moderada a severa. (23)

No existe colaboración por parte del paciente por lo que la vía de administración recomendada es la intramuscular. Existen dos fármacos de elección:

- Lorazepam. Es un fármaco de metabolización hepática, con acción rápida y semivida corta. La dosis recomendada es de 0.05-0.1mg/kg/dosis.

España no cuenta con la presentación para administrarla de forma parenteral, pero es la más benzodiazepina más usada en los países que la disponen.

- Midazolam. Indicada para administrar por vía intramuscular, sin diluir. Su acción es rápida, y cuenta con una semivida más corta que el Lorazepam a pesar de que la dosificación es similar. Uno de los efectos adversos más comunes es la amnesia retrógrada y anterógrada que produce.

- Paciente diagnosticado de trastorno psicótico que presenta un cuadro de agitación psicomotriz.

Los pacientes asociados a patologías mentales como la esquizofrenia, manías o trastornos de personalidad deben ser tratados con neurolépticos. A pesar de que estos fármacos reducen la hiperactividad, la excitación o la ansiedad, cuentan con el riesgo de la aparición de síntomas extrapiramidales que el personal de enfermería debe vigilar. (15)

En la medida de lo posible, se debe aplicar un tratamiento que trate la causa etiológica de la agitación. La administración conjunta de benzodiazepinas y neurolépticos para el control de la excitación es segura, debido a que sus diferentes mecanismos de acción protegen la aparición de efectos adversos. Además, aumenta la eficacia y la rapidez del efecto. (19)

El Haloperidol es un neuroléptico incisivo indicado para pacientes psicóticos diagnosticados. Puede reaccionar con otras sustancias como la Feniclidina produciendo distonías. Por lo tanto, se debe descartar el consumo de tóxicos y vigilar la aparición de efectos secundarios. (15)

El tratamiento de elección se basa en la administración conjunta de Haloperidol (2.5mg/kg/dosis) y Lorazepam (0.05-0.1ml/kg/dosis). Ya que los fármacos no reaccionan entre sí, está recomendado administrarlos por vía IM en una misma jeringa y repetir la administración cada 10 minutos hasta controlar los síntomas. Si el paciente colabora, las siguientes dosis pueden administrarse por vía oral. (23)

- Paciente con antecedentes de consumo de alcohol y tóxicos que presenta un cuadro de agitación. (23)

Está indicada la administración de 2.5-6mg/kg/dosis de Clorpromazina por vía IM sin diluir o diluida con una ampolla de suero fisiológico.

Se trata de un neuroléptico de acción sedante en los cuadros de agitación y en adicciones a opiáceos, benzodiazepinas y alcohol. Supone un gran riesgo de efectos adversos, por lo que el responsable de la administración debe permanecer alerta.

- Casos extremos. (23)

Se puede recurrir a la administración intravenosa de medicación, ya que el efecto es inmediato. Aun así, el riesgo de producir una depresión respiratoria es elevado por lo que la infusión en bolo debe hacerse lentamente.

Se debe realizar en caso de que haya disponibilidad de acceder a un equipo de reanimación y al antagonista de las benzodiazepinas como es el Flumazenil intravenoso.

El tratamiento etiológico estará condicionado por la causa de la agitación psicomotriz. A pesar de la dificultad de realizar una anamnesis y pruebas complementarias, es importante realizar un diagnóstico correcto durante la fase de contención para evitar aplicar la sedación farmacológica en los casos que no lo precisan. (19)

Es esencial la observación del paciente para valorar la evolución. Mientras tanto, los profesionales de enfermería son los responsables de aplicar los cuidados y medidas generales como tratamiento de su causa etiológica: (16)

- Informar al paciente de todas las actividades que se le van a realizar.
- Se debe observar y ayudar siempre que lo necesite en las actividades de autocuidado como la higiene personal, alimentación y bienestar físico.
- Vigilancia de constantes vitales y valoración del nivel de conciencia.
- Prevención de efectos adversos asociados a los fármacos administrados y a las sujeciones mecánicas aplicadas como edemas en manos y pies o lesiones cutáneas.
- Control del equilibrio hidroelectrolítico y sueroterapia. Además del control de la ingesta y diuresis si precisa.
- Control de la temperatura de la habitación y mantener el aire limpio.
- Comprobación de la seguridad del paciente y de entorno.
- Reducción de estímulos externos.
- Facilitar material como la cuña o la botella para realizar sus necesidades en caso de que no tenga permitido el acceso al baño.
- Si se realizan prácticas con materiales punzantes o peligrosos, como cuchillas de afeitar o cortaúñas, el profesional de enfermería debe supervisar la actividad.
- Valoración de la evolución del paciente y la posibilidad de retirar contenciones dependiendo del estado del paciente.

#### **4.2 Análisis de la intervención de enfermería sobre el paciente con agitación psicomotriz desde la perspectiva de la seguridad clínica.**

Si la intervención verbal al paciente no se planea previamente dependiendo de sus características personales o no evoluciona correctamente, puede aumentar el grado de agitación del paciente empeorando la sintomatología inicial con un incremento de los efectos adversos, ansiedad o temor. (13,14,16)

Clínicamente, la aplicación de la contención mecánica tiene como consecuencia inmediata la finalización del comportamiento agitado y peligroso del paciente. Aun así, es responsabilidad de los profesionales sanitarios revisar la evolución periódica después de la aplicación de la contención, para interrumpir su uso cuando el paciente se encuentre fuera de riesgo y así evitar los efectos secundarios asociados a la intervención: (25)

- La mala colocación de las sujeciones puede provocar asfixia mecánica en el paciente debido a ejercer demasiada presión sobre el tórax y el cuello, dificultando la respiración. Se diagnostica como asfixia postural, estrangulación o sofocación por compresión toracoabdominal. (26)
- Lesiones cutáneas como úlceras por presión, abrasiones, lesiones nerviosas, caídas y estreñimiento.  
Además, si los pacientes inmovilizados se someten a conductas de riesgo como fumar o intentar desprenderse de las sujeciones con fuego, es probable que se produzcan quemaduras. (26)
- La aspiración es uno de los riesgos a los que se someten los pacientes con un nivel de conciencia bajo colocados en posición supina. Las complicaciones asociadas a la aspiración son la neumonía, el edema de pulmón o la asfixia. (26)
- El aumento de la agitación debido al estrés de la situación puede ser la causa de la aparición de una úlcera gastroduodenal o inmunodepresión. En los casos de gran estrés físico y emocional acompañado de resistencia y ansiedad, puede producirse una sobreestimulación cardíaca dando lugar a una muerte súbita. (26)
- Otro tipo de lesión física asociada a la inmovilización es la discapacidad funcional, afectación muscular y contracturas. (22)
- Alteraciones alimenticias como la disminución del apetito y deshidratación. (26)
- Aparición de enfermedades nosocomiales debidas al ingreso hospitalario, las cuales pueden alargar la estancia del paciente. (26)
- Traumas psicológicos como baja autoestima y angustia. Esto tiene como consecuencia que, al empeorar el estigma de los pacientes, se influenciará la adherencia al tratamiento. (25)

Según las indicaciones de la contención mecánica, se debe hacer uso de estas por periodos limitados, liberándolo de sujeciones alternativas durante 10 minutos cada dos horas aproximadamente, para que pueda realizar movilizaciones y evitar complicaciones. Además, es responsabilidad de enfermería revisar la aparición de efectos adversos cada 3-4 horas. (26)

A pesar de la principal indicación de la aplicación de las contenciones mecánicas sea la agitación psicomotriz, según el artículo *La contención mecánica en el ingreso*

*hospitalario agudo* dirigido por M<sup>a</sup> Pilar Diéguez, asegura que hay varios estudios que demuestran que las restricciones aumentan el estrés en el paciente produciendo la reacción contraria al objetivo. (26)

Aun así, otros estudios han comprobado que además de disminuir la reincidencia de crisis de agitación, las consecuencias que se obtienen son menos perjudiciales que las que se hubieran manifestado si la contención se hubiera evitado. (26)

Además del riesgo que supone para los pacientes, el personal sanitario también está expuesto al riesgo de sufrir lesiones físicas y respuestas psicológicas mientras se ejecuta el plan de contención física. Según el artículo *Physical restraint in mental health nursing: A concept analysis*, las lesiones físicas sufridas durante la contención son el motivo principal de baja laboral del personal de los servicios de Salud Mental. (25)

En cuanto a la influencia de las contenciones mecánicas hacia las instituciones, también ejercen efectos positivos y negativos sobre ellas. Teniendo en cuenta los efectos secundarios de la aplicación de la contención mecánica, se promueve la calidad de la atención al paciente y la reducción de estas a los centros de Salud Mental. Esto incentiva la formación del personal además de la promoción de la práctica enfermera. A consecuencia de ello, el entorno terapéutico ha mejorado desde la instauración de estas medidas. (25)

Sin embargo, la existencia de efectos negativos de la contención en las instituciones también es obvia. Para empezar, la aplicación de las contenciones debilita el vínculo entre la enfermera y el paciente. Esto produce desconfianza por parte del paciente hacia el personal, lo que impide que solicite ayuda a los profesionales a cargo de sus cuidados y disminuye la adherencia al tratamiento. (25)

El artículo dirigido por Yasmina Manzano y titulado *La contención mecánica en los cuidados del paciente con trastorno mental: Una aproximación conceptual y crítica*, pone en duda la eficacia clínica de la contención mecánica y propone varias alternativas para reducir la necesidad de contención y aislamiento. (27)

- Define la primera como el establecimiento de una política de liderazgo en la que se apueste por la reducción del uso de medidas coercitivas.
- Por otro lado, propone que un departamento externo revise los episodios que han provocado la aplicación de contenciones para poder prevenirlas en un futuro.
- La tercera propuesta se basa en la recolección de datos y en el análisis de estos para valorar la eficacia de las demás intervenciones.
- Además, se recomienda aplicar entrenamiento y formación en torno a las habilidades de desescalada en los conflictos y sensibilización.
- La quinta intervención trata de involucrar tanto al propio paciente como a la familia impulsándolos a una participación activa del plan de tratamiento y una posterior valoración de la aplicación de restricciones en los casos en los que se hayan aplicado.

- Debido a que aumentar las interacciones entre el personal y paciente están relacionadas con un uso más reducido de las medidas coercitivas, se propone ampliar el número de personal.
- Y finalmente, se destaca la importancia de las relaciones cercanas entre el personal y el paciente, por lo que se debe reducir el estrés ambiental y promover una relación sana.

Teniendo en cuenta los efectos adversos que producen en el paciente las contenciones, entre otras alternativas, se ha demostrado que la musicoterapia tiene beneficios en el tratamiento de la mejora de las alteraciones conductuales, ansiedad y agitación. (28)

A pesar de las distintas propuestas estructurales que se realicen para mejorar la calidad terapéutica y reducir el uso de medidas coercitivas, es primordial formar al personal y dotarlos de herramientas de manejo para este tipo de situaciones de una forma respetuosa y eficaz hacia el paciente. (27)

En cuanto a la restricción farmacológica, el estudio *Identifying determinants for the application of physical or chemical restraint in the management of psychomotor agitation on the critical care unit* realizado por A. Teece, critica la falta de protocolos estandarizados dirigidos a la contención química. Esto conduce a los profesionales de sanitarios multidisciplinares a la variación de dosis y confusión en el personal de enfermería. (20)

Por otro lado, el artículo dirigido por D. Williamson muestra la seguridad farmacológica de la medicación empleada en las crisis de agitación psicomotriz en pacientes con trastornos mentales graves. (29)

De los 25 participantes en el estudio, 11 de ellos requirió la administración de Haloperidol. En los casos en los que la dosis no fue ajustada, los pacientes mostraron un periodo de amnesia postraumática significativamente más largo. En cambio, en las dosis ajustadas no hubo una aparición significativa de efectos adversos asociados al uso del fármaco. Los pacientes que recibieron una dosis más alta desarrollaron más complicaciones. (29)

Los fármacos antipsicóticos presentan riesgo de producir reacciones extrapiramidales agudas como distonías, acinesias o acatisias. (23)

Cuando los antagonistas de la dopamina van acompañados de una reacción hipermetabólica, se produce el Síndrome Neuroléptico Maligno. Ocurre sobre todo en los antipsicóticos clasificados como fenotiazinas y butirofenonas. Se manifiesta en el 3% de los pacientes tratados con antipsicóticos y generalmente la reacción cursa al inicio de tratamiento produciendo inestabilidad del sistema autónomo. (23)

El riesgo de la manifestación del síndrome no tiene componente genético, pero los varones tratados con altas dosis de antipsicóticos durante una crisis de agitación psicomotriz son los más prevalentes. Esto se debe a que se bloquean los receptores

centrales de dopamina. La reanudación de la administración de antipsicóticos provoca una repetición de la reacción en una tercera parte de los pacientes. (23)

La incidencia de mortalidad en el síndrome neuroléptico maligno es del 30% y se manifiesta con síntomas como la rigidez muscular, aumento de la tensión arterial y frecuencia respiratoria, alteraciones del estado mental y disfunción del sistema autónomo. (23)

El tratamiento suele llevarse a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos y se basa en la supresión de fármacos antipsicóticos, y terapia de apoyo para la sintomatología asociada con relajantes musculares. (23)

El estudio descriptivo *Tratamiento farmacológico del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación* dirigido por Gómez-Restrepo C., analiza la evidencia y los efectos adversos de las intervenciones farmacológicas sobre pacientes diagnosticados de esquizofrenia que presentan crisis de agitación y se han tratado con Haloperidol, Olanzapina, Risperidona, Lorazepam y las distintas combinaciones entre ellas. (30)

Los resultados de estudio indican que existe una evidencia sobre la eficacia de la administración farmacológica para el control de la conducta violenta. Se proponen varias recomendaciones a la hora de aplicar la contención farmacológica en pacientes con patología psiquiátrica y agitación psicomotriz: (30)

- Está totalmente indicada la administración de medicación parenteral a pacientes con diagnóstico de patología psiquiátrica en las crisis de agitación psicomotriz.
- La medicación escogida como de primera elección en este perfil del paciente será la combinación del Haloperidol y benzodiazepinas, o la administración de ellas por separado por vía parenteral.
- Los servicios o instituciones que tienen acceso a la atención de un psiquiatra de guardia deben considerar el uso de Olanzapina como fármaco de primera elección por vía intramuscular.
- No está recomendado el uso conjunto de Olanzapina IM con benzodiazepinas.
- Los servicios o instituciones que tienen acceso a la atención de un psiquiatra de guardia deben considerar el uso Ziprasidona como fármaco de segunda elección por vía intramuscular.

No hay datos suficientes para recomendar el uso de cualquier medicamento para el manejo de la agitación en pacientes con trastorno mental grave. Algunos antipsicóticos como la Olanzapina ofrecen beneficios, pero deben ser estudiados más profundamente. El uso de amantadina en enfermos agudos puede aumentar el riesgo de agitación, mientras que los antipsicóticos prolongan el estado de amnesia post traumática. (29)

Es necesaria la investigación sobre intervenciones y evaluaciones continuas en distintos ámbitos como urgencias, centros de rehabilitación o atención primaria para evaluar la

eficacia y seguridad en la aplicación de estos fármacos en población joven con trastorno mental grave. Además, es recomendable definir protocolos estandarizados en cuanto a la evaluación de las crisis de agitación. (29)

## 7. Conclusión

Los graduados de enfermería ante una crisis de agitación psicomotriz deben cumplir tres principales objetivos terapéuticos. Manejar el control de la conducta, realizar una evaluación integral y aplicar el tratamiento indicado conforme a sus necesidades de salud.

Debido a que un paciente con crisis de agitación supone un riesgo tanto para su propia integridad como para el entorno, es esencial realizar una valoración de los riesgos antes de iniciar el abordaje. La valoración de riesgos incluye el estudio previo de los antecedentes personales del paciente además de despejar el espacio en el que se va a intervenir.

A la hora de realizar la evaluación, debe ser integral e individualizada, valorando tanto los antecedentes personales del paciente adolescente como los distintos aspectos relacionados con el episodio actual de agitación.

Una de las primeras técnicas que debe aplicarse para controlar la conducta del paciente es el abordaje verbal. Esta técnica tiene como objetivo reducir la agitación y los riesgos hacia el propio paciente o su entorno a través de una técnica dinámica establecida acorde a la relación terapéutica y orientándolo a un estado de calma. El abordaje verbal siempre debe estar previamente planificado, para evitar las reacciones adversas como el aumento del grado de agitación o la ansiedad del paciente.

La contención mecánica es la medida que se adopta frecuentemente en contra de la voluntad del paciente y con una alta prevalencia en los casos en los que el nivel de riesgo hacia este y su entorno es realmente elevado. Muchos protocolos hospitalarios autorizan a los profesionales de enfermería a dar la orden de iniciar la aplicación de esta medida en situaciones de urgencia.

Tanto para proceder a la intervención como para dar la orden de iniciarla, es esencial la formación de los profesionales, ya que cuenta con un elevado riesgo de aparición de muchos efectos adversos como aumento de la agitación, lesiones cutáneas, asfixia, broncoaspiración y alteraciones relacionadas con la inmovilidad, entre otros. Es responsabilidad de los profesionales de enfermería revisar la aparición de efectos adversos periódicamente.

Los pacientes no son los únicos expuestos a factores de riesgo durante la contención mecánica. Los profesionales implicados en la contención también se ven expuestos a sufrir tanto lesiones físicas como psicológicas durante la intervención.

Existan varias alternativas terapéuticas para reducir la aplicación de las contenciones mecánicas, como la reestructuración del sistema y la predisposición de los profesionales para aplicar medidas menos invasivas. Aun así, la medida más importante relacionada con la mejora de la calidad de los cuidados durante la contención mecánica es la formación del personal en cuanto a las indicaciones para aplicar esta medida y las distintas herramientas para el manejo el paciente.

La contención farmacológica es otra de las medidas terapéuticas indicadas durante la crisis de agitación en el paciente. En el caso de pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave, especialmente cuando cursan con cuadros psicóticos, la mediación de elección es la administración conjunta de benzodiazepinas y neurolépticos por vía intramuscular. A pesar de que estos fármacos reducen la sintomatología de la agitación, cuentan con un elevado riesgo de aparición de síntomas extrapiramidales que son responsabilidad del personal de enfermería vigilar, valorando periódicamente las constantes vitales y el nivel de conciencia, garantizando la seguridad del paciente y de su entorno, y valorando la evolución del paciente, entre otros.

Aunque la elección del fármaco está condicionada por la intensidad de la agitación y los antecedentes personales del paciente, con el fin de mejorar la eficacia durante la práctica, es recomendable establecer unos protocolos estandarizados en cuanto a la evaluación en las crisis de agitación psicomotriz.

Como conclusión general de esta revisión bibliográfica, considero importante destacar dos aspectos que servirían para promover una mejora en la calidad terapéutica aplicada al paciente. Dichos aspectos, son por un lado la formación del personal implicado en la atención sanitaria; y, por otro lado, el establecimiento de protocolos estandarizados para favorecer la eficiencia de la actuación.

## 8. Bibliografía

1. Estévez R, Basset M, Guerrero L. *La sujeción del paciente con agitación psicomotriz*. Medigraphic.org. 2011.
2. García Álvarez M, Bulgarín Gonzalez R. *Agitación psicomotriz*. Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria. 2012.
3. Madóz Gurrupide C, Martínez Moneo M, Otaño M. *El paciente agitado*. Servicio Navarro de Salud. Osasunbidea. 2005.
4. Oliete Blanco M, Sorribas Rubio P, Claraco Vega L. *Agitación psicomotriz*. SEMES Aragón. 2010.
5. Martín Cazorla F, Santos Amaya I, López García M. *Agitación psicomotriz e implicaciones médico forenses*. Scielo. 2011.
6. *El paciente agitado: Recomendación científica*. 2009.
7. Nagumi Pagán Y, Chieng Durán J. *Agitación Psicomotriz*. Academia.Edu. 2015.
8. Sota Leiva T, Simal Galindo T, Pérez Fernández de Landa E. *El trastorno mental grave en la adolescencia: Una mirada grupal*. Dialnet. 2018.
9. Hidalgo Vicario M, Redondo Romero A. Consumo de drogas en la adolescencia: Una mirada grupal. Dialnet. 2015.
10. García Cabeza I, Arango C. . *Prevalencia del consumo de drogas en adolescentes con patología mental grave*. ScienceDirect. 2008.
11. *Planes estandarizados de Enfermería en Salud Mental*. Osakidetza. 2002.
12. Gómez Pascual M. *Intervención de la enfermera especialista en salud mental en el manejo de la agitación psicomotriz mediante la relación terapéutica*. Bibliotecadigitalcecovia.com. 2013.
13. García M, Bulgarín R. *Agitación psicomotriz*. Dialnet. 2021.
14. Greif V, Treibel M. *Manejo de la excitación psicomotriz en niños y adolescentes*. Pesquisa.bvsalud.org. 2017.
15. Bernal Pérez F, Bustamante Pujadas C, Hernández Ariza M, Nieves Montero J. *Agitación en paciente adulto hospitalizado. Plan de cuidados estandarizados*. Revista Científica de enfermería. 2013.
16. Negro Gonzalez, E. and García Manso, J., 2004. *El paciente agitado: Planificación de cuidados* [. Nure Investigación Revista Científica de Enfermería.
17. Carcoba Rubio, N., García Barriusco, C. and Guevara Jiménez, C., 2012. *Contención mecánica en Urgencias*. Nure Investigación Revista Científica de Enfermería.

18. Vieta, E., Garriaga, M., Cardete, L., Bernardo, M., Lombraña, M., Blanch, J., Catalán, R., Vázquez, M. and Soler, V., 2017. *Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. BMC Psychiatry.*
19. Fernandez Gallego, V., Murcia Pérez, E., Sinisterra Aquilino, J., Casal Angulo, M. and Gómez Estarlich, M., 2009. *Manejo inicial del paciente agitado.* Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.
20. Teece, A., Baker, J. and Smith, H., 2020. *Identifying determinants for the application of physical or chemical restraint in the management of psychomotor agitation on the critical care unit.* J Clin Nurs.
21. Sastre Rus, M. and Campaña Castillo, F., 2014. *Contención mecánica: definición conceptual.* Scielo.
22. Ye, J., Xiao, A., Yu, L., Wei, H. and Wang, C., 2017. *Physical restraints: An ethical dilemma in mental health services in China.* ScienceDirect.
23. Jimenez Busselo, M., Aragón Domingo, J., Nuño Ballesteros, A., Loño Capote, J. and Ochando Perales, G., 2009. *Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento.* ScienceDirect.
24. Céster Martínez, A., Cortés Ramas, J., Borraz Clares, D. and Pellicer Gayarre, M., 2017. *Nuevo abordaje farmacológico en la agitación psicomotriz en pacientes psiquiátricos tratados en el medio extrahospitalario. A propósito de 14 casos.* Pubmed.
25. Ye, J., Wang, C., Xiao, A. and Yu, L., 2019. *restraint in mental health nursing: A concept analysis.*
26. Diéguez Poncela, M., Gualdrón Romero, M. and Gándara Diego, M., 2017. *La contención mecánica en el ingreso hospitalario agudo.* Hospital Comarcal de Laredo.
27. Manzano, Y., Mir, R. and Falcó, A., 2021. *La contención mecánica en los cuidados del paciente con trastorno mental: Una aproximación conceptual y crítica.* Scielo.
28. Gómez Romero, M., Jiménez Palomares, M., Rodríguez Mansilla, J., Flores Nieto, A., Garrido Ardila, E. and González López, M., 2017. *Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia.*
29. Williamson, D., Frenette, A., Burry, L., Perreault, M., Charbonney, E., Lamontagne, F., Potvin, M., Giguère, J. and Bernard, F., 2019. *Pharmacological interventions for agitated behaviours in patients with traumatic brain injury: a systematic review.* Pubmed.
30. Gómez Restrepo, C., Bohórquez Peñaranda, A., Ávila Mauricio, J., Jaramillo González, L. and Vélez Fernández, C., 2014. *Tratamiento farmacológico del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta conducta violenta o agitación.* Elsevier.