

María Rubio-Valera^{*1,2,3}
 Elena Huerta Ramos^{*1,4,5}
 Luisa Baladón⁴
 Ignacio Aznar-Lou¹
 José M. Ortiz-Moreno⁴
 Juan V. Luciano^{1,2,6}
 Pere N. Roset-Arisso⁷
 Luis Salvador-Carulla⁸
 José M. Villagrán⁹
 Fermín Mayoral¹⁰
 Alfredo Gracia⁷
 Antoni Serrano-Blanco^{2,4}

Estudio cualitativo sobre los estados de agitación y su caracterización, y los procedimientos de atención utilizados en su contención

¹ Fundació Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Spain

² Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (RedIAPP). Barcelona, Spain

³ Facultad de Farmacia, Universitat de Barcelona. Barcelona, Spain

⁴ Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat, Spain

⁵ Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Madrid, Spain

⁶ Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Barcelona, Spain

⁷ Área científica, Ferrer. Barcelona, Spain

⁸ Centre for Disability Research and Policy, Faculty of Health Sciences, and Mental Health Policy Unit, Brain and Mind Research Institute, University of Sydney. Sydney, Australia

⁹ Unidad de gestión clínica de Salud Mental. Área de gestión sanitaria Norte de Cádiz. Servicio Andaluz de Salud. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz, Spain

¹⁰ UGC salud Mental Regional de Málaga. Instituto Biosanitario de Málaga (IBIMA). Málaga, Spain

Introducción. La agitación es un problema común en la atención psiquiátrica con graves consecuencias clínicas y económicas.

Metodología. El objetivo del estudio fue definir y caracterizar los estados de agitación en la práctica habitual en una unidad de Psiquiatría de Agudos y urgencias psiquiátricas, y describir los paquetes de atención típicos. Se establecieron dos grupos nominales, uno con 7 profesionales de enfermería y otro con 10 de psiquiatría (urgencias y psiquiatría de agudos del Parc Sanitari Sant Joan de Déu).

Resultados. El equipo de enfermería describió dos estados principales que formaban los extremos de un espectro que iba de leve (pre-agitación) a grave (agitación). Se describió un tercer estado que se caracterizaba por un comportamiento desorganizado. Diversos paquetes de atención fueron descritos para cada estado de agitación que se dividían en paquetes de primera, segunda y tercera línea. La primera línea (contención verbal) se aplicaba en todos los estados de agitación. Si no fuese eficaz, se implementaban los de segunda y tercera línea, llegando hasta la contención mecánica. El equipo de psiquiatras describió tres estados de agitación: un estado inicial leve (ansiedad e irritabilidad), un estado moderado (pre-agitación sin agresividad) y un estado severo de agitación con agresividad y/o violencia.

Conclusiones. Para evitar la progresión a un estado de agitación severa, ambos grupos coincidieron en la importancia de la contención verbal, apropiada para todos los estados. Esto iría seguido de las medidas ambientales y farmacológicas hasta llegar a la contención mecánica dependiendo de la gravedad de la situación.

Palabras clave: Agitación, Técnicas de intervención, Psiquiatría, Investigación cualitativa

Actas Esp Psiquiatr 2016;44(5):166-77

Qualitative study of the agitation states and their characterization, and the interventions used to attend them

Introduction. Agitation is a common problem in psychiatric care with serious clinical and economic consequences.

Methodology. The aim of the study was to define and characterize the agitation states present in usual medical practice in the acute and emergency units of a psychiatric hospital. Two nominal groups, one with 7 nurses and the other with 10 psychiatrists from the Parc Sanitari Sant Joan de Déu, were established.

Results. The nurses described two main states forming the endpoints of a spectrum: from mild (pre-agitation) to severe (agitation). A third state was outlined in which agitation was characterized by disorganized behavior problems. Various care packages were described for each agitation state. The care packages were divided into first, second and third line approaches. The first line approaches (i.e., verbal containment) were used on every (pre)agitated patient. If the first line approach was not effective, the second and third line approaches were implemented, culminating with physical restraint. The psychiatrists described 3 states: a mild initial state (anxiety and irritability), moderate (pre-agitation without aggressiveness) and a severe state of agitation with aggressiveness and/or violence.

Conclusions. In order to avoid progression to a severely agitated state, both groups agreed on the importance of

*Estas autoras contribuyeron por igual al artículo y son primeras autoras.

Correspondencia:
 Elena Huerta Ramos
 Unidad de Investigación y Desarrollo
 Parc Sanitari Sant Joan de Déu
 C/ Dr. Antoni Pujadas 42
 08830 Sant Boi de Llobregat, Barcelona, Spain
 Tel.: 9306406350 ext (1)2347
 Correo electrónico: mehuerta@pssjd.org

appropriate verbal containment for all states. This would be followed by environmental measures, medication and mechanical restraint depending on the severity of the state.

Keywords: Agitation, Intervention techniques, Psychiatry, Qualitative research

INTRODUCCIÓN

Se define la agitación como un estado de actividad motora aumentada acompañado de tensión mental¹. A la práctica, esta definición es muy imprecisa, puesto que la agitación se presenta como un continuum, desde una mínima inquietud hasta movimientos descoordinados sin un fin determinado. En el extremo más grave, se llegan a dar amenazas y/o auto/heteroagresiones físicas. Además, la agitación es un síndrome que puede deberse a causas muy dispares, desde patología orgánica a una situación muy angustiante, traumatismos, consumo de tóxicos u otro trastorno mental.

Los cuadros de agitación son frecuentes en las urgencias y unidades de agudos de psiquiatría², pudiendo ocasionar graves consecuencias y una importante carga asistencial al personal sanitario^{3,4}. Se estima que entre el 21% y 26% de los profesionales sanitarios padecen algún tipo de agresión al año en urgencias. Además la agitación se ha relacionado con estancias medias más largas, mayor uso de recursos y mayor probabilidad de reingreso hospitalario⁵.

Para el control de la agitación de causa psiquiátrica se recurre inicialmente a la contención verbal, las medidas ambientales de tranquilización y aislamiento, y el tratamiento farmacológico voluntario. Si estas medidas no son efectivas o no pueden aplicarse se debe sujetar al paciente y medicarlo en contra de su voluntad⁶. Muchos de los episodios de agitación violenta conducen finalmente a la contención física del paciente.

Dado que en muchas ocasiones su etiología puede ser incierta y sus consecuencias pueden ser graves, se precisa de una clasificación clínica que permita ajustar al máximo una intervención inmediata con el fin de restablecer las condiciones óptimas para el diagnóstico etiológico e instaurar el tratamiento adecuado.

Existen innumerables escalas o instrumentos de medición y evaluación que se han venido utilizando en diferentes entornos y contextos, aunque cada uno de ellos está enfocado a una visión o utilidad determinada (detección de agitación en pacientes con demencia o ingresados en la UCI, predicción del riesgo de agresión en urgencias, etc.), y se usan poco en la práctica clínica habitual⁷.

Por otro lado, recientemente se ha publicado la versión americana de los códigos R de la CIE-10⁸. En ella se incluyen códigos relativos a conductas que pueden estar relacionadas con la agitación (R45.0 Nerviosismo, R45.1 Inquietud y agitación, R45.4 Irritabilidad e ira, R45.6 Violencia física, R46.2 Comportamiento extraño e inexplicable, R46.3 Hiperactividad, etc.). Tras su reciente publicación, es previsible que estos códigos tarden en estar operativos en los centros sanitarios.

Este estudio se enmarca en una investigación que pretende determinar la prevalencia de los episodios de agitación y de las intervenciones para su control, así como el uso de servicios sanitarios que generan los pacientes que los sufren. Para ello es necesario realizar una buena definición y clasificación de los diferentes estados de agitación en su contexto, como también de los abordajes que realizan los profesionales sanitarios (procedimientos o paquetes de atención). En esta publicación se presentan los resultados de un estudio cualitativo de grupos nominales de discusión concebido para definir los tipos de agitación y los procedimientos de atención en el contexto real de las unidades de psiquiatría y emergencias psiquiátricas de nuestro hospital.

MÉTODOS

El estudio se llevó a cabo desde una perspectiva socio-constructivista, que sostiene que el conocimiento es una experiencia compartida que se produce durante la interacción entre investigador y participante, en el que el contexto social tiene un rol clave. El constructivismo social promueve la implicación de usuarios y profesionales en los procesos de investigación⁹. El estudio fue de tipo exploratorio-descriptivo.

El estudio se llevó a cabo en el contexto del hospital general Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD). En el pasado, la institución era un hospital monográfico de psiquiatría, la cual pasó a formar parte en 2010 de un parque sanitario general. La cultura institucional ha sido la de minimizar el uso de medidas restrictivas. Se fomenta hacer un uso como último recurso de las medidas restrictivas (aislamiento y contención mecánica). En este sentido, se han realizado varias acciones desde hace más de una década, desde las arquitectónicas, la formación del personal y la protocolización de las actuaciones:

1. Cambios del entorno. En el 2001 se edificó una unidad de agudos de psiquiatría sin unidad separada de aislamiento y contención. Desaparecen estos espacios que conformaban en un entorno más restrictivo y facilitaba la aplicación de medidas coercitivas. Actualmente toda la unidad dispone de videovigilancia y las habitaciones

tienen doble funcionalidad, pudiéndose usar en régimen de aislamiento como última instancia.

2. Formación continuada de carácter obligatorio. Cada año se realizan cursos de abordaje y manejo de las agitaciones en salud mental con el principal objetivo de dotar al trabajador de herramientas y habilidades (p.ej. técnica de desescalada) encaminadas a frenar las agitaciones y resolverlas sin el uso del aislamiento o la contención mecánica.
3. Protocolización de las actuaciones. Existen protocolos encaminados a unificar y coordinar las actuaciones de los profesionales en caso de agitación. Los protocolos indican la resolución sin uso de medidas restrictivas mediante la combinación de tratamiento farmacológico en combinación con el manejo verbal.

Se realizaron dos grupos nominales de discusión, uno con profesionales de enfermería y otro con psiquiatras, con el objetivo de definir los tipos de crisis en relación a síntomas y factores determinantes clave y detallar cuáles son los tipos de procedimientos de atención aplicados para cada estado de agitación.

Los grupos fueron llevados a cabo por una investigadora postdoctoral, experimentada en metodología cualitativa. La investigadora no tenía relación laboral directa con los participantes del grupo nominal, aunque sí había tenido contactos previos con 2 de los participantes en el grupo de psiquiatras.

Población de estudio

Se invitó a participar a enfermeros y psiquiatras del PSSJD con experiencia en unidades de agudos y urgencias psiquiátricas donde se diera contacto directo con pacientes agitados y con experiencia en la aplicación de técnicas de contención. El muestreo fue intencional y de conveniencia.

Para el muestreo se contactó con dos porteros: el Supervisor de Enfermería de la Unidad de Agudos y el Coordinador de Agudos, Urgencias y Hospitalización Parcial del PSSJD. La Unidad de Agudos del PSSJD fue creada hace más de 30 años, atiende a una población aproximada de 628.000 habitantes, cuenta actualmente con 69 camas psiquiátricas (hasta 2010 fueron 75) y se realizan un número superior a las 1.200 altas anuales. El servicio de psiquiatría de urgencias del PSSJD realiza un número superior a las 4.500 visitas anuales.

Los porteros contactaron con los participantes que, tras haber dado su consentimiento verbal y voluntario para participar, fueron contactados por correo por una investigadora para organizar el grupo nominal. Los participantes fueron

informados de los objetivos del estudio y se organizó una reunión. Antes de realizar los grupos, todos los participantes rellenaron un formulario con sus datos sociodemográficos y firmaron un consentimiento informado. Ninguno de los dos porteros, ni el coordinador ni el supervisor de la unidad, participaron en ningún momento en los grupos para evitar que éstos estuvieran influenciados, asegurando la expresión libre de los integrantes.

Técnica de recogida de información

Entre febrero y marzo de 2014 se desarrollaron los dos grupos nominales, en un horario de conveniencia para los participantes y en una sala del mismo hospital. La sala disponía de una mesa redonda para facilitar la discusión y una pizarra-tablero para presentar las ideas que surgían del grupo de discusión, además se encontraba en un lugar aislado y familiar para evitar interrupciones y facilitar la libertad de opinión. Nadie más a parte de los participantes y la moderadora estaba presente en los grupos. Aunque los grupos nominales son técnicas de consenso que no requieren un análisis narrativo del discurso^{9,10}, se registraron en audio para su posterior consulta en caso necesario.

La moderadora abrió la discusión explicando los objetivos del estudio y a continuación transmitió a los participantes que se quería ganar un conocimiento profundo sobre los tipos de estados de agitación que se dan en su contexto laboral para poder definir y diferenciar diferentes tipos de agitación así como para poder identificar y cuantificar estos estados. Se indicó que también se quería conocer el abordaje clínico habitual de cada uno de estos estados para poder cuantificar la carga que suponen para el sistema. Tras explicar los objetivos, la moderadora solicitó a los participantes que escribiesen sus planteamientos respecto al primer objetivo en una hoja de papel (ficha). Una vez rellenas las fichas éstas se colocaron en la pizarra y la moderadora las leyó en voz alta, agrupando las respuestas por similitud. A continuación, se pidió al grupo que discutiese el contenido de las fichas teniendo en cuenta las discrepancias entre participantes. Tras una ronda de discusión se repartieron otras fichas en blanco donde los participantes describieron nuevamente sus opiniones. Tras la segunda ronda se volvieron a colocar las fichas en la pizarra y se discutió la importancia relativa de las ideas identificadas hasta que se alcanzó un consenso. Este método se utilizó para cada uno de los objetivos.

Para garantizar el rigor de los resultados obtenidos en los grupos nominales la moderadora elaboró un informe detallado de los mismos que fue enviado a cada uno de los participantes del grupo, para que pudieran revisarlo y hacer comentarios o correcciones.

RESULTADOS

Participantes

La Tabla 1 muestra las características de los participantes en los grupos de enfermería y psiquiatría. El grupo de enfermería tuvo una duración total de 6 horas (repartidas en tres sesiones) hasta que se alcanzaron todos los objetivos del estudio. Del total de profesionales en activo en el momento del estudio en el PSSJD (ocho psiquiatras del servicio de agudos, dos psiquiatras del servicio de urgencias, veintiséis enfermeros del servicio de agudos y cinco enfermeros del servicio de urgencias), participaron siete enfermeros y enfermeras de agudos y siete psiquiatras de agudos y uno de urgencias. El grupo de psiquiatría tuvo una duración total de 3 horas y se desarrolló en una única sesión.

El 70% de los participantes eran mujeres y la mayoría trabajaban en el momento de hacer la entrevista en el ser-

vicio de Agudos (tabla 1). La mayoría tenían un mínimo de 6 años de experiencia como enfermeros/as o psiquiatras y de 4 como enfermeros/as o psiquiatras en servicios de urgencias psiquiátricas o servicio de Agudos tanto del PSSJD como en otras instituciones.

Resultados del equipo de enfermería

La Tabla 2 presenta los tipos de estados de pre-agitación y agitación descritos por el equipo de enfermería así como las características de los diferentes estados.

El equipo de enfermería describió dos tipos de estados de agitación: uno menos severo (al que se refirieron como "pre-agitación" o "sub-agitación", término que se utilizará a lo largo del texto) y otro más severo (agitación). Estos estados son un continuo, siendo los estados de agitación estados de pre-agitación que no se pudieron controlar. Dentro de cada tipo se diferenciaron varios subtipos en función de las

| Tabla 1 | Características de los participantes del grupo de enfermería y psiquiatría | | | | |
|-----------------------------|--|------|--------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| | Género | Edad | Servicio | Años experiencia enfermería | Años experiencia en agudos-urgencias |
| Grupo de enfermería | | | | | |
| E1 | Hombre | 25 | Agudos | 4 | 4 |
| E2 | Hombre | 32 | Agudos | 9 | 4 |
| E3 | Mujer | 32 | Urgencias | 10 | 7 |
| E4 | Mujer | 32 | Agudos | 6 | 4 |
| E5 | Mujer | 32 | Agudos | 6 | 4 |
| E6 | Mujer | 35 | Agudos | 6 | 6 |
| E7 | Mujer | 37 | Agudos | 10 | 10 |
| Grupo de psiquiatría | | | | | |
| P1 | Hombre | 36 | Agudos | 11 | 11 |
| P2 | Hombre | 35 | Agudos | 9 | 5 |
| P3 | Hombre | 38 | Agudos | 13 | 14 |
| P4 | Mujer | 42 | Agudos | 16 | 16 |
| P5 | Mujer | 46 | Agudos | 20 | 14 |
| P6 | Mujer | 26 | Agudos | 1 | 1 |
| P7 | Mujer | 47 | Agudos | 16 | 10 |
| P8 | Mujer | 29 | Agudos y urgencias | 4 | 4 |
| P9 | Mujer | 39 | Agudos y urgencias | 14 | 14 |
| P10 | Mujer | 33 | Urgencias | 8 | 4 |

| Tabla 2 | | |
|--|----------------------------------|--|
| Tipos de estados de pre-agitación y agitación y caracterización según equipo de enfermería | | |
| Estado | Sub-estado | Características |
| Estado de subagitación | Estado de nerviosismo | El paciente verbaliza que está nervioso Ligero temblor Ligera inquietud-intranquilidad |
| | Estado de inquietud psicomotriz | Dificultad para expresarse No es capaz de concentrarse en una actividad Inquietud moderada (se mueve, no es capaz de estar quieto) |
| | Estado de angustia | Verbaliza una idea que le preocupa Facias tensas Temblor Labilidad emocional Inquietud |
| | Estado de ansiedad | Sudoración Pulso acelerado Respiración acelerada Ligero mareo Náuseas/Vómito Ligero aumento de la tensión arterial Inquietud-intranquilidad |
| Estado de agitación | Estado de crisis de ansiedad | Ansiedad (hiperventilación, palpitaciones, dolor torácico que puede irradiar, sudoración, sequedad bucal, temblor, hipertensión arterial) Nerviosismo (estado interno) Inquietud (estado externo, movilizado) Actitud suspicaz o de alerta Temor Irritabilidad Bloqueo psicomotriz (perplejo, inhibido) Dificultad en seguir indicaciones o realizar acciones sencillas |
| | Estado de auto-heteroagresividad | Elevada ansiedad (hiperventilación, palpitaciones, dolor torácico que puede irradiar, sudoración, sequedad bucal, temblor, hipertensión arterial) Nerviosismo (estado interno) Inquietud (estado externo, movilizado) Actitud suspicaz o de alerta Temor Irritabilidad Dificultad en seguir indicaciones por bloqueo psicomotriz Frustración Rabia Interpretaciones delirantes o clínica psicótica productiva (miedo no real) Desesperanza o sentimientos de incapacidad (más frecuente en autoagresividad) Oposición o resistencia a seguir indicaciones Alteración conductual o actitud querulante: provocación y conflictos con otros usuarios (enfentamientos) Amenazas verbales (insultos, gritos) Golpes contra objetos Autolesiones Agresión física (o intento de agresión) |
| | Estado de agitación psicomotriz | Ansiedad (hiperventilación, palpitaciones, dolor torácico que puede irradiar, sudoración, sequedad bucal, temblor, hipertensión arterial) Alteración conductual Inquietud psicomotriz intensa (gestos o movimientos bruscos) Poca o nula colaboración a la hora de seguir indicaciones Dificultad para seguir indicaciones Paciente fuera de control |

| Tabla 2 | | Continuación |
|----------------------------|--|---|
| Estado | Sub-estado | Características |
| Desorganización conductual | Con riesgo para el paciente o su entorno | Comportamiento extraño o fuera de contexto que va acompañado de un estado de pre-agitación o agitación Sin intencionalidad |
| | Sin riesgo para el paciente o su entorno | Comportamiento extraño o fuera de contexto que no va acompañado de un estado de pre-agitación o agitación |

características que presentara el paciente, y esta distinción fue relevante porque condicionaba su abordaje.

Además, se identificó una situación especial, la desorganización conductual. En caso de que la desorganización no se acompañara de un estado de pre-agitación y agitación, se requeriría de una acción de vigilancia, orientación e indi-

cación. En caso de presentarse un estado de pre-agitación y agitación en un paciente con desorganización conductual el abordaje en la contención sería diferente.

La Tabla 3 muestra los procedimientos habituales de atención en los pacientes que presentan los diferentes estados de pre-agitación y agitación definidos por el equipo de enfermería.

| Tabla 3 | | Tipos de estados de (pre)agitación y paquetes de atención según equipo de enfermería | |
|------------------------|---------------------------------|--|---|
| Estado | Sub-estado | Paquete de atención [§] | |
| Estado de subagitación | Estado de nerviosismo | 1a línea Control de constantes (Tensión arterial, frecuencia cardíaca, ...) Abordaje verbal (escucha activa y soporte emocional) | 2a línea Técnicas de relajación (control de la respiración) |
| | | 3a línea Aislamiento ambiental para reducir estímulos (espacio o ambiente tranquilo y silencioso, no restrictivo) Administración de tratamiento farmacológico (ansiolítico o antipsicótico)* Siempre, tras el abordaje Observación conductual continuada | |
| | Estado de inquietud psicomotriz | 1a línea Control de constantes (Tensión arterial, frecuencia cardíaca, ...) Abordaje verbal (escucha activa y soporte emocional) | 2a línea Aislamiento ambiental para reducir estímulos espacio o ambiente tranquilo y silencioso, no restrictivo) Administración de tratamiento farmacológico (ansiolítico habitualmente o antipsicótico)* Siempre, tras el abordaje Observación conductual continuada |
| | Estado de angustia | 1a línea Control de constantes (Tensión arterial, frecuencia cardíaca, ...) Abordaje verbal (escucha activa y soporte emocional) Aislamiento ambiental para reducir estímulos espacio o ambiente tranquilo y silencioso, no restrictivo) | 2a línea Infrecuentemente, administración de tratamiento farmacológico (ansiolítico habitualmente o antipsicótico)* Siempre, tras el abordaje Observación conductual continuada |

| Tabla 3 | | Continuación |
|------------------------|----------------------------------|---|
| Estado | Sub-estado | Paquete de atención [§] |
| Estado de subagitación | Estado de ansiedad | <p>1a línea Control de constantes (Tensión arterial, frecuencia cardíaca, ...) Abordaje verbal (escucha activa, soporte emocional, racionalización de síntomas y educación sanitaria)</p> <p>2a línea Aislamiento ambiental para reducir estímulos (espacio o ambiente tranquilo y silencioso, no restrictivo) Técnicas de relajación (control de la respiración)</p> <p>3a línea Frecuentemente, administración de tratamiento farmacológico (ansiolítico habitualmente o antipsicótico)* Siempre, tras el abordaje Observación conductual continuada</p> |
| | Estado de crisis de ansiedad | <p>1a línea Contención verbal (Reconducción de conducta, marcaje para limitar conducta, explicación de lo que se va a hacer) Reubicación del resto de pacientes para aislarlos del episodio Solicitud de apoyo de compañeros si precisa</p> <p>2a línea Aislamiento ambiental (en espacio controlado por cámaras y disminuyendo riesgos para su integridad [p. ej. retirar objetos con los que se pueda lastimar]) Frecuentemente, administración de tratamiento farmacológico oral o intramuscular si no colabora (ansiolítico habitualmente o antipsicótico)*</p> <p>3a línea Contención mecánica y administración de anticoagulantes si se prevé que la contención durará más de 3 o 4 horas Informar al psiquiatra Siempre, tras el abordaje Observación conductual continuada (mediante cámaras) y presencial cada hora</p> |
| | Estado de auto-heteroagresividad | <p>1a línea Solicitud de apoyo (mínimo de 5 compañeros) Contención verbal (Indicaciones para reconducir conducta, marcaje para limitar conducta, explicación de lo que se le va a hacer al paciente) Reubicación del resto de pacientes para aislarlos del episodio Aislamiento ambiental (en espacio controlado por cámaras y disminuyendo riesgos para su integridad [p. ej. retirar objetos con los que se pueda lastimar]) Administración de tratamiento farmacológico oral si colabora (ansiolítico o antipsicótico)*</p> <p>2a línea Contención física (inmovilización) Administración de tratamiento farmacológico intramuscular (ansiolítico o antipsicótico)*</p> <p>3a línea Contención mecánica y administración de anticoagulantes si se prevé que la contención durará más de 3 o 4 horas Informar al psiquiatra Siempre, tras el abordaje Observación conductual continuada (mediante cámaras) y presencial cada hora</p> |

| Tabla 3 | | Continuación |
|----------------------------------|--|--|
| Estado | Sub-estado | Paquete de atención [§] |
| Estado de agitación [‡] | Estado de agitación psicomotriz | <p>1a línea Solicitud de apoyo (mínimo de 5 compañeros) Contención física (inmovilización) Indicaciones informativas de lo que se le va a hacer al paciente Reubicación del resto de pacientes para aislarlos del episodio Administración de tratamiento farmacológico intramuscular (raramente oral) (ansiolítico o antipsicótico)* Aislamiento ambiental (en espacio controlado por cámaras y disminuyendo riesgos para su integridad [p. ej. retirar objetos])</p> <p>2a línea Contención mecánica y administración de anticoagulantes si se prevé que durará más de 3 o 4 horas</p> <p>3a línea Informar al psiquiatra Siempre, tras el abordaje Observación conductual continuada (mediante cámaras) y presencial cada hora</p> |
| Desorganización conductual | Con riesgo para el paciente o su entorno | <p>1a línea Reorientación verbal del paciente (reconducción de conducta con indicaciones muy sencillas) Atención exhaustiva</p> <p>2a línea Aislamiento ambiental para preservar su intimidad y evitar conflictos con otros usuarios Administración de tratamiento farmacológico si se da un aumento de la repercusión emocional (ansiolítico o antipsicótico)*</p> <p>3a línea Contención mecánica para evitar riesgos de caída o si presenta agitación y administración de anticoagulantes si se prevé que la contención durará más de 3 o 4 horas Informar al psiquiatra Siempre, tras el abordaje Observación conductual continuada (mediante cámaras) y presencial cada hora</p> |
| | Sin riesgo para el paciente o su entorno | <p>Reorientación verbal del paciente (reconducción de conducta con indicaciones muy sencillas) Atención exhaustiva</p> |

[§] Los paquetes de atención se dividen entre abordajes de primera, segunda, tercera y cuarta línea, siendo los de primera línea los que se realizarían siempre y los de segunda, tercera y cuarta línea los que se realizarían si los abordajes anteriores no logran resolver la situación.
^{*} Sólo en aquellos pacientes en los que el psiquiatra ha pautado el fármaco "si precisa". En caso contrario se avisaría al psiquiatra para que prescribiese el fármaco.
[‡] En caso de que se produzca una incidencia grave (daño al paciente u otros pacientes, daño al personal, daño de objetos, etc.) se generará un parte de incidencia.

Los procedimientos de atención se dividieron entre abordajes de primera, segunda y tercera línea, siendo los de primera línea los que se realizarían siempre y los de segunda y tercera línea los que se realizarían si los abordajes anteriores no lograsen resolver la situación. En cualquier caso, al finalizarse un episodio de pre-agitación y agitación, siempre se llevaría una observación conductual continuada.

En los estados de pre-agitación, siempre se iniciaría el abordaje con un control de constantes y un abordaje verbal, dejando la administración de fármacos y el aislamiento ambiental del paciente como abordajes de segunda línea. Se define el abordaje verbal como una aproximación al paciente con actitud empática, mostrando preocupación por sus

motivos para ofrecer alternativas orientadas a la resolución del problema motivador del estado de pre-agitación y/o a la búsqueda de actividades que puedan ofrecerle relajación o ansiólisis. Se trataría de una intervención que sigue los principios del desescalaje aunque no siempre se realiza con la misma sistematización en 10 fases.

En contraste con los procedimientos de abordaje de la pre-agitación, en los estados de agitación en primera instancia se solicitaría ayuda a compañeros (mínimo 5 enfermeros/as), se reubicaría al resto de pacientes para evitar que el episodio de agitación tuviese un impacto negativo sobre ellos y se llevaría a cabo una contención verbal (esta no pretende resolver el episodio, como en el caso del abordaje verbal,

sino indicar al paciente los pasos que se van a seguir, para así conseguir su máxima colaboración).

De acuerdo con el equipo de enfermería, en los estados de agitación sería más frecuente la utilización de fármacos por vía intramuscular previamente pautados por un psiquiatra, ofreciéndose siempre la posibilidad de tomarlos por vía oral. Asimismo, en los estados de agitación se contemplaría la utilización de contención física (inmovilización por parte del equipo de enfermería) y mecánica, yendo esta última acompañada de tratamiento anticoagulante si se preveía que el paciente estaría inmovilizado más de 3 o 4 horas. En estos casos el paciente se ubicaría en una habitación individual, bajo supervisión de circuito cerrado de televisión y en condiciones de supervisión clínica elevada.

Al igual que en los estados de pre-agitación, en los estados de agitación, tras la resolución del episodio se llevaría a cabo una observación conductual continuada.

En los casos de agitación también sería más habitual informar al psiquiatra y generar un comunicado intrahospitalario de incidencia en caso de incidencia grave (daño para el paciente u otros usuarios, daño al personal, daño a los objetos del hospital, etc.).

Por último, en los casos de desorganización conductual, la contención se realizaría reconduciendo la conducta del paciente con indicaciones sencillas y dándole una atención exhaustiva. En caso de presentarse un episodio de agitación en un paciente con desorganización conductual, se procedería a la administración de medicación y a la contención mecánica con el fin de evitar riesgos de caída y lesiones.

Resultados del equipo de psiquiatría

La Tabla 4 presenta los tipos de estados de pre-agitación y agitación descritos por el equipo de psiquiatras así como

| Tabla 4 | | |
|--|---|---|
| Tipos de estados de (pre)agitación, caracterización y paquetes de atención según equipo de psiquiatría | | |
| Estado | Características | Paquete de atención |
| Ansiedad e irritabilidad | Síntomas vegetativos, psicológicos o físicos de ansiedad: Sudoración Hiperventilación-sensación de ahogo Temblor Palpitaciones Sensación de opresión torácica Sensación subjetiva de angustia Irritabilidad Tensión física-muscular Falta de colaboración pasiva (negativismo) Expresa malestar físico o emocional Discurso presivo, repetitivo y con tono de voz alto | + Entrevista de contención del enfermero/a o psiquiatra + Oferta de tratamiento oral o intramuscular del enfermero/a (si el tratamiento está pautado) o psiquiatra + Oferta de medidas ambientales |
| Sub o preagitación (agitación sin agresividad) | Ansiedad muy elevada (sudoración, hiperventilación-sensación de ahogo, temblor, palpitaciones, sensación de opresión torácica y sensación subjetiva de angustia) Hostilidad-disforia Oposicionismo Inquietud psicomotriz Discurso presivo, repetitivo y vociferante Agresividad verbal (insultos y/o amenazas) Actitud displicente | + Contención verbal del enfermero/a o psiquiatra con personal de refuerzo (5-6 personas) + Tratamiento farmacológico (se ofrece oral aunque suele ser intramuscular) del enfermero/a (si el tratamiento está pautado) o psiquiatra ± Medidas ambientales |
| Agitación con agresividad física: -hacia objetos -hacia personas (auto o hetero) | Síntomas de sub o preagitación exacerbados Acompañados de agresividad hacia objetos Acompañados de agresividad hacia otras personas o contra uno mismo | + Contención verbal del enfermero/a o psiquiatra con personal de refuerzo (5-6 personas) + Tratamiento farmacológico (se ofrece oral aunque suele ser intramuscular) del enfermero/a (si el tratamiento está pautado) o psiquiatra + Medidas ambientales ± Contención mecánica (± tratamiento anticoagulante) (más frecuente en agresividad física hacia personas) |

las características de los diferentes estados y los procedimientos de atención para cada estado.

El equipo de psiquiatría describió 3 estados de agitación: un estado inicial poco severo ("Estado de ansiedad e irritabilidad"), un estado de agitación sin agresividad ("Sub o pre-agitación") y un estado de agitación con agresividad, ["Agitación con agresividad física" pudiendo ser hacia sí mismo o hacia objetos o personas (auto/heteroagresividad)].

Estos estados serían un continuum, siendo los estados más severos posibles complicaciones de un estado previo más leve. Así pues, el "Estado de agitación sin agresividad" presentaría todos los síntomas del "Estado de ansiedad e irritabilidad" pero con mayor severidad, más una serie de nuevos síntomas más severos (p.ej. hostilidad, oposicionismo o agresividad verbal). Por último, el estado de mayor gravedad "Agitación con agresividad física" se dividiría en dos subestados en función de si la agresividad va dirigida hacia objetos o hacia sí mismo u otras personas (auto/heteroagresividad). Esta diferencia tendría relevancia en el momento del abordaje del paciente.

En lo que respecta a los procedimientos de atención, en todos los estados se llevaría a cabo una contención verbal y una oferta de fármaco oral o intramuscular, siendo éste obligatorio en los estados de "sub o pre-agitación" y de "Agitación con agresividad". En el "Estado de ansiedad e irritabilidad" se ofrecerían también medidas ambientales para tranquilizar al paciente como aislamiento ambiental, con supervisión de enfermería y control por videovigilancia. Para los dos estados más severos se requeriría apoyo de personal de refuerzo (5-6 personas) para el abordaje del paciente. El uso de fármacos por parte de enfermería sólo se llevaría a cabo cuando el paciente lo tuviera prescrito "si precisa". En caso contrario, siempre sería un psiquiatra el que decidiría el fármaco a administrar. Por último, en los casos de "Agitación con agresividad", si el estado no se resolviese con el abordaje verbal y los fármacos, podría ser necesario llevar a cabo una contención mecánica que iría acompañada de tratamiento anticoagulante en caso de prolongarse.

CONCLUSIONES

El presente estudio tenía el objetivo de identificar y definir los diferentes tipos de agitación así como los procedimientos de atención necesarios para cada estado. El resultado es una clasificación "pragmática" de la agitación y sus respuestas asistenciales en un medio determinado (sala de urgencias y planta de hospitalización psiquiátrica) llevado a cabo desde dos perspectivas distintas pero complementarias (enfermería/psiquiatría). En nuestra opinión esta clasificación no entra en colisión con la clasificación tradicional de agitación leve-moderada-grave y de las es-

trategias terapéuticas acordes (desescalada-desescalada más fármacos orales-desescalada más fármacos parenterales más medidas coercitivas (aislamiento, contención mecánica), si bien profundiza en su definición etápica y de procedimientos de atención. En este sentido, mediante grupos nominales se consiguió hallar un consenso para cada uno de los grupos, que clarifica mejor la categorización de dicho fenómeno. No obstante aunque hay varios puntos en común, hay ciertas diferencias que deben ser comentadas. Así pues, la metodología cualitativa se basa en un paradigma comprensivo-naturalista-interpretativo, donde se entiende que existen múltiples realidades y conocimientos sobre un tema, además de que dichas realidades son contextuales y pueden estar influidas por factores sociales, culturales o políticos⁹.

Los participantes de nuestro estudio, tanto psiquiatras como enfermeros/as, estuvieron de acuerdo en que los estados de agitación se presentan como un continuum, y ambos definieron un estadio previo a la agitación, donde se detectarían síntomas de ansiedad o síntomas prodrómicos a la agitación. Ambos grupos plantearon como abordaje inicial en los estados más leves el abordaje verbal junto con el uso de otras estrategias, y la contención mecánica para los casos más graves. En estos últimos casos sería necesaria la presencia de 5-6 profesionales y el tratamiento farmacológico siempre iría asociado. Ambos grupos coincidieron en plantear que los estados de mayor agitación son estados más leves que no se han podido controlar.

El estado de subagitación, en ambos casos fue definido como un estado más leve que la agitación, pero para ambos grupos de profesionales no significaría lo mismo. Para el grupo de enfermería la subagitación haría referencia a un estado más leve relacionado con un estado de ansiedad, inquietud psicomotriz moderada, angustia o nerviosismo, mientras que para el grupo de psiquiatras, la ansiedad sería ya muy elevada con síntomas somáticos y podría llegar a producirse agresividad verbal.

El equipo de enfermería planteó un tercer estado relacionado con la agitación, denominado "desorganización conductual". Dicho estado podría cursar con subagitación o agitación y no sería equivalente con ninguno de los definidos por el grupo de psiquiatras.

Por otro lado, el equipo de psiquiatría, dentro de sus procedimientos de atención, incluso para los estados más leves ofrecerían la posibilidad de tratamiento farmacológico, mientras que el equipo de enfermería lo dejaría relegado para estados de agitación más elevada (procedimientos de atención de 2ª línea) ofreciendo medidas de control de estímulos, o relajación.

Cabe destacar que este estudio se hizo siendo los participantes desconocedores del contenido de los códigos R de la CIE-10. No obstante, muchos de los códigos R del

CIE-10 han sido identificados por los grupos nominales. Así, los códigos bajo el epígrafe R45 que identifica los síntomas y signos que involucran el estado emocional, contiene las categorías R45.0 (Nerviosismo), R45.1 (Inquietud y agitación), R45.4 (Irritabilidad e ira), R45.5 (Hostilidad) y R45.6 (Violencia física) todos ellos identificados en este estudio. De manera menos evidente ocurre con los códigos R46 que identifican síntomas y signos que involucran el aspecto y el comportamiento, como el R46.2 (Comportamiento extraño e inexplicable) o R46.3 (La hiperactividad).

Como limitaciones de este estudio podemos encontrar que se realizó en un único centro hospitalario y que por tanto puede que alguna terminología empleada tenga un fuerte componente cultural local, lo que haría complejo extrapolar los resultados a otras instituciones o países. No obstante, la mayoría de los integrantes de los grupos habían trabajado o se habían formado en otros hospitales de España, lo que podría haber suavizado esta limitación. Otra posible limitación es que las clasificaciones descritas no son etiológicas y que ninguno de los dos grupos nominales hizo mención alguna a la causalidad de la agitación, al diagnóstico subyacente del paciente. Debe remarcar, por tanto, que los procedimientos descritos son medidas de contención de conductas, pero en ningún momento sustituyen otras medidas destinadas a la identificación de la causa de la agitación. Bien cabe pensar que en ocasiones para poder identificar la causalidad de la agitación primero debe poder abordarse la conducta para que el paciente esté en condiciones de ser explorado e interrogado en profundidad. Por lo tanto, las medidas descritas no buscan la sedación del paciente sino la normalización de la conducta lo antes posible para poder realizar el abordaje causal, que en caso de ser orgánico podría llegar a poner en riesgo la propia vida del paciente. Tampoco se hizo mención a la posible edad de los pacientes como factores específicos a algunos subtipos. En este sentido, la *International Psychogeriatric Association* ha desarrollado por consenso su propia definición de agitación en la persona con déficits cognitivos¹¹ que coincide en la identificación de síntomas característicos (Excesiva actividad motora, agresividad verbal y agresividad física). A pesar de estas limitaciones, es conocido por los investigadores de este estudio que la *International Classification of Health Interventions (ICHI)*¹² está desarrollando descripciones de los procedimientos de atención para la agitación, por lo que esperamos que estudios como este puedan arrojar algo de luz sobre el tema.

Es obvio que de cara a poder ofrecer a todos los pacientes la mejor atención para las crisis de agitación es necesario que se estandaricen los criterios de diagnóstico y manejo, de forma similar a como se ha llevado a cabo por parte de la Asociación Americana de Emergencias Psiquiátricas con el Proyecto BETA (*Best Practices for Evaluation and Treatment of Agitated Patients*)¹³. En nuestro entorno se han publicado recomendaciones y protocolos para el manejo del paciente con agitación y la

aplicación de las medidas terapéuticas más adecuadas¹⁴⁻¹⁹, pero no se ha logrado un consenso global al respecto²⁰.

Como hemos visto la agitación y su atención son fenómenos relevantes en la práctica clínica psiquiátrica. Su descripción y clasificación deben orientar a clínicos y gestores en su mejor comprensión y abordaje. Estudios posteriores nos podrán ayudar a dimensionarlos de forma adecuada para poder así atender a nuestros pacientes de la manera más segura y eficiente.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha sido financiado por Ferrer, si bien no ha intervenido en el diseño del protocolo, desarrollo del estudio o análisis de sus resultados.

Se agradece también la colaboración del equipo de enfermería y de psiquiatría de las unidades de agudos y urgencias de Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

CONFLICTO DE INTERESES

No hay conflicto de intereses por parte de los autores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Battaglia J. Pharmacological management of acute agitation. *Drugs*. 2005;65:1207-22.
2. Sadowsky CH, Galvin JE. Guidelines for the management of cognitive and behavioral problems in dementia. *J Am Board Fam Med*. 2012;25:350-66.
3. Flood C, Bowers L, Parkin D. Estimating the costs of conflict and containment on adult acute inpatient psychiatric wards. *Nurs Econ*. 2008;26:325-30.
4. Fernandez Gallego V, Murcia Pérez E, Sinisterra Aquilino JA, Casal Angulo C GEM. Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias*. 2009;21:121-32.
5. Rubio-Valera M, Luciano JV, Ortiz JM, Salvador-Carulla L, Gracia A, Serrano-Blanco A. Health service use and costs associated with aggressiveness or agitation and containment in adult psychiatric care: a systematic review of the evidence. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):35.
6. Mavrogiorgou P, Brüne M JG. The management of psychiatric emergencies. *Dtsch Arztebl Int*. 2011;108(13):222-30.
7. Zeller SL, Rhoades RW. Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. *Clin Ther*. 2010;32(3):403-25.
8. World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>. Accessed April 21, 2015.
9. Pope C, Halford S, Turnbull J, Prichard J, Calestani M, May C. Using computer decision support systems in NHS emergency and urgent care: ethnographic study using normalisation process theory. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:111.
10. Vázquez Navarrete ML. Introducción a Las Técnicas Cualitativas de Investigación Aplicadas En La Salud. Barcelona: UAB; 2006.
11. Cummings J, Mintzer J, Brodaty H, et al. Agitation in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition. *Int Psychogeriatr*.

- 2015;27(1):7-17.
12. World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/classifications/ichi/en/>. Accessed April 21, 2015.
 13. Holloman GH, Zeller SL. Overview of Project BETA: Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation. *West J Emerg Med.* 2012;13(1):1-2.
 14. Bernal Pérez F, Bustamante Pujadas C, Hernández Ariza MC, Nieves Montero J. *Revista científica de enfermería RECIEN.* 2013;(6):1-18.
 15. González Muriana A, Vergara Olivares JM DGM. *Protocolos Clínico Terapéuticos en Urgencias Extrahospitalarias.* Madrid; 2013.
 16. Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Pino-Benitez I, Alba-Vallejo M, Mayoral-Cleries F. Effects of a Regulatory Protocol for Mechanical Restraint and Coercion in a Spanish Psychiatric Ward. *Perspect Psychiatr Care.* 2015 Oct;51(4):260-7.
 17. Manso MG. El paciente agitado: Planificación de cuidados. *Nure Investig.* 2004;(6).
 18. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. El Paciente Agitado. Recomendación Científica 10/01/09 de 25 de Junio de 2009 de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias; 2009.
 19. Ramos Brieva J. *Contención Mecánica, Restricción de Movimientos y Aislamiento.* Barcelona: Masson; 1999.
 20. Jiménez Busselo MT, Aragón Domingo J, Nuño Ballesteros A, Loño Capote J, Ochando Perales G. Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. *An Pediatr.* 2005;63:526-36.