



**GUÍA DE ABORDAJE Y MANEJO DE PERSONAS VIOLENTAS Y/O CON
AGITACION PSICOMOTRIZ EN EL ENTORNO PRE HOSPITALARIO**

[2019]

[COOPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA]

1	Abordaje general y medidas de seguridad.	4
2	Acercamiento al Sitio de la Urgencia y Recolección de la Información	7
3	Recomendaciones importantes:	10
4	Predictores de agresividad en el paciente.	11
5	COMO IDENTIFICAR A UN PACIENTE VIOLENTO	11
6	CONCEPTUALIZACION DIRECTA DE TEMAS	12
6.1	Contención verbal	12
6.2	Inmovilización Mecánica.	13
6.3	Contención farmacológica.	17
7	Etiología	18
8	Bibliografía	20

Introducción

En el entorno pre hospitalario los pacientes agresivos, violentos y con agitación psicomotora podrían representar un grave problema para el personal sanitario de TAPH, para el propio paciente, también familiares o acompañantes y el entorno en general.

El manejo de estos pacientes puede presentar dificultades, ya que generalmente se trata de un paciente escasamente colaborador y que podría presentar conductas agresivas o violentas, lo que entorpece mucho la labor del TAPH, por lo cual se pretenderá crear una guía de abordaje y manejo del paciente violento.

Se denomina que el paciente agresivo, violento y con agitación psicomotriz forma gran parte de los pacientes que a diario el TAPH tiene que tratar y dar su labor como prestador de salud en su indefinida función, dado a estar todo el tiempo en escenarios peligrosos, con pacientes violentos. Se da a conocer una de la más importantes que es la agitación psicomotriz, donde el paciente presenta hiperactividad motora y psíquica, con un aumento incontenible de la movilidad física y una sensación de tensión interna difícil de controlar, pudiendo llegar a la violencia física con auto – agresividad, también hacia personas u objetos. Esta situación se considera una urgencia y se deben tomar las medidas terapéuticas existentes que son amplias: control ambiental, medidas conductuales, contención verbal o psicológica, contención química, contención mecánica y aislamiento.

GUÍA DE ABORDAJE Y MANEJO DE PERSONAS VIOLENTAS Y/O CON AGITACION PSICOMOTRIZ EN EL ENTORNO PRE HOSPITALARIO

1 Abordaje general y medidas de seguridad.

Si la actuación se produce en el medio extrahospitalario con TAPH, se llevará una secuencia donde la aproximación al lugar deberá realizarse recabando toda la información posible a través del centro coordinador. En el lugar se hará un rápido análisis de la situación, y se priorizarán las medidas de seguridad, valorando la conveniencia del uso de sirenas y rotativos acordes a protocolos correspondientes.

Seguridad; Ante todo, hay que garantizar la seguridad del personal TAPH o sanitario, paciente, familiares y del entorno material. Por ello, en presencia de armas, objetos peligrosos o riesgo inminente, el personal de tecnólogos o sanitario debe rezagarse para que actúen los cuerpos de seguridad estando dispuestos a actuar una vez se haya procedido a la reducción física presentada.

Se adoptarán una serie de medidas de seguridad pasiva que proporcionen una mayor seguridad en la atención del paciente, cuya actitud por definición es impredecible. Hay que sentirse seguros con el paciente, de lo contrario la inseguridad interferirá de manera negativa en la evaluación.

Se le debe informar al paciente de la situación. Se atenderá al paciente siempre acompañado de personal de seguridad (Cuerpos de Seguridad, POLNAL, guardas de tránsito, agentes, vigilantes, celadores formados, etc.). En muchas ocasiones su sola presencia resulta disuasoria al paciente enfermo en su agresividad.

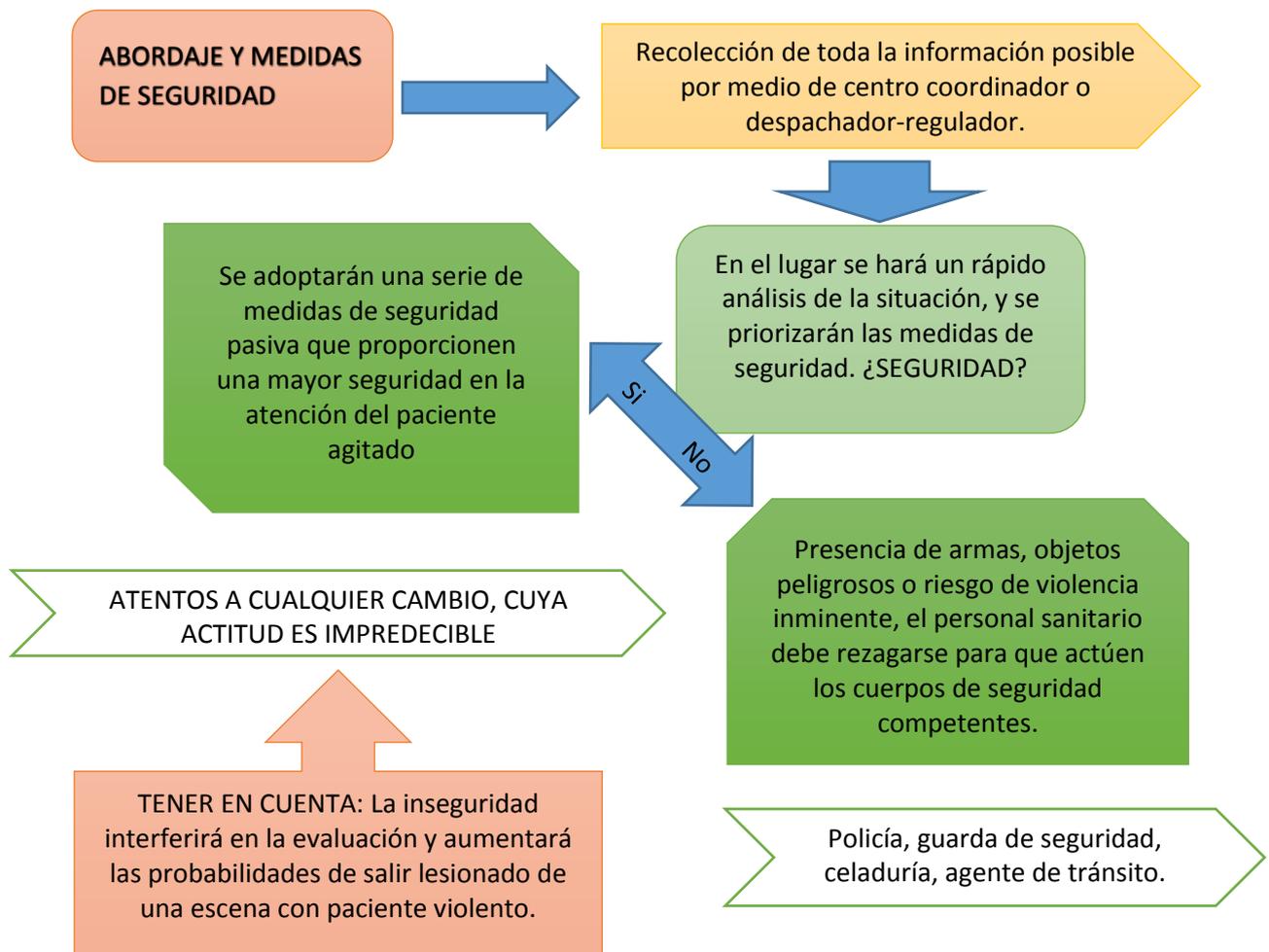
Se debe tener previsto un plan de escape, es decir conocer la entrada y salida en previsión de posibles actitudes violentas. Se debe evitar –en lo posible– el abordaje del paciente en pasillos, rincones o lugares apartados. También se intentará evitar la presencia de objetos que puedan ser utilizados como armas potenciales; ejemplo (lapiceros, bastones, otros.).

Mantener una distancia de seguridad. Evitar que el paciente se coloque entre nosotros y la vía de evacuación. No dar la espalda al paciente. Ambiente lo más relajante posible.

Evitar estímulos externos ejemplo; (música, gente gritando, estímulos luminosos.). Estar atentos a signos inminentes de agitación.

Darse a conocer como TAPH. El paciente deberá estar informado en todo momento de lo que se le va a hacer y lo que requiera. Evitar amenazas y promesas falsas. Ofrecer expectativas razonables. Mostrar actitud tranquilizadora, pero de firmeza (aparentar calma y control de la situación en todo momento). Conversación tranquila, hablar sin elevar la voz, suave y con preguntas cortas, escucha activa, no enfrentarse al paciente (ni con actitudes ni con ideas) ni mostrar prejuicios hacia él, aunque es importante limitar su conducta, y comunicarle qué conducta se aceptará y cuál no.

Algoritmo número 1.



Seguridad del TAPH Algoritmo número 2

Seguridad del personal TAPH o sanitario, paciente, familiares y del entorno material.

Se le debe informar al paciente de la situación. Se atenderá al paciente siempre acompañado de personal de seguridad (Cuerpos de Seguridad, POLNAL, guardas de tránsito, agentes, vigilantes, celadores formados, otros).

Se debe tener previsto un plan de escape.

- Conocer la entrada y salida en previsión de posibles actitudes violentas.
- Se debe evitar –en lo posible– el abordaje del paciente en pasillos, rincones o lugares apartados.
- Evitar que el paciente se coloque entre nosotros y la vía de evacuación.

Mantener una distancia de seguridad.

No dar la espalda al paciente. Ambiente lo más relajante posible. Evitar estímulos externos ejemplo; (música, gente gritando, estímulos luminosos.). Estar atentos a signos inminentes de agitación.

Darse a conocer como TAPH.

- El paciente deberá estar informado en todo momento de lo que se le va a hacer y lo que requiera.
- Evitar amenazas y promesas falsas.
- Ofrecer expectativas razonables.
- Mostrar actitud tranquilizadora, pero de firmeza (aparentar calma y control).
- Conversación tranquila, hablar sin elevar la voz, suave y con preguntas cortas, escucha activa, no enfrentarse al paciente (ni con actitudes ni con ideas).

2 Acercamiento al Sitio de la Urgencia y Recolección de la Información

Si el paciente está armado debe solicitarse apoyo a la policía; el equipo terapéutico ingresará al lugar sólo cuando el paciente se encuentre desarmado.

Obtienen datos de los familiares del paciente. Esta información debe ser recolectada de manera rápida, precisa y oportuna.

Obtener toda la información posible sobre el paciente de los acompañantes si los hubiera: intoxicación aguda, estado depresivo intenso ¿Existe una presunta víctima concreta? ¿Existe un plan de acto violento y dispone de armas o medios? ¿Antecedentes de impulsividad, peleas, agresiones?



Identificar rápidamente si el paciente desarrolla conductas de agitación, violencia o agitación psicomotriz conociendo los diferentes conceptos presentados en la guía y poner en práctica los algoritmos.

Preguntas que permiten identificar al paciente, definir el abordaje y manejo del paciente.

Cuadro 1.



¿Cuál es el nombre del paciente?

¿Cuántos años tiene?

¿Se encuentra agresivo? ¿Ha golpeado a alguna persona? ¿Ha roto objetos?

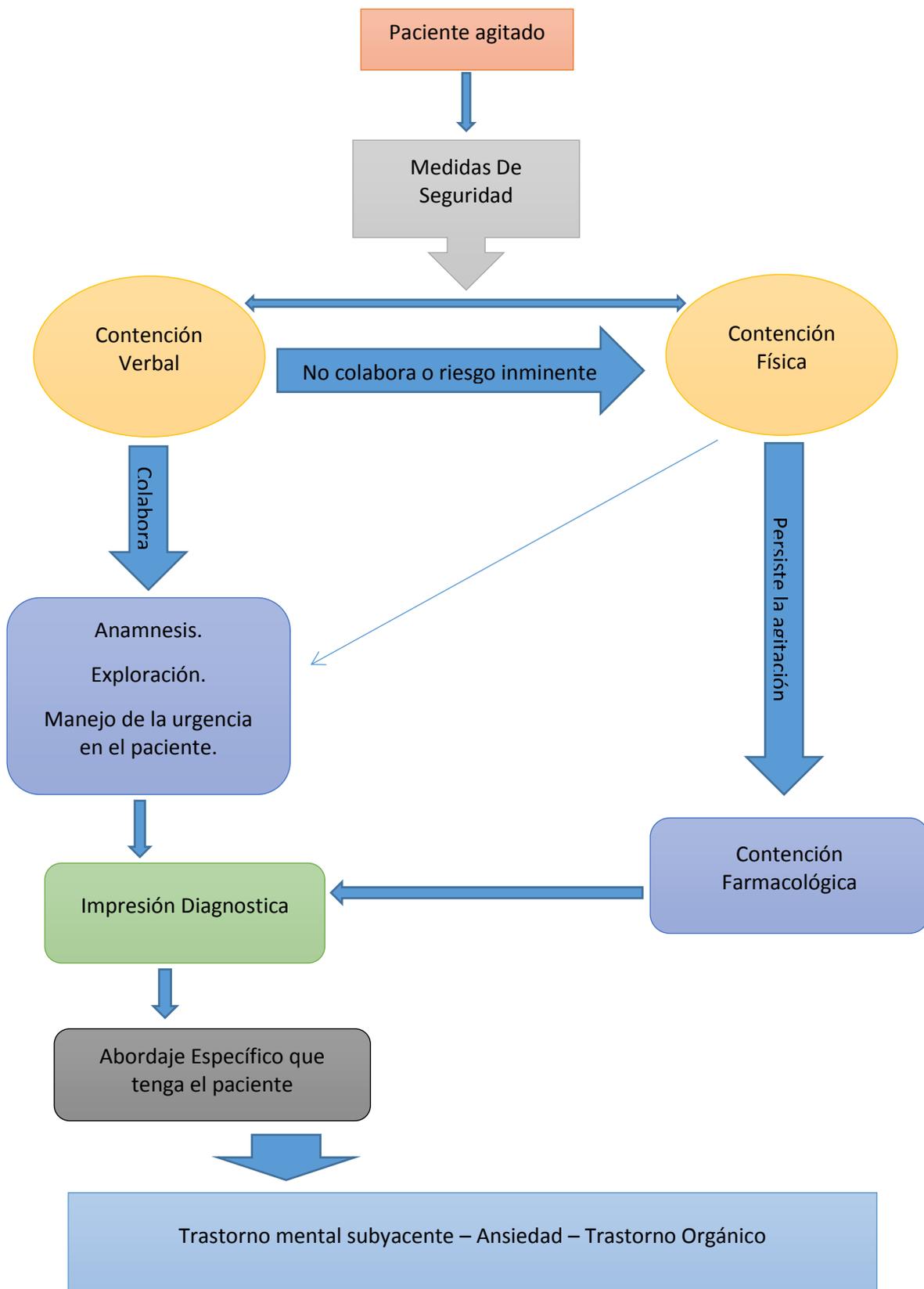
¿Ha recibido asistencia durante los episodios previos de agitación?

¿Si es así qué actitud tomó frente al equipo de asistencia?

¿Se encuentra armado?

¿Se encuentra encerrado o está en un lugar al que se pueda tener acceso?

Algoritmo de actuación frente a un paciente agitado.



Preparación de la escena

Cuadro 2.

- ✓ Retirar objetos potencialmente lesivos (armas, sillas, atriles, pisapapeles).
- ✓ Retirar otros pacientes, familiares o al público.
- ✓ Evitar sobreestimulación del paciente. Apagar la televisión, radio u otros aparatos ruidosos, o luces muy brillantes. Evitar curiosos.
- ✓ Solicitar el apoyo de más personas (necesarias en caso de que llegue a utilizarse la inmovilización mecánica).

Preguntas que ayudan a establecer la posible etiología del episodio de agitación psicomotriz

Cuadro 3.



- ¿Desde cuándo se encuentra agitado?
- ¿Este es el primer episodio de agitación o ya ha presentado episodios previos?
- ¿Los cambios de comportamiento iniciaron en forma progresiva a lo largo de varios días o fue abrupto?
- ¿Sufrió algún trauma o golpe en la cabeza, previa al inicio de la agitación?
- ¿Identifican alguna causa o situación desencadenante del episodio de agitación?
- ¿Sufre de enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de la tiroides, enfermedades mentales?
- ¿Actualmente está tomando alguna medicación?
- ¿Consume alguna sustancia como alcohol, cocaína, marihuana, pegante?

Cuadro 4. Causas de la agitación.

<p>Agitación orgánica</p> <ul style="list-style-type: none"> -Demencias: Alzheimer, vascular, secundaria a VIH, etcétera. -Epilepsia (en especial la del lóbulo temporal). -Delirium. -Alteraciones metabólicas y endócrinas (hipoglicemia, hipertiroidismo, síndrome carcinoide, trastornos hidro electrolíticos, hipo/hiperglicemia). -Enfermedades infecciosas, que cursan con hipertermia. -Encefalopatías (anóxica, urémica, hepática, hipertensiva, etcétera). -ACV, hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural 	<p>Agitación psiquiátrica</p> <ul style="list-style-type: none"> -Psicótica: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno bipolar con síntomas psicóticos. -No psicótica: estrés agudo, duelo, trastorno de conversión, trastorno adaptativo, crisis de pánico. <p>Agitación secundaria al abuso de sustancias</p> <ul style="list-style-type: none"> -Intoxicación por cocaína, fenciclidina, opioides, hipnóticos. -Síndrome de abstinencia a drogas. -Abstinencia de alcohol (Delirium tremens).
--	--

Obtenido: https://www.researchgate.net/publication/303963942_Manejo_basico_del_paciente_agitado-violento_en_la_sala_de_urgencias

3 Recomendaciones importantes:

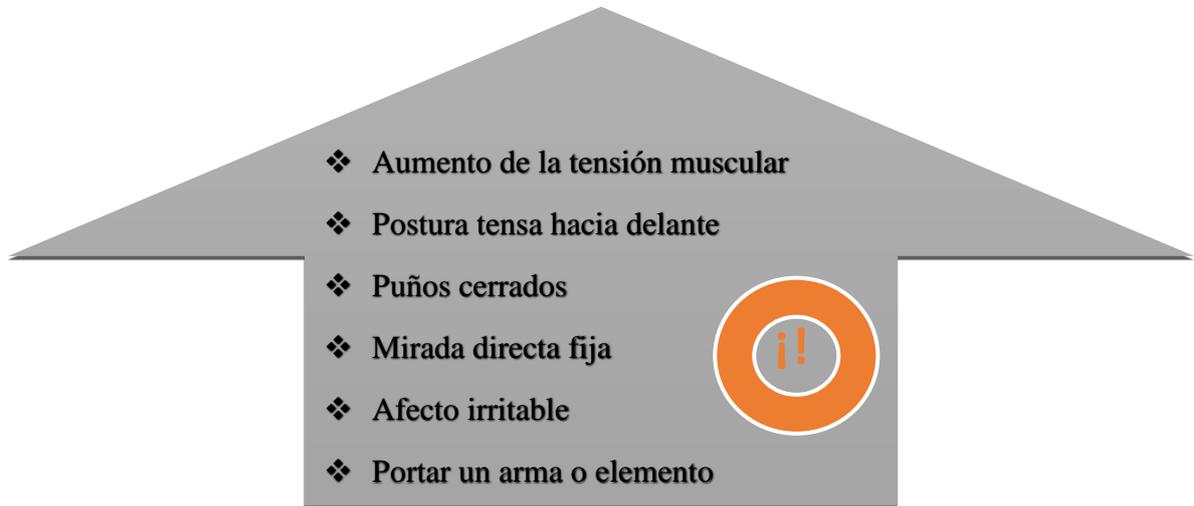
- ✓ No dar la espalda al paciente
- ✓ Mantener las manos a la vista del paciente
- ✓ Tono de voz tranquilo
- ✓ Evitar movimientos bruscos
- ✓ Ante el riesgo de agitación inminente, nunca se debe:
- ✓ Rechazar la irritación.
- ✓ Negarse a escuchar.
- ✓ Avergonzar a la persona por su mal comportamiento.
- ✓ -Continuar la confrontación a gritos en un área pública.
- ✓ Elevar el volumen de voz para «hacerse oír».
- ✓ Continuar con la negociación si se ha comprobado que no se poseen las habilidades necesarias o bien el paciente rechaza al profesional.
- ✓ Ofrecer medicación «para que esté más tranquilo».



Es probable que el paciente responda que ya está suficientemente tranquilo y que se consiga justamente el efecto contrario al perseguido. Por ello, se aconseja ofrecer medicación, (bajo orden medica) «porque lo está pasando mal y se le quiere ayudar», «para ayudar a ver las cosas más relajadas», «para no pasar este momento tan desagradable sin apoyo», «para que disminuya el nivel de malestar y se encuentre mejor. (6)

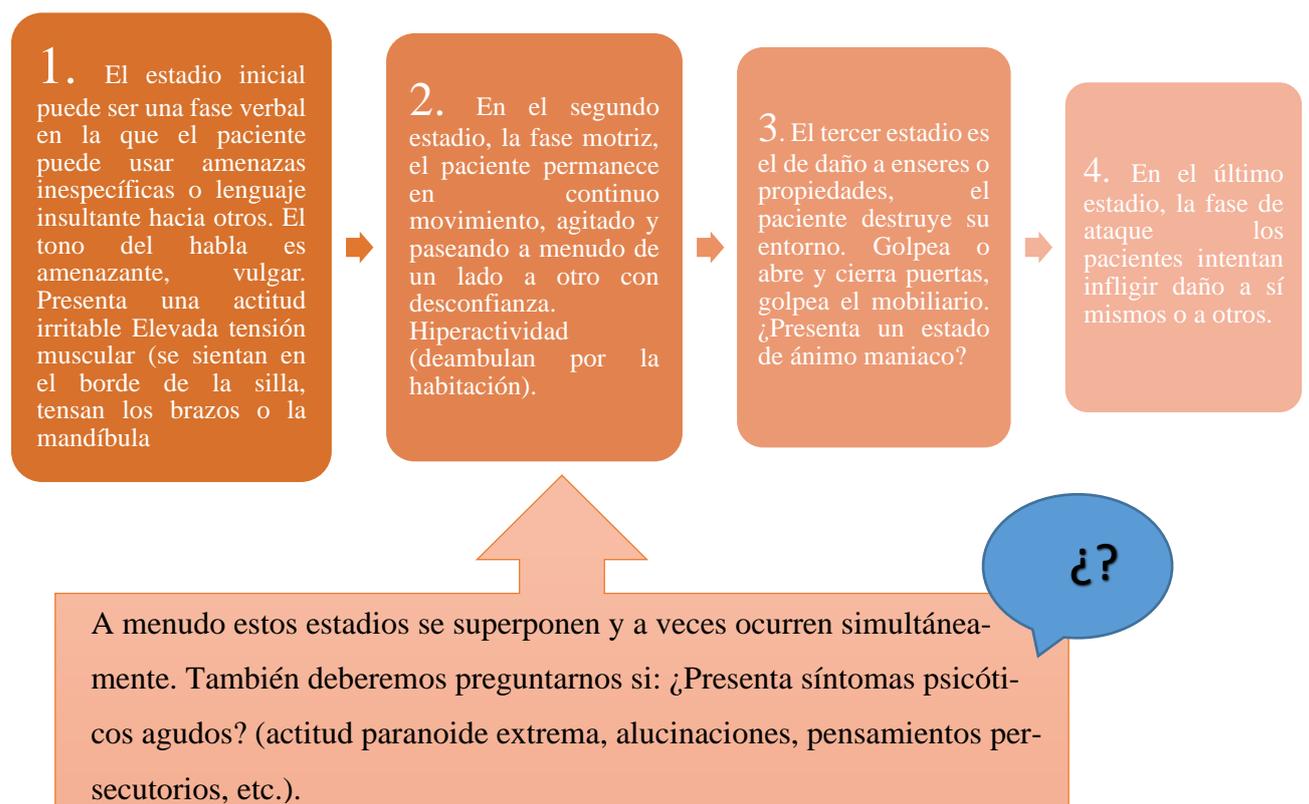
4 Predictores de agresividad en el paciente.

Acción violenta reciente (predictor más confiable), alucinaciones que ordenan agredir o alucinaciones visuales lenguaje pre verbal agresivo.



5 COMO IDENTIFICAR A UN PACIENTE VIOLENTO

El paciente violento está en constante movimiento, realizando actos bruscos, injustificados, absurdos y violentos. Habitualmente el comportamiento violento no ocurre sin signos previos de aviso. Puede atravesar cuatro estadios:



6 CONCEPTUALIZACION DIRECTA DE TEMAS

Contención Terapéutica

En nuestro proceder, el tratamiento deberá ir dirigido en la medida que sea posible a abordar la causa que provoca la agitación. Es un error frecuente ante un paciente agitado asumir un origen psiquiátrico, olvidando descartar un proceso orgánico potencialmente vital como la hipoglucemia, hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural y otros.

1. El manejo del paciente, se basa en los siguientes pilares: medidas de seguridad, intervención verbal, contención física, contención farmacológica.
2. Abordaje general y medidas de seguridad Si la actuación se produce en el medio extrahospitalario, la aproximación al lugar deberá realizarse recabando toda la información posible a través del centro coordinador. En el lugar se hará un rápido análisis de la situación, y se priorizarán las medidas de seguridad, valorando la conveniencia del uso de sirenas y rotativos.

6.1 Contención verbal

La primera pauta de actuación es fomentar la verbalización. En esta fase algún miembro de la familia o acompañante puede contribuir. De esta forma podremos controlar a ciertos pacientes, generalmente leves, agitaciones moderadas y sobre todo de origen psíquico, y evitar la necesidad de contención mecánica. Para ello daremos los siguientes pasos:

Valorar, y estar atentos ante signos inminentes de violencia, tales como aumento del tono de voz (habla amenazante, lenguaje insolente y grosero,), tensión muscular (agarrarse a la silla, etc.), nerviosismo, hiperactividad (frotar de manos, caminar de un lado a otro,), miradas de reojo, etc. El signo predictor más importante de violencia inminente es el comportamiento motor del paciente. Ignorar estos gestos de posible violencia es abrir las puertas a una amenaza potencial.

La presencia de familiares debe ser valorada por el TAPH. Pero siempre será conveniente y necesario preguntar a familiares y testigos sobre el paciente (antecedentes, consumo de sustancias, situación familiar, apoyo social, etc.) así como de la crisis concreta.

6.2 Inmovilización Mecánica.

En caso de que el paciente presente hallazgos compatibles con inminencia de agresividad, debe realizarse la inmovilización mecánica, la cual es un procedimiento físico-mecánico que limita los movimientos de una persona para evitar daño a sí mismo, a otras personas, o a objetos. No debe insistirse en razonar con el paciente si hay inminencia de agresividad.

Ésta es una medida excepcional como último recurso cuando las otras estrategias han fallado; aunque en ocasiones puede ser la primera medida cuando se trata de una situación de agitación grave o con riesgo inminente, tanto de agresividad hacia otros (hetero agresividad) como intento autolítico (auto agresividad), si bien en esta última situación la conducta debe ser valorada detalladamente por el riesgo manipulativo, valorando intencionalidad y letalidad.

Antes de proceder al mismo debe informarse al paciente de la razón o motivo y cuáles son las opciones terapéuticas y ofrecerle siempre la posibilidad del tratamiento farmacológico. Hay que explicar que esta técnica tiene una función terapéutica y que no se trata de un castigo. En ocasiones, sólo la presencia y la disposición del personal decidido para la contención hacen que el paciente reconozca como real la inminencia de la misma y provoque el cambio de actitud y su cooperación.

La valoración de la conducta agitada como resultante de una patología, no requiere de sofisticadas especulaciones psiquiátricas, tan sólo el sentido común y la experiencia de cualquier sanitario. Al ser realizado contra la voluntad del paciente, requiere una actuación rápida y coordinada, por lo que, antes de proceder, se debe planificar la contención mecánica.

La sujeción mecánica supone un riesgo para el paciente y una pequeña probabilidad de que aumente la ansiedad y agresividad del mismo, sobre todo inicialmente, además de una serie de complicaciones menores, por ello no se debe plantear como una medida definitiva. Sin embargo, lo habitual es que el enfermo se calme después de estar sujeto.

El personal deberá estar bien entrenado y ser en número suficiente, 5, y al menos 3 en el caso de niños de menos de 50 Kg¹⁰.

Es un error intentar someter físicamente al paciente sin contar con los medios o fuerza suficientes. Además, debe haber un plan ideado, de lo contrario la inmovilización puede resultar un fracaso, o cuando menos un riesgo innecesario. Y llegados a este punto, tomada la decisión de la contención mecánica, no intentar ya la solución verbal.

Tabla 5. Pasos y recomendaciones para contención mecánica

- 1.** Determinar un plan específico, en el que cada persona sujeta una extremidad del paciente (previamente asignada), y uno la cabeza. No olvidar colocarse los guantes.
- 2.** Se sujeta al paciente por las axilas con una mano empujando hacia arriba y por las muñecas con la otra tirando hacia abajo.
- 3.** Para reducir al paciente en el suelo, deberá ser girado de espaldas sobre el suelo. Con el paciente en el suelo, el que dirige el procedimiento, da instrucciones, sujeta y protege la cabeza del paciente y los otros cuatro sujetan cada uno de los miembros del paciente previamente asignados, asegurando la inmovilidad de las grandes articulaciones (hombros, codos y rodillas), lo que limita considerablemente la movilidad además de disminuir el riesgo.

las cinchas de seguridad. La posición de inmovilización debe ser la más adecuada en cada caso.

Consideramos que la posición de decúbito supino permite un mejor control y vigilancia del paciente, anticipar nuevas situaciones de agitación y además de un mejor acceso venoso para administración de fármacos y monitorización, especialmente si se recurre a la sedación. Las ataduras se deben revisar periódicamente para comprobar su comodidad y seguridad, y en caso de que se prolongue la inmovilización física se liberará una extremidad de forma alternativa aproximadamente cada 30 minutos para prevenir. (1)

INDICACIONES

La (restricción y contención mecánica) son actuaciones sanitarias en un medio sanitario, actos médicos sobre pacientes. La consideración de la conducta objeto de contención como “conducta sintomática” es la única justificación de una actuación contra la voluntad del individuo, y adjetiva el acto como médico, y al sujeto como paciente

1. Su indicación sólo está justificada ante el fracaso de otras alternativas (estrategias basadas en la relación terapéutica, contención farmacológica), ya que vulnera el principio de autonomía de la persona al limitar la libertad del paciente, suponiendo una restricción de los derechos fundamentales de amparo constitucional de las personas afectadas

- Prevención de conductas autolesivas.

- Prevención de lesiones a otras personas (familiares, otros pacientes, personal sanitario).

CONTRAINDICACIONES

No se debe utilizar la contención mecánica en las siguientes situaciones:

- Como castigo al paciente por una transgresión.

- Como respuesta a una conducta molesta.

- Como respuesta al rechazo del tratamiento. - Como sustitución de un tratamiento ya en curso... - Por simple conveniencia del equipo.

- En casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar por disminuir la estimulación sensorial.

- Desconocimiento de su estado general de salud. - Vivencia del paciente como refuerzo de su conducta violenta.

Ejecución:

Una vez tomada la decisión se debe dar tiempo al paciente para aceptar las demandas verbales, para que colabore y se tumbe en la cama. Si no accediese a ello, sin lugar a la discusión verbal se procederá a reducirle y tumbarle en la cama. Son necesarias 4-5 personas. La sola presencia de todo el personal puede ser por sí misma disuasoria. Debe llevarse a cabo encargándose una persona de cada miembro y otra de la cabeza. Se realizará preferentemente cuando el paciente esté distraído. 7 evitar, en lo posible, hablar con el paciente mientras se realice la sujeción, y si es necesario, que sea una única persona la que se dirija al paciente, y todo ello con el fin de evitar que puedan surgir comentarios críticos o provocativos hacia paciente.

El personal deberá:

- Mantener una actitud profesional. - No mostrar cólera. - Tener una actitud firme, pero amable. - Ser respetuoso. - Evitar golpear al paciente o someterlo a posturas humillantes. - Durante la contención no debe haber violencia física ni verbal y evitar responder a las provocaciones del paciente. Se tumbará al paciente en decúbito supino en la cama, manteniendo firmemente sujetos los miembros superiores e inferiores, cada uno por una persona; si no hubiera personal suficiente, los dos miembros inferiores serán sujetos por uno solo. La sujeción se realizará por este orden: • Cintura • Miembros inferiores • Miembros superiores a) Sujeción completa: consiste en la inmovilización del tronco y las 4 extremidades. b) Sujeción parcial: consiste en la inmovilización del tronco y 2 extremidades. Se colocará primero cinturón ancho abdominal y después las dos extremidades, de forma diagonal: brazo izquierdo y pierna derecha o brazo derecho y pierna izquierda. Mientras se realice la sujeción, una persona debe de tener en cuenta la sujeción de la cabeza, evitando que el enfermo se golpee o pueda agredirnos. (2)

6.3 Contención farmacológica

Seguido; la contención farmacológica se define como la aplicación de psicofármacos que provocan en el paciente una sedación superficial con el objetivo de abordar una agitación psicomotriz. Su uso queda localizado en el momento en que la contención verbal no es eficaz o suficiente frente a la conducta agitada del paciente.

Intervenciones farmacológicas agudas: Sedantes orales en casos de agitación moderada (lorazepam -Idalprem, Orfidal- 1-2.mg o diacepam -Valium- 5-10 mg). Sedantes IM o IV en agitación extrema (loracepam o diacepam IM, loracepam 1-2 mg IV; midazolam -Dormicum- 2'5-5 mgIV) administrado lentamente para evitar riesgo de depresión respiratoria. Alternativamente; haloperidol 5mg IM o IV. Si el paciente no responde volver a administrar cada 20-30 minutos. Si a la segunda dosis no responde, añadir loracepam. Vigilar sedación excesiva; todo esto BAJO MANDATO MEDICO. ("El TAPH NO ESTA CAPACITADO" para utilizar los medicamentos anteriormente mencionados.) (3).

Recomendaciones - Realizar una historia clínica detallada

1. Antecedentes médicos y quirúrgicos
2. Antecedentes psiquiátricos: tratamiento actual.
3. Consumo y abstinencia de tóxicos: incluir además del alcohol y los tóxicos ilegales, la valoración de posible abuso de fármacos.
4. Características del episodio actual: cronología sintomática.

Ha de quedar constancia de las circunstancias que han justificado tanto la adopción de la inmovilización terapéutica como su mantenimiento en el tiempo. Se han de recoger todas las incidencias que hayan rodeado la medida. Como ya se ha mencionado, debe ponerse en conocimiento del juez la puesta en práctica de esta medida y, como no puede ser de otra forma, ha de quedar registrada en la historia clínica del paciente.

7 Etiología

ETIOLOGÍA:

1. CAUSAS DE AGITACIÓN ORGÁNICA[†]

DELIRIUM O CUADRO CONFUSIONAL AGUDO:

- Alteraciones metabólicas
- Infecciones sistémicas y/o del SNC
- Fiebre
- Insuficiencia Respiratoria
- Insuficiencia Cardíaca
- Insuficiencia Hepática (encefalopatía hepática)
- Insuficiencia Renal (encefalopatía urémica)
- Traumatismos craneoencefálicos y politraumatismos
- Estados postoperatorios
- Crisis parciales
- Ictus isquémicos o hemorrágicos
- Tumores intracraneales
- Tumores diseminados
- Delirium superpuesto a demencia
- Tratamiento con:
 - levodopa
 - digital
 - cimetidina
 - ranitidina
 - anticolinérgicos (biperideno, atropina)

- Antihistamínicos
- Antiepilépticos
- Corticoides
- Benzodiacepinas
- Neurolépticos sedantes (levomepromacina, tioridacina, clorpromacina)

INTOXICACIONES POR:

- Alcohol
- Estimulantes (cocaína, anfetaminas y otros)
- Cannabis
- Neurolépticos
- Benzodiacepinas
- Anticolinérgicos

SÍNDROMES DE ABSTINENCIA:

- Alcohol (*delirium tremens*)
- Benzodiacepinas
- Opiáceos
- Otros

[†] Es imprescindible resolver la causa somática subyacente, ya que mientras ésta persista, la agitación no se solucionará realmente y el tratamiento será únicamente sintomático.

2. CAUSAS DE AGITACIÓN NO ORGÁNICA

2.1 PSIQUIÁTRICA:

PSICÓTICA:

- Esquizofrenia y Trast. Esquizoafectivo:** cursa en brotes, agitación con ideación delirante, alteraciones del lenguaje y alucinaciones.
- Episodio maniaco:** conducta agitada acompañada de un ánimo eufórico y/o irritable, trastornos del lenguaje (verborrea), pensamiento fugaz (conversación rápida que salta de un tema a otro), hiperactividad y conducta desinhibida.
- Episodio depresivo:** depresión agitada más frecuente en ancianos y niños.
- Trastorno por ideas delirantes (paranoia):** discurso delirante en torno a temas de celos, perjuicio, persecución...

NO PSICÓTICA:

- Crisis de angustia:** sensación de muerte inmediata que puede conllevar agitación.
- Crisis histérica:** Se evidencia teatralidad y manipulación del paciente.
- Trastorno de personalidad:** sobre todo histriónico, límite y paranoide.
- Alteración de conducta en el Retraso mental o Demencia** (distinguir del delirium superpuesto a la demencia)

2.2 REACTIVA:

REACCIONES DE ESTRÉS AGUDO: reacciones de duelo, situaciones catastróficas (inundaciones, incendios, violaciones...), situaciones de desconexiones ambientales (UCI...)

IMPORTANTE:

Durante toda la duración de la inmovilización del paciente será necesario controlar y vigilar:

1. El nivel de conciencia, pues se pretende la sedación del paciente vigilando las complicaciones de la neuroleptización.
2. Constantes vitales.
3. Las zonas de sujeción: valorar la compresión vascular (arterial y venosa), nerviosa y articular -pulsos periféricos, temperatura, coloración, entumecimiento y movilidad de los miembros-, las lesiones por fricción, etc.
4. El nivel de agitación, agresividad y ansiedad.
5. Las complicaciones de la contención mecánica: tromboembolismo pulmonar (TEP) y trombosis venosa profunda.

8 Bibliografía

- 1 Rodríguez PA. npunto.es. [Online]; 2013. Acceso 21 de 10de 2019. Disponible en: [. https://www.npunto.es/revista/12/el-paciente-agresivo-y-la-conducta-medica-en-el-servicio-de-urgencias](https://www.npunto.es/revista/12/el-paciente-agresivo-y-la-conducta-medica-en-el-servicio-de-urgencias).
- 2 chospab. http://www.chospab.es. [Online]; 2010. Acceso 21 de 10de 2019. Disponible en: [. http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/salud_mental/protocolo_contencion_mecanica.pdf](http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/salud_mental/protocolo_contencion_mecanica.pdf).
- 3 Zaragoza LFDSyJPAMBA. es.scribd.com. [Online]; 2012. Acceso 21 de 10de 2019. Disponible en: [. en: https://es.scribd.com/document/267946838/Paciente-violento](https://es.scribd.com/document/267946838/Paciente-violento).
- 4 Clara Madoz Gúrpide MMMMO. cfn Navarra.es. [Online]; 2011. Acceso 21 de 10de 2019. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/17.Psiquiatricas/El%20paciente%20agitado.pdf>.
- 5 docplayer. docplayer.es. [Online]; 2013. Acceso 21 de 10de 2019. Disponible en: [. https://docplayer.es/16383050-Protocolo-de-contencion-mecanica.html](https://docplayer.es/16383050-Protocolo-de-contencion-mecanica.html).
- 6 Oscar García Franco CMCJT B. researchgate.net. [Online]; 2013. Acceso 21 de 10de 2019. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/303963942_Manejo_basico_del_paciente_agitado-violento_en_la_sala_de_urgencias.