

**MODELO DE PREVENCIÓN DEL PELIGRO PÚBLICO EN CASOS DE
AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN TRABAJADORES DE UNA INSTITUCIÓN DE
ALTA COMPLEJIDAD EN SALUD MENTAL DEL SUR OCCIDENTE
COLOMBIANO EN EL 2019.**



**DIANA ISABEL LOPEZ MEDINA
RICARDO MURCIA**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
POSGRADOS EN SALUD
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL
TRABAJO
MAYO 2019**

**MODELO DE PREVENCIÓN DEL PELIGRO PÚBLICO EN CASOS DE
AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN TRABAJADORES DE UNA INSTITUCIÓN DE
ALTA COMPLEJIDAD EN SALUD MENTAL DEL SUR OCCIDENTE
COLOMBIANO EN EL 2019.**

**DIANA ISABEL LOPEZ MEDINA
RICARDO MURCIA**

**ASESOR
ALVARO ESTEBAN CASTRO ARANDA
MÉDICO ESPECIALISTA GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL
TRABAJO**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
POSGRADOS EN SALUD
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL
TRABAJO
MAYO 2019**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	8
1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 PREGUNTA DE LA INVESTIGACION	15
2.JUSTIFICACIÓN	16
3.ESTADO DEL ARTE	17
3.1 CAPÍTULO 1	17
3.2 CAPÍTULO 2	20
3.2.1 Intervenciones preventivas de una agitación psicomotriz	21
3.3 CAPÍTULO 3	24
3.3.1 Competencias para la formación del personal.	24
3.3.2 Aspectos clínicos de una situación de agitación psicomotriz	25
4.MARCO TEORICO	29
4.1 MARCO CONTEXTUAL	29
4.2 MARCO LEGAL	31
5.OBJETIVOS	35
5.1 OBJETIVO GENERAL	35
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
6.METODOLOGÍA	36
6.1 POBLACIÓN OBJETO	36
6.2 DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE PREVENCIÓN	36
CONCLUSIONES	50

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

51

ANEXOS

54

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Estado del arte	17
Tabla 2. Propios del Paciente	25
Tabla 3 Causas comunes de agitación en una sala de emergencia	40

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Ruta de atención en servicios urgencias	38
Figura 2 Lista de chequeo	43
Figura 3 Espacio de seguridad	44
Figura 4. Algoritmo para el abordaje de la Agitación Psicomotriz	47
Figura 5. Origami cara A	54
Figura 6. Origami cara B	55
Figura 7. Caratula cara A	56
Figura 8. Caratula cara B	57
Figura 9. Publicidad cartelera	58

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Folleto informativo	54

INTRODUCCIÓN

Cada vez más personas tienen acceso a los servicios de salud mental, gracias a la cobertura que ofrece el sistema de salud en Colombia. Según el Boletín de Salud Mental del Ministerio de salud publicado en julio de 2018 enfocado a oferta y acceso a servicios de salud mental, publicó que mientras en el año 2009 se atendieron en total 1.207.601 pacientes por todas las causas de interés en salud mental, para el año 2017 la cifra se duplicó a 2.500.028. (1)

Es habitual encontrar en las instituciones que prestan servicios de salud mental, el abordaje terapéutico para casos de pacientes en estado de agitación psicomotriz, con técnicas de aislamiento y contención mecánica, aun conociendo los riesgos tanto para el paciente como para el equipo de salud, que sugieren la aplicación de estas medidas.

Según lineamientos de la OMS (Organización mundial de la salud), describe el procedimiento de la contención mecánica como “un método extraordinario con finalidad terapéutica, empleado en situaciones de emergencia que conlleven una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan evitarse por otros medios terapéuticos”.(2)

Para el año 2017 en la publicación: *Evolución de Las Terapias Expresivas Transdisciplinarias En La Unidad de Hospitalización de Psiquiatría y El Efecto Que Produce En Las Personas Durante Su Ingreso*, mencionan que la contención mecánica (también denominada “inmovilización terapéutica”) “es una medida considerada coercitiva, empleada de forma habitual en la práctica clínica, en aquellas situaciones en las que existe un riesgo objetivo para el propio usuario, el entorno y otras personas que puedan verse perjudicadas (profesionales, familiares, otros usuarios...), con el fin de salvaguardar la seguridad.” (2)

La mayoría de las patologías psiquiátricas en su fase aguda tienen una gran posibilidad de generar conductas relacionadas con agitación psicomotriz, la cual se manifiesta por hiperactividad motora acompañada de una alteración emocional desproporcionada; esta condición también se presenta en algunas patologías orgánicas e incluso ambas. En la actualidad se cuentan con guías clínicas que orientan el manejo clínico.(3)

En Europa y Norteamérica se encuentran publicaciones que dan cuenta de la disminución en la aplicación de las técnicas de restricción física, y la implementación de estrategias preventivas para casos de pacientes que presenten casos de agitación psicomotriz como la creación de espacios para la reducción del estrés.(2)

Dada la accidentalidad registrada en el periodo de tiempo entre los años 2012 a 2017, por exposición del personal asistencial al peligro público por pacientes en estados de agitación psicomotriz en una institución de alta complejidad en salud mental del sur occidente Colombiano y teniendo en cuenta la aplicación de herramientas tales como el protocolo de agitación psicomotriz, la implementación del sistema de alarma, ciclos de capacitación y entrenamiento, que a la fecha no muestran una contundente efectividad en la reducción de los accidentes de trabajo, consideramos necesario desarrollar una estrategia en la que se fortalezcan los aspectos preventivos y observacionales del equipo de trabajo como son: Organización de la respuesta a emergencias, identificación de signos y síntomas, observación del entorno y sistema de alerta temprana.

Apoyados en los aspectos legales del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo, es una obligación de las empresas desarrollar estrategias tendientes a anticipar y evitar los accidentes de trabajo e intervenir el impacto que genera la exposición a los peligros en la salud de las personas, es por eso que este trabajo se busca desarrollar un modelo de prevención para el riesgo público en casos de

agitación psicomotriz en una institución que brinda servicios de atención a pacientes con enfermedad mental en la ciudad de Cali.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Podemos describir que la agitación psicomotriz es un conjunto de situaciones que percibe una persona y que están relacionadas con inquietud, actividad física sin un objetivo aparente, es decir con alteración en el psicomotor, que puede incluir estados de ansiedad o eventos displacenteros. (4). También es posible encontrar una clasificación para los niveles de intensidad de la Agitación psicomotriz entre leve (inquietud psicomotriz) y grave. (5)

Es de vital importancia mencionar que la agitación Psicomotriz no necesariamente está relacionada con agresividad (6), ni viceversa (7)

Los cuadros de agitación son frecuentes en las urgencias y unidades de agudos en servicios de psiquiatría, pudiendo ocasionar graves consecuencias y una importante carga asistencial al personal sanitario. Un estudio realizado en la población de trabajadores en España del año del 2017, estima que entre el 21% al 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 hospitalario.(8)

La Organización Internacional del Trabajo para el año 2005 realizó en Europa un estudio que evidencio como del total de trabajadores, el 24% de los profesionales de la salud son los que concentran la mayoría de actos violentos poniendo en contexto que la exposición a los pacientes con posibilidad de presentar agresiones físicas es alto.(9)

Los datos con relación a la violencia hacia los médicos de atención primaria son escasos y no se cuenta con estudios de campo de las compañías de seguros. El mismo estudio de la OIT también menciona que el porcentaje de médicos agredidos descrito oscila entre el 30% y el 60%, la incidencia en el medio

hospitalario es de 0,93 por cada 1.000 actos médicos y la frecuencia percibida es exponencialmente creciente 4,6%. Esto ha dado lugar a iniciativas de la elaboración de registros, guías para la prevención y abordaje integral de las agresiones y la contratación de seguros, promovidas fundamentalmente por los colegios de médicos. Los abusos verbales son su manifestación más frecuente (44-54%), seguidos de las amenazas, una forma de violencia verbal más grave (26-28%) y las agresiones físicas, cuyo porcentaje es del 28% en Cataluña e inferior a lo largo del tiempo en países anglosajones (del 7,6 al 0,3%). En la práctica la violencia verbal de los pacientes incluye un amplio abanico de conductas a menudo solapadas con otras como el acoso sexual, especialmente entre mujeres y residentes.(9)

En cuanto al desarrollo de Protocolos de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal de salud, en España en el 2018 se realizó un estudio donde se documentan los factores que facilitan o propician la violencia en el ámbito sanitario y que pueden clasificarse en 3 grupos: los que dependen del propio paciente, los relacionados con el profesional sanitario y los que dependen del contexto. (9)

Entre los factores relacionados con el paciente se encuentran la enfermedad que presenta, sus características personales (carácter, alteraciones psicológicas, barreras comunicacionales, etc.) y las circunstancias en las que se desenvuelve. Los factores relacionados con el profesional incluyen sus características personales (carácter, alteraciones y problemas, falta de habilidades, etc.) y las circunstancias laborales (estrés, insatisfacción, experiencias negativas previas, etc.). Por último, los factores relacionados con el entorno o el contexto se refieren a las características físicas y organizativas (tiempos de espera, políticas y normas del centro, protocolos de actuación, servicios más vulnerables, como unidades de cuidados intensivos o unidades pediátricas, etc.) y a los recursos de los centros

(disponibilidad de un médico, cantidad de personal en horarios de noche o fin de semana, etc.)(10)

Frente a la atención en los servicios asistenciales, se cuenta con una alta probabilidad que tanto los consultantes a servicios de urgencias como los hospitalizados en instituciones que brindan atención en salud mental, presenten durante el proceso de atención, alteraciones en su comportamiento que deriven en agitación psicomotriz (3), colocando un riesgo adicional tanto para el paciente, la familia o el equipo de atención.(2)

Según las estadísticas de accidentalidad del Hospital de salud mental nivel III del presente trabajo, las afectaciones en la salud producto de las agresiones al personal asistencial generan en promedio incapacidades, que para los últimos 6 años llegan a 141 días, lo que puede entenderse como que un trabajador deja de asistir o se ausenta de sus labores casi 5 meses por cuenta de la accidentalidad por exposición a pacientes en estado de agitación psicomotriz o lo que se equipara en términos financieros a decir que la empresa tiene una persona en nómina que le paga y no asiste a trabajar por el mismo tiempo mencionado.

Ahora es necesario también resaltar que las consecuencias de que se presenten accidentes de trabajo, no solo abarcan la salud física y mental del lesionado (trabajador), sino también el equilibrio emocional y posible deterioro en la calidad de vida tanto del trabajador como el de la familia. Se deben considerar aspectos como: El impacto en los sobrecostos por mano de obra (reemplazos), costos por inducción, deterioro en la evaluación del riesgo de la empresa (asegurador), sobrecarga administrativa por la intervención correctiva de las desviaciones al estándar (SGSST), deterioro de la confianza que impacta directamente la cultura de seguridad del cliente interno y externo, el deterioro de la imagen corporativa, entre otros.

Aunque en el país la industria muestra un desarrollo importante en cuanto a innovación y avance tecnológico, todavía predomina el trabajo manual y la utilización de las habilidades físicas y motoras de los individuos, cuyos procesos productivos generan condiciones de trabajo con altas demandas posturales, de fuerza y manejo de cargas que involucran los componentes del sistema muscular, cardiovascular y metabólico como es el caso de los trabajadores de la salud especialmente los de atención a pacientes con patologías psiquiátricas, quienes se ven enfrentados de manera cotidiana a sujetos en estados de agitación psicomotriz, desencadenando en muchos casos la aparición de fatiga física y lesiones osteomusculares.

A pesar que hoy en día contamos con medidas encaminadas al control operativo, con procedimientos documentados y con la implementación de tecnologías para la intervención de la agitación psicomotriz, aún las estadísticas de accidentalidad no son contundentes frente a la efectividad de estas acciones, en la mayoría de los casos debido a que los trabajadores pasan por alto los aspectos preventivos de la intervención de la agitación psicomotriz y solo se dedican a la aplicación de la contención física.

La gestión efectiva de los riesgos laborales se logra cuando se focalizan los esfuerzos en fomentar una cultura de seguridad y salud a través de actividades de prevención de enfermedades y accidentes para garantizar tranquilidad, protección y calidad de vida a los trabajadores.

Resulta de gran interés que las instituciones de salud, asignen prioridad a la seguridad de sus trabajadores. Es por esto que este trabajo centra sus esfuerzos en crear un modelo de prevención para el riesgo público en casos de agitación psicomotriz que oriente a los trabajadores a la identificación de signos y síntomas que anteceden los episodios de agresión, para adoptar las medidas de prevención necesarias para evitar la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y/o

enfermedad laboral a que haya lugar y que incluyan a toda la comunidad hospitalaria.

1.1 PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el modelo de prevención del peligro público en casos de agitación psicomotriz en trabajadores de una institución de alta complejidad en salud mental del sur occidente Colombiano en el 2019?

2. JUSTIFICACIÓN

El manejo del paciente agitado en los servicios de salud debe ser atendido de manera prioritaria por un equipo con la formación y la competencia necesaria para el abordaje de esta situación, que de no ser intervenida de manera oportuna, coloca en riesgo la salud de las personas, crea una barrera en la relación entre el paciente y el equipo terapéutico y abre la posibilidad de demandas medico legales.

Es una responsabilidad para las empresas y una prioridad del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo gestionar sus peligros, con el fin de prevenir los accidentes de trabajo y la correspondiente posibilidad de generar lesiones temporales o permanentes en los trabajadores y en el caso de las instituciones de salud los que se deriven de la atención de pacientes en estado de agitación psicomotriz. Las cifras que refleja el absentismo de la entidad objeto de esta investigación, muestran una tendencia en la generación permanente de eventos, directamente proporcional al número de días cargados por incapacidad temporal relacionados con la atención de pacientes en estado de agitación lo que genera aparte de las lesiones físicas y psicológicas de quienes intervienen, unos costos al sistema por las atenciones médicas necesarias para el restablecimiento de las condiciones de salud de los trabajadores.

Una institución de salud mental cuyos procesos interactúan bajo un modelo de enfoque del riesgo y que mantiene en la búsqueda permanente de estrategias innovadoras para el abordaje de sus riesgos prioritarios, concentra sus esfuerzos para que el personal de salud cuente con la formación necesaria en el abordaje preventivo del paciente agitado. La implementación de técnicas alternativas que fortalezcan sus procesos y procedimientos buscan garantizar una atención segura, tendiente a la disminución del estigma y que aporte a la inclusión social del paciente con enfermedad mental.

3. ESTADO DEL ARTE

Tabla 1 Estado del arte.

Capítulo 1	<ul style="list-style-type: none">• Términos y definiciones.
Capítulo 2	<ul style="list-style-type: none">• Atención de pacientes agresivos.• Aspectos preventivos de la atención de la Agitación Psicomotriz (observación – escucha activa desescalada verbal) – análisis prospectivo (riesgo), Protocolo Agitación Psicomotriz– Estrategias de intervención (contención verbal – física – farmacológica).
Capítulo 3	<ul style="list-style-type: none">• Competencias para la formación del personal.

3.1 CAPÍTULO 1

Conceptos generales:

Agitación: La agitación se manifiesta por hiperactividad motora acompañada de una alteración emocional desproporcionada. Sub- yace patología orgánica o psiquiátrica e incluso ambas. Apenas existen guías clínicas adecuadas que orienten sobre su manejo clínico.(3)

Agitación Psicomotriz: Es el síndrome psicomotor más frecuente, y se define por la coexistencia de ansiedad e hiperactividad motora. Puede oscilar entre una intensidad leve (inquietud psicomotriz) y grave. (5)

Agresividad: “Conducta manifiesta que involucra intentos por infringir una estimulación nociva o de tener actos destructivos hacia otro organismo”. Se diferencian dos tipos de comportamiento agresivo: la violencia impulsiva y la violencia predatoria o premeditada.(6)

Contención farmacológica: Administración de una medicación que es usada para controlar el comportamiento o el libre movimiento pero que no es parte del régimen diario de medicación de un paciente. (11)

Contención física: Aplicación directa de la fuerza física a un paciente, con o sin su permiso, para restringir su libre movimiento. La fuerza física puede ser humana, con implementos mecánicos o combinación de estos. La razón para realizar tanto la contención física como el asilamiento es la de proteger al paciente contra una lesión a sí mismo o a otros, debida a trastornos emocionales o comportamentales.(6)

Contención mecánica: La contención mecánica (también denominada “inmovilización terapéutica”) es una medida considerada coercitiva, empleada de forma habitual en la práctica clínica, en aquellas situaciones en las que existe un riesgo objetivo para el propio usuario, el entorno y otras personas que puedan verse perjudicadas (profesionales, familiares, otros usuarios...), con el fin de salvaguardar la seguridad. (2)

Contención verbal: Dirigirnos al paciente con educación, tono bajo, con seguridad y firmeza.(12)

Técnica de comunicación verbal clara y firme dirigida a explorar la causa de la pérdida de control y la rabia que le acompaña, o en el caso de pacientes confusos o desorientados, buscar orientarlo con indicaciones repetitivas de donde está, el propósito de la exanimación, la identidad de las personas que le atienden, tratar

de explicar cada procedimiento o acción para minimizar la malinterpretación por el paciente.(6)

Debriefing: Término utilizado en principio en las técnicas de simulación clínica que hace referencia a la “reflexión guiada que se realiza posteriormente a un escenario de simulación y tiene como objetivo analizar, dar sentido y aprender de la experiencia vivida.”(13)

Desescalada: El acto de desescalar verbalmente es una forma de tratamiento en la cual el paciente es capaz de desarrollar rápidamente sus propios focos internos de control. Otra manera de describirla es “Ayudar al paciente a calmarse a sí mismo” a través de un esquema colaborativo.(7)

Trastorno mental. Para efectos del presente trabajo se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.(14)

Urgencia Psiquiátrica: hace alusión a aquellas situaciones en las que la agresión se presenta como el síntoma dominante asociado a un pobre control de impulsos en pacientes violentos y agitados de variada etiología o conductas suicidas activas o asociados a patologías orgánicas como: delirium, intoxicaciones agudas por drogas legales o ilegales y que requiere de una actuación inmediata, con el fin de preservar la vida.

La Organización Colegial de Enfermería ha elaborado un estudio sobre agresiones en el que se muestra que en España el 33% de las enfermeras han sufrido alguna agresión física o verbal en los últimos 12 meses (el 3,7% sufrió agresiones físicas

y el 29,3% verbales). Además, la persona agresora es en el 49,8% de los casos un familiar o un acompañante, en el 47,3% el propio paciente y en el 2,9% otra persona. Otro estudio llevado a cabo en los hospitales públicos de la Región de Murcia muestra tasas de violencia física sufridas por las enfermeras del 3% en los últimos 6 meses.(10)

3.2 CAPÍTULO 2

Atención de pacientes agresivos

Es común encontrar cifras relacionadas con el aumento en el número de consultas por urgencias de manera significativa. En una publicación del Centro Regulador de Urgencias de Bogotá, encontraron que del total de las personas que consultaron a los servicios de urgencias, el 10% tuvo alguna relación con pacientes en estado de agitación psicomotriz. (15)

En un estudio realizado en el año 2014 en la Universidad del Valle, donde se buscaba validar una escala de agitación psicomotriz como aspecto preventivo para el manejo de pacientes que presentan comportamientos agresivos, citan un estudio que tuvo como centro de investigación el Hospital Psiquiátrico de Cali en el periodo comprendido entre el 2007 – 2008, donde describen los diferentes riesgos a los que se encuentran expuestos los trabajadores, incluyendo el riesgo Social y expresa que las agresiones generadas por los pacientes pueden ser graves y van desde lo verbal hasta lo físico. (16)

En ese mismo sentido, se han documentado investigaciones como la realizada en la Universidad Autónoma de México acerca de la accidentalidad en el ambiente hospitalario, donde se describe que el personal de salud considera como “natural”, las agresiones físicas de pacientes. En el ambiente hospitalario es muy frecuente encontrar que el personal asistencial establece una relación estrecha entre las agresiones de pacientes y las actividades cotidianas del entorno psiquiátrico,

desde la perspectiva de la agresión como consecuencia de la sintomatología que presenta el paciente, lo que ha dificultado el establecimiento de mecanismos efectivos de control, y ha perpetuado el problema.(17)

Las personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas (que padezcan o no una patología de base) que consultan a los servicios de urgencias, sugieren el despliegue de la mayor cantidad de recursos con que cuentan las instituciones por la complejidad de los condiciones de salud propias de los efectos que producen las sustancias en el organismo, aunado al impacto social que pueden generar: auto o heteroagresión, violencia intrafamiliar, accidentes de tránsito o problemas legales entre otros. Esta situación hace que las instituciones movilicen sus esfuerzos en el establecimiento de protocolos o procedimientos de atención en salud que les permitan gestionar la intervención que se realiza a un paciente en estado de agitación psicomotriz y esto implica mantener el control de tres escenarios:

- Los que dependen del paciente:
- Los relacionados con el profesional sanitario:
- Los que dependen del contexto:

3.2.1 Intervenciones preventivas de una agitación psicomotriz

1 En la organización de los equipos antes de presentarse situaciones agudas

Rall y Dieckmann recomiendan considerar puntos claves que permiten focalizar la atención en factores que pueden mejorar la seguridad del paciente). (18)

En éste protocolo se describen los diez primeros puntos de recomendación:

- a. **Conocer el entorno:** Conocer previamente el personal y equipos (ubicación de alarmas, reconocimiento del tipo de alarmas, uso de pitos, etc.) con

los que se cuenta, a quien se le puede pedir ayuda, quien está disponible en diferentes momentos del día, como encontrar rápidamente a quien nos puede ayudar, cuánto tiempo puede tardar en llegar la ayuda. Con los equipos hay que tenerlos y saber manejarlos; comprobar regularmente que todo se encuentra.

b. **Anticipar y planificar:** Considerar lo que podemos necesitar por adelantado, pensar que podría resultar difícil y planificar con antelación cada posible dificultad.

c. **Pedir ayuda pronto:** Reconocer las limitaciones, evitar intentar manejarlo solo. Asegurarse de saber a quién se puede llamar, como hacerlo y como utilizar la ayuda cuando llegue

d. **Ejercer liderazgo y saber seguirlo:** Todo equipo necesita un líder, que tome el mando, distribuya tareas y recoja la información. Liderazgo es coordinar y planificar utilizando una comunicación clara. Seguir el liderazgo significa escuchar lo que dice el líder y hacer lo que sea necesario, comunicar al líder las preocupaciones en relación a decisiones. Este liderazgo generalmente recae en algunos miembros del equipo que habitualmente, por sus funciones, realizan delegación de funciones, pero en ocasiones es necesario que otros miembros del equipo, en ausencia de los primeros, ejerzan las funciones de líder de manera temporal.

e. **Distribuir la carga de trabajo:** Una de las tareas principales del líder es distribuir la carga de trabajo, definir tareas, comprobar que se realizan de manera correcta. Los miembros del equipo deben buscar activamente todas aquellas tareas que sea necesario hacer, no es un buen equipo aquel en el que el líder tenga que dirigir cada una de las acciones

- f. **Mobilizar todos los recursos disponibles:** Conocer con anticipación los conocimientos, habilidades, puntos fuertes y débiles de los miembros del equipo, así como de los recursos físicos.
- g. **Comunicarse eficientemente:** Un buen trabajo depende de que todo el equipo este “en la misma onda”, esto asegura que todo el equipo sabe lo que está pasando, lo que es necesario hacer y lo que ya está hecho.
- h. **Utilizar toda la información disponible:** Para llegar a un diagnóstico correcto es necesario usar todos los datos disponibles en diferentes fuentes: impresión clínica, signos vitales, información de la familia o acudientes, historia clínica, etc.
- i. **Prevenir y manejar todos los errores de fijación:** los errores de fijación son errores del modelo mental que se tiene del paciente o de la situación, que puede llevar a actuar de manera equivocada. Para evitarlo se indica observar la situación desde un punto de vista diferente, no sesgado por suposiciones previas erróneas; intentar buscar una segunda opinión de alguien que no esté implicado, cambiar de perspectiva (mirada) deliberadamente (ejemplo. Un funcionario puede tener la idea que si un paciente lo amenaza es porque es un “mal sujeto”, alguien reprobable socialmente y actuar a la defensiva; si pregunta a otros compañeros o el médico tratante acerca de este paciente, puede encontrarse que estas amenazas se relacionan a un trastorno mental severo y que realmente el asunto no está directamente relacionada con este funcionario)
- j. **Comprobaciones cruzadas (dobles):** correlacionar los datos provenientes de diferentes fuentes; asegurarse que lo que vio es real, y si hizo realmente lo que pensó hacer.

Algunos pacientes, para desviar la atención de su propio sentido de vulnerabilidad, son muy sensibles en detectar las vulnerabilidades del personal y enfocarse en esto. Para trabajar bien con pacientes agitados, los miembros del personal deben ser capaces de reconocer y controlar los aspectos contra transferenciales y sus propias reacciones negativas. Esto incluye comprender sus propias vulnerabilidades, tendencias a retaliar, argumentar o volverse defensivo en actuaciones con el paciente. Necesitan también reconocer sus propios límites en la relación con los pacientes agitados. La característica más importante es una buena actitud, que comienza con una consideración positiva hacia el paciente y la capacidad de empatía. Reconocer que el paciente tiene una enfermedad.(7)

k. Con respecto al espacio físico: el área de trabajo debe contar con mobiliario móvil que permita un acceso flexible y equitativo para el paciente y el personal – la posibilidad de mover rápidamente un mobiliario de un área puede llevar a producir un ambiente seguro de manera expedita. Evitar la hiperestimulación sensorial con elementos del ambiente (sonido, color, temperatura).(7)

3.3 CAPÍTULO 3

3.3.1 Competencias para la formación del personal.

Con el modelo de prevención que se plantea en este trabajo se pretende incentivar el aprendizaje permanente en el personal de salud, que promueva un conocimiento dinámico acorde a la cambiante realidad. Dichas acciones de formación comprenden conocer cuáles son las condiciones orgánicas, sociales y del contexto hospitalario que influyen en la generación de comportamientos agresivos de manera que el equipo de salud pueda anticipar estas conductas y tome las medidas que sean necesarias para preservar la integridad física de quienes intervienen una agitación psicomotriz y facilitar que se mantenga la relación terapéutica entre el paciente y su familia y el equipo de salud.

Determinantes que predisponen un estado de agitación psicomotriz:

Para el año 2010 se documentó un estudio que nos muestra las causas comunes de agitación en una sala de emergencia, donde se mencionan los principales síndromes orgánicos que pueden originar cambios de comportamiento en las personas (en ocasiones de manera súbita) que puedan a su vez derivar en agresividad. Esta descripción le permite al personal de salud contar con información que le permita ajustar los planes de tratamiento con un enfoque en la causa orgánica que pueda estar generando estos cambios de comportamiento, que en algún momento pueden llegar a comprometer la vida del paciente, con el fin de apuntar todos los esfuerzos en la estabilización de las condiciones que preceden el comportamiento agresivo.

3.3.2 Aspectos clínicos de una situación de agitación psicomotriz

Tabla 2. Propios del Paciente

Determinantes	Presentación clínica
Intoxicación aguda por cocaína / estimulantes	Taquicardia, pupilas dilatadas, irritabilidad, psicosis de característica esquizofreniforme
Abstinencia benzodiazepinas /barbitúricos	Similar a la abstinencia a alcohol, sin muestra de cambios en signos vitales; puede presentar un delirium con o sin temblor. Alto riesgo de convulsiones
Delirium	Disminución y fluctuación en el nivel de conciencia, fluctuación en signos vitales, confusión, puede estar irritable o pasivo. Más frecuente en ancianos o pacientes medicamente enfermos
Delirium tremens	Todos los signos de delirium con o sin temblor, con o sin alucinaciones, fluctuación intensa de signos vitales, última ingesta de licor 24 a 72 h antes

Hipoglicemia	Alteración mental con sudoración, taquicardia y somnolencia
Estados post ictales	Niveles alterados de conciencia, confusión, ataxia, puede tener parálisis de Todo u otros signos neurológicos residuales, como lenguaje farfullante. Puede tener señales de mordedura en la lengua o relajación de esfínteres
Psicosis / manía / trastorno psiquiátrico primario	Generalmente sin desorientación. Sin alteración del nivel de conciencia, sin cambios en signos vitales, ver signos psiquiátricos o historia previa de estos
Anormalidad estructural del cerebro	Varía por lesión, alteración del estado mental con cefalea, déficit neurológico focal o deterioro neurológico progresivo
Emergencia toxicológica	Varía por sustancia, puede llevar a cambios en el estado mental, vigilar las pupilas, sudoración, signos vitales u otros signos médicos

Fuente: causas comunes de agitación en una sala de emergencia (11)

Signos físicos, comportamentales y emocionales

- Aumento de la frecuencia respiratoria
- Signos vegetativos
- Alteración del patrón de sueño
- Inquietud motora
- Puños apretados, retorcimiento de manos, golpes de pie, halado de cabello y manipulación de la ropa o de otros objetos.
- Actividad motora y verbal repetitiva e inapropiada sin un fin establecido
- Tensión en aumento
- Intranquilidad

- Nerviosismo
- Irritabilidad
- Hipersensibilidad a estímulos

A menudo el curso es fluctuante. Cohen-Mansfield and Billig (1986) realizaron una clasificación de la agitación por subtipos:

- Componente de agresividad físico (peleando, destruyendo, lanzando, arrebatando)
- Componente de agresividad verbal (maldiciendo, gritando)
- Componente físico no agresivo (estimulando)
- Componente verbal no agresivo (preguntando constantemente, hablando)

En la actualidad se cuenta con la escala BARS (Behavioural Activity Rating Scale), para evaluar la agitación, la cual tiene los siguientes ítems: (7)

1. Dificultad o incapaz de responder
2. Dormido pero responde normalmente al estímulo verbal o al contacto físico
3. Somnoliento, parece sedado
4. Quieto y despierto (nivel normal de actividad)
5. Signos de sobre actividad (física o verbal), se calma con instrucciones
6. Continuamente o extremadamente activo, no requiere contención
7. Violento, requiere contención

No se ha encontrado que las escalas estructuradas existentes, sean más efectivas que entrevistar al paciente.(19)

Externos al paciente:

- Ingreso involuntario a la institución.

- Problemas en la comunicación con familiares y/o acudientes.
- Problemas en la comunicación con funcionarios de la institución.
- Limitaciones para la movilización, encierro.
- Establecimiento de límites estrictos en el servicio – con actividades híper-reguladas.
- Ausencia de actividades ocupacionales durante la hospitalización.
- Modelo de atención en salud con limitación de recursos, por ende poco efectivo en sus esfuerzos con enfoque rehabilitador y que carece de la integración de sus redes de atención.

4. MARCO TEORICO

4.1 MARCO CONTEXTUAL

En los últimos años, Colombia ha mejorado la cobertura y el acceso a las tecnologías de la información, por tanto las instituciones de salud también han hecho parte de este crecimiento, es así como hoy en día, es posible encontrar información en internet con experimentos empíricos y acercamientos teóricos acerca de aspectos relacionados con Agitación Psicomotriz lo que hace evidente el interés de la comunidad que trabaja en salud, por intervenir el riesgo que sugiere realizar la contención física de una persona en el ambiente hospitalario.

En la práctica, realizar el procedimiento de contención física y la hospitalización involuntaria, tienen un fin terapéutico con base en un análisis individual del caso, pero que sugiere aplicar con rigurosidad los protocolos y guías de atención institucional para evitar futuras complicaciones (médico-legal y de otras garantías).
(20)

La contención física que hace parte del Protocolo de Agitación Psicomotriz, lleva consigo unos riesgos como lesionarse por golpes o sobreesfuerzos y caídas entre otros, los cuales generan efectos en la salud (generalmente lesiones osteomusculares) tanto del paciente que se encuentra en estado de agitación psicomotriz como del personal de salud que debe realizar la aplicación del protocolo, lo que contrasta con la aparición de nuevas patologías o con el empeoramiento de la condición de salud de las víctimas.

Estas lesiones deben ser subsanadas, lo que en el caso del paciente se realiza a través de la gestión del evento adverso por el comité de seguridad del paciente de la entidad o quien haga sus veces, y en el caso del trabajador con la gestión del accidente de trabajo liderado desde el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud

en el Trabajo que tal y como lo menciona desde la ley 100 de 1993 y su modificación en la ley 1562 de 2012, el aseguramiento en el sistema de riesgos laborales prevé la asistencia y cobertura en salud para sus afiliados cuando se presente un accidente de trabajo y el derecho a las prestaciones económicas a que haya lugar.

Estos eventos exógenos para la salud que en algunas ocasiones, está ligado con altos costos económicos y administrativos, generados por las necesidades en salud de las víctimas, tiene además unos costos indirectos que no siempre hacen parte de los paquetes de subsidios, como el transporte para los traslados a los sitios de atención durante el tiempo que duren las intervenciones, a su vez el tiempo que deben invertir para la rehabilitación, la reprogramación de actividades (laborales, educativas, familiares, viajes, entre otras) teniendo una afectación de su cotidianidad; sumado a los problemas que tiene el Sistema de Salud Colombiano en términos de acceso y oportunidad a tratamientos, medicamentos y tecnologías. Otro tipo de costos indirectos son los que se generan a la entidad por efecto del ausentismo: incurrir en contrataciones para cubrir periodos por incapacidad o en su defecto redistribuir las tareas en el resto del equipo de trabajo, iniciar el reintegro laboral, realizar la reconversión de mano de obra, ajuste de puestos de trabajo, entre otros.

Por otra parte, las investigaciones de la accidentalidad de la entidad nos muestran que los accidentes de trabajo por exposición a pacientes en estado de agitación psicomotriz están divididos en dos: el mayor porcentaje corresponde a actos inseguros y en menor proporción a condiciones inseguras, destacando que se trata de un procedimiento que es inherentemente peligroso, lo que nos invita a reflexionar frente a la evaluación del procedimiento actual que se encuentra documentado en el protocolo y su pertinencia en garantizar el cuidado y conservación de la salud, tratándose de un procedimiento con un fin terapéutico y

cuyo objetivo es orientar las actuaciones del equipo multidisciplinario con el mayor soporte científico.

Es importante resaltar que la información documentada en el Protocolo de Agitación Psicomotriz de la entidad, se encuentra actualizada y se realizan inducciones y re inducciones al personal de una manera más frecuente, pero estos esfuerzos no han resultado suficientes a la luz de las estadísticas de accidentalidad de la entidad, mostrando al cierre de cada año, que la exposición a la Agitación Psicomotriz continua siendo el peligro que genera mayor siniestralidad.

4.2 MARCO LEGAL

La Ley 9 de 1979, conocida como el Código Nacional Sanitario, es la primera norma que aún se encuentra vigente y donde estableció en su artículo 81: *“la salud de los trabajadores es una condición indispensable para el desarrollo socioeconómico del país; su preservación y conservación son actividades de interés social y sanitario en la que participarán el gobierno y los particulares”*.(21)

Nuestro país en la constitución Política Nacional expedida en 1991 provee a los nacionales de una serie de garantías y de la posibilidad de hacer valer sus derechos, sin discriminación alguna, como lo expresado en su artículo 49 donde menciona que: *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”*.(22)

Con la expedición de la ley 100 de 1993, se inicia la implementación de un sinnúmero de normas tendientes a preservar, conservar y mejorar la salud de los individuos en sus ocupaciones entre las cuales se encuentran:(23)

Decreto ley 1295 de 1994, por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. En su artículo 1, expresa: *“El Sistema General de Riesgos Profesionales es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que pueden ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan”*.(24)

Para el 21 de Enero de 2013 con la expedición de Ley 1616 (llamada también Ley Esperanza) *“por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”* , la cual menciona en su artículo 1: *la presente ley tiene como objeto garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud*, el Estado pretende cerrar la brecha que tiene el sistema de salud, en lo que se refiere a las personas que padecen patologías mentales y sus familias, sumado al contexto social al cual se ven expuestos a vivir.(25)

La ley en mención en el Título II: *Derechos de las personas en el ámbito de la salud mental*, en el Artículo 6, establece de manera explícita los derechos que deben ser garantizados por las instituciones de salud, de los cuales nos permitimos resaltar:

- **Literal 2.** Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración

probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.

- **Literal 3.** Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.
- **Literal 4.** Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.

Con la expedición del Decreto Único Reglamentario del sector trabajo 1072 de 2015, se compilaron aquellas normas reglamentaras preexistentes con el fin de validar y racionalizar asegurando la eficiencia del sistema legal Colombiano. En su Artículo 1.1.1.1. menciona que: son objetivos del Ministerio del Trabajo la formulación y adopción de las políticas, planes generales, programas y proyectos para el trabajo, el respeto por los derechos fundamentales, las garantías de los trabajadores, el fortalecimiento, promoción y protección de las actividades de la economía solidaria y el trabajo decente, a través un sistema efectivo de vigilancia, información, registro, inspección y control; así como del entendimiento y diálogo social para el buen desarrollo de las relaciones laborales. (26)

El ministerio de salud cuenta con la Guía Técnica *“Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”* que para el cuatrenio 2012 al 2016 impulsaron una estrategia en convenio con instituciones de salud y la academia con el fin de emitir un paquete de instrucciones llamado: Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental, que tiene como objetivo principal: *Fortalecer el conocimiento técnico* para reducir el riesgo en la atención al paciente con enfermedad mental y las habilidades para la aplicación de prácticas seguras

en todos los integrantes del equipo de salud, con el fin de prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir los riesgos de la misma haciendo énfasis en el entendimiento de las características diferenciales de esta población. (27)

Es así como el Ministerio, promueve la adopción de herramientas pedagógicas complementarias para mejorar la comprensión del tema, tales como: socio dramas, carteleras, diapositivas, protocolos, con el fin de favorecer la adherencia del personal que labora en salud mental y evitar la posibilidad de exposición a riesgos prevenibles.

En el año 2019 el Ministerio de Trabajo, expidió la Resolución 0312 del 13 de Febrero, donde se definen los estándares mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, aplicables a los empleadores y contratantes de personal, buscando que se ajusten, adecuen y armonicen a cada tipo de empresa o entidad, teniendo en cuenta el tipo de actividad económica, número de trabajadores y clase de riesgo u oficio, con el objetivo de establecer ambientes de trabajo seguros y saludables.(23)

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Formular un modelo de prevención del peligro público en casos de Agitación Psicomotriz en trabajadores de una institución de alta complejidad en salud mental del sur occidente colombiano en el 2019.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Documentar la aplicación del modelo de prevención frente a los signos y síntomas clínicos del paciente que preceden un estado de agitación psicomotriz.
- Describir las estrategias para la aplicación del modelo de prevención propuesto.
- Diseñar el plan de medios para la socialización del modelo de prevención del peligro público en trabajadores de una institución de alta complejidad en salud mental del sur occidente colombiano.

6. METODOLOGÍA

Es un estudio de tipo descriptivo, que se ocupa de la identificación de elementos y componentes presentes en el ambiente de trabajo de la institución objeto de estudio, que de no intervenir oportunamente, aumentan la posibilidad de generar incidentes o accidentes de trabajo por la exposición del personal asistencial a pacientes en estado de agitación psicomotriz en un hospital especializado en la atención de pacientes con enfermedad mental de la ciudad de Cali Para el año 2019.

Para efectos de este trabajo se define como riesgo público a los peligros ocupacionales generados por la agresión entre individuos, de individuos contra la infraestructura pública o privada y en aquellos casos en los que se vean involucrados trabajadores en los cuales se generen lesiones. De la anterior definición de riesgo público consideraremos solamente las agresiones que generan los pacientes al personal durante el proceso de atención.

6.1 POBLACIÓN OBJETO

Trabajadores de un Hospital especializado en la atención de pacientes con enfermedad mental de la ciudad de Cali.

6.2 DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE PREVENCIÓN

Después de realizar una revisión exhaustiva de los aspectos bibliográficos documentados en este trabajo, relacionados con el manejo del paciente con comportamiento agresivo en los servicios de salud, en los que se incluye el componente médico-legal, presentamos el modelo de prevención del peligro público en casos de Agitación Psicomotriz, el cual contempla dos estrategias: la presentación académica del manejo preventivo de la agitación psicomotriz con la

implementación de un folleto alusivo en formato tipo origami, y la realización de una actividad práctica con un escenario simulado donde se evalúe el entendimiento.

Para efectos de este trabajo presentamos la documentación de la parte teórica y del folleto tipo origami y dejamos documentada la propuesta de realizar una actividad práctica tipo simulacro.

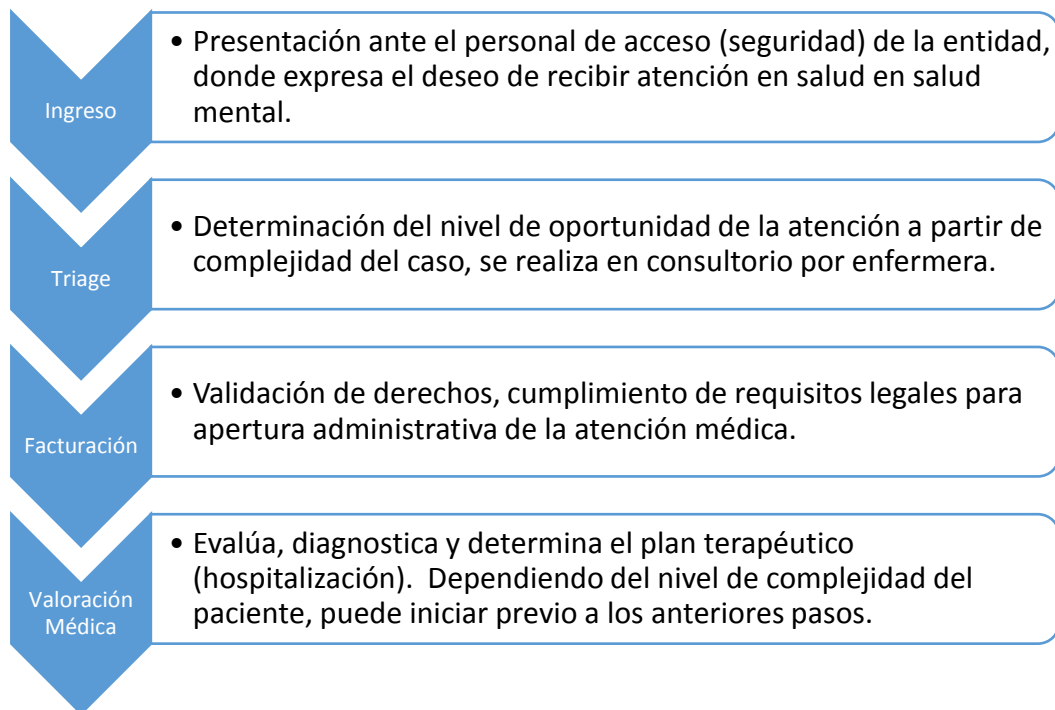
La parte teórica contiene información para el manejo de la agitación psicomotriz, que ha sido documentada en protocolos de atención para manejo de pacientes agresivos en las instituciones de salud, pero desde un enfoque preventivo, que invita al participante en formación a enfocar su atención a las actuaciones que anteceden los episodios de agresividad con el fin de cumplir básicamente tres objetivos:

1. Favorecer y mantener intacta la relación médico-paciente, como base para que el individuo recupere sus centros de control e inicie de manera temprana su proceso de rehabilitación integral.
2. Disminuir el aislamiento y la restricción física por el alto contenido emocional y la experiencia displacenteros que ocasiona la aplicación de esta actividad terapéutica, que hace parte de atención médica psiquiátrica y que influye para que el sujeto adopte un comportamiento agresivo como respuesta y lo condiciona para futuras valoraciones en las instituciones de salud.
3. Evitar el contacto físico y la aplicación de fuerza por parte del equipo de salud, procedimientos inherentemente peligrosos que pueden generar lesiones a las personas y pérdidas en las instalaciones.

La información documentada se encuentra esquematizada en un folleto en forma de origami el cual el participante debe armar siguiendo las instrucciones. Esta entretenida técnica que trata de formar figuras de papel, incentiva en las personas la imaginación, la concentración y la creatividad, elementos fundamentales para facilitar el aprendizaje de la información presentada.

Para introducirnos en el tema, partiremos de la premisa que los pacientes con patologías mentales, especialmente los que están en su fase aguda, son los que tienen la mayor posibilidad de presentar comportamientos agresivos por agitación psicomotriz, y es de esperar que sea el área o servicio de urgencias donde el personal de salud está expuesto de manera permanente a estas condiciones; por tanto para mejorar el entendimiento de la dinámica de la atención en salud, presentamos un mapa de proceso, donde se describe una ruta de atención que presenta una IPS en el servicio de urgencias:

Figura 1 Ruta de atención en servicios urgencias.



Del esquema anterior es importante mencionar que entre cada fase determinada existe una fracción de tiempo, el cual se encuentra modulado por las condiciones propias de un servicio de urgencias como son: la congestión en el área, número de consultantes, trámites administrativos, complejidad del caso del paciente, entre otros aspectos, que juegan un papel fundamental en la agudización de los signos o síntomas de agitación psicomotriz de aquellos pacientes sujetos de atención en el área de urgencias. Fortalecer la interacción y la comunicación entre los diferentes procesos es una prioridad que favorece la atención en salud, disminuyendo al máximo la posibilidad de contar con casos de agitación psicomotriz por los motivos descritos.

Consideramos que el personal objeto de la implementación de este modelo de prevención para los casos de agitación psicomotriz, debe tener las competencias para el abordaje de la atención de la emergencia psiquiátrica, de estos conocimientos alrededor del tema, destacaremos aquellos aspectos que anteceden los episodios de agresión que aunque necesariamente colocan a prueba el protocolo de atención (agitación psicomotriz), no siempre es el primer o único procedimiento que presenta fallas, las cuales alineadas con otros aspectos débiles de la atención en salud, desencadenan los incidentes, accidentes de trabajo y/o eventos adversos. Es muy importante mencionar que una vez capacitada toda la población asistencial de la entidad, se debe asegurar la continuidad de las acciones de formación con el modelo de prevención, al resto de trabajadores no asistenciales (propios o contratistas) que de alguna manera interactúan con los pacientes con el fin de mejorar el entendimiento sobre el tema y facilitar el apoyo en determinados momentos.

La información que hace parte de la presentación académica del folleto informativo que se entregará en la presentación del tema, contiene los siguientes temas:

Terminología:

Para mejorar el entendimiento y poder establecer un contexto del fenómeno del comportamiento agresivo en la relación entre el personal de salud y el paciente, se desarrollarán las siguientes definiciones:

- Agitación Psicomotriz: Inquietud excesiva, actividad física sin un propósito que puede ser causada o exacerbada por dolor, ansiedad o eventos displacenteros. (4)
- Agresividad: “Conducta manifiesta que involucra intentos por infringir una estimulación nociva o de tener actos destructivos hacia otro organismo”. Se diferencian dos tipos de comportamiento agresivo: la violencia impulsiva y la violencia predatoria o premeditada. (6)

No hay una relación directa entre un paciente agitado y la agresividad. No debe establecerse un sinónimo de ambos términos. (7)

Factores que anteceden y/o precipitan una agitación Psicomotriz.

- Propios del paciente: relaciona al grupo de signos y síntomas orgánicos o entidades patológicas, que se presentan por efecto de una exposición a sustancias, por una lesión o deterioro de un órgano y cuya consecuencia genera en el individuo cambios en su esfera mental.

Tabla 3

Determinantes	Presentación clínica
Intoxicación aguda por cocaína / estimulantes	Taquicardia, pupilas dilatadas, irritabilidad, psicosis de característica esquizofreniforme (puede estar),
Abstinencia a benzodiazepinas /barbitúricos	Similar a la abstinencia a alcohol, sin muestra de cambios en signos vitales; puede presentar un delirium con o sin temblor. Alto riesgo de convulsiones

Delirium	Disminución y fluctuación en el nivel de conciencia, fluctuación en signos vitales, confusión, puede estar irritable o pasivo. Más frecuente en ancianos o pacientes medicamente enfermos
Delirium tremens	Todos los signos de delirium con o sin temblor, con o sin alucinaciones, fluctuación intensa de signos vitales, última ingesta de licor 24 a 72 h antes
Hipoglicemia	Alteración mental con sudoración, taquicardia y somnolencia
Estados post ictales	Niveles alterados de conciencia, confusión, ataxia, puede tener parálisis de Todo u otros signos neurológicos residuales, como lenguaje farfullante. Puede tener señales de mordedura en la lengua o relajación de esfínteres
Psicosis / manía / trastorno psiquiátrico primario	Generalmente sin desorientación. Sin alteración del nivel de conciencia, sin cambios en signos vitales, ver signos psiquiátricos o historia previa de estos
Anormalidad estructural del cerebro	Varía por lesión, alteración del estado mental con cefalea, déficit neurológico focal o deterioro neurológico progresivo
Emergencia toxicológica	Varía por el efecto de la exposición a cierta sustancia toxica, puede llevar a cambios en el estado mental, alteración en pupilas, sudoración, signos vitales u otros signos médicos.

Fuente: causas comunes de agitación en una sala de emergencia. (11)

Relacionados con el contexto: constituyen al grupo de elementos externos al paciente, pero que hacen parte de la situación actual y que condicionan su patología mental:

- Ingreso involuntario a la institución: es frecuente encontrar en los servicios de urgencias de las instituciones de salud mental, pacientes que han sido llevados en contra de su voluntad para la consulta médica (algunos inmovilizados), en ocasiones acompañados de otros familiares o de la comunidad, o piden ayuda a la policía, asumiendo que en otras condiciones no sería posible.
- Consumo de sustancias psicoactivas: gran cantidad de estudios han demostrado la relación que tiene la enfermedad mental y el consumo de sustancias psicoactivas, generando dificultad en el abordaje de la situación.
- Problemas legales o sociales: asociados a incurrir en conductas que afectan la convivencia en comunidad, desordenes en público, delitos, entre otros.
- Problemas en la comunicación con familiares y/o acudientes: derivados de la presencia de signos y síntomas propios de la enfermedad mental y de las diferentes fases de la patología (aguda).
- Problemas en la comunicación con funcionarios de la institución: en ocasiones se cuenta con poca información del caso, que no permite una atención óptima, y esto puede terminar afectando la relación con el equipo terapéutico. En otros casos se asocian los problemas de comunicación con el equipo a experiencias previas de restricción o aislamiento.
- Limitaciones para la movilización, encierro: establecimiento de controles que afectan la movilidad del paciente, asistencia a valoraciones y terapias con el equipo multidisciplinario.
- Establecimiento de límites estrictos en el servicio: en pacientes con signos o síntomas de agitación, se deben adoptar medidas de supervisión especiales, las cuales el sujeto interpreta como poca posibilidad de controlar horarios y actividades.
- Ausencia de actividades ocupacionales durante el internamiento: existen momentos durante la estadía del paciente, donde permanece una parte considerable del día sin actividades con un fin terapéutico (fines de semana)

Signos presentes en una Agitación Psicomotriz.

- Vegetativos como el aumento de la frecuencia respiratoria, aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración excesiva, alteración del patrón de sueño.

- Inquietud motora y actividad verbal repetitiva y/o inapropiada sin un fin establecido.
- Puños apretados, postura amenazante (combate), retorcimiento de manos, golpes con manos o pies, halado de cabello y manipulación de la ropa o de otros objetos.
- Tensión en aumento.
- Intranquilidad.
- Nerviosismo.
- Irritabilidad.
- Hipersensibilidad a estímulos (auditivos, visuales, olfatorios, sensitivos).

Intervenciones preventivas.

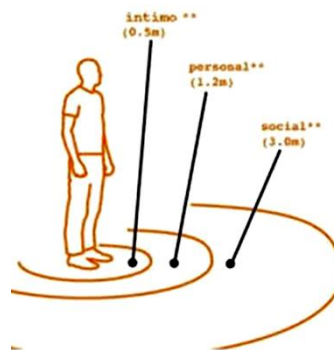
- Anticipar y planificar: Considerar lo que podemos necesitar por adelantado, pensar que podría resultar difícil y planificar con antelación cada posible dificultad.
- Conocer el entorno: Conocer previamente el personal y equipos (ubicación de alarmas, reconocimiento del tipo de alarmas, uso de pitos, etc.) con los que se cuenta, a quien se le puede pedir ayuda, quien está disponible en diferentes momentos del día, como encontrar rápidamente a quien nos puede ayudar, cuánto tiempo puede tardar en llegar la ayuda. Con los equipos hay que tenerlos y saber manejarlos; comprobar regularmente que todo se encuentra.

Figura 2 Lista de chequeo.



- Mantener el espacio de seguridad: mantener al menos dos brazos de distancia entre usted y el paciente. Si el paciente pide que se retire el entrevistador del lugar, hacerlo inmediatamente. Tanto el paciente como el entrevistador deben sentir que nada se interpone entre la salida y ellos.

Figura 3 Espacio de seguridad.



- Lenguaje corporal: postura autocritica y reflexiva, que permite al personal que interviene auto-controlarse y en la medida de lo posible, sentirse seguros cuando se aproximan al paciente, incluyendo los aspectos pre verbales.
- Comunicación eficaz: Un buen trabajo depende de que todo el equipo este “en la misma onda”, esto asegura que todo el equipo sabe lo que está pasando, lo que es necesario hacer y lo que ya está hecho.
- Gestión de la información: Para llegar a un diagnóstico correcto es necesario usar todos los datos disponibles en diferentes fuentes: impresión clínica, signos vitales, información de la familia o acudientes, historia clínica, etc.
- Escucha activa: Tanto en lo verbal como en lo pre verbal. Tratar de entender lo que el otro está diciendo, asumir que es verdad y tratar de

imaginar que sería si esto fuese verdad, esto ayuda a entenderlo y juzgarlo menos.

- Establecer límites: Establezca unas condiciones básicas de trabajo. Dígale al paciente que una lesión en el o en otros no es aceptable, incluso puede decir que sería arrestado y juzgado si agrede a otros. Delimite el espacio en el que usted intenta y desea estar para ayudar al paciente, haga saber al paciente que él está haciendo sentir incomodo al entrevistador . Recordarle que el trato respetuoso debe ser en las dos vías. Enseñe al paciente como permanecer controlado, usando de manera suave la confrontación.

Manejo terapéutico de la Agitación Psicomotriz: contención verbal (guía desescalada verbal), contención física, contención farmacológica.

Recomendaciones generales

En el manejo del paciente:

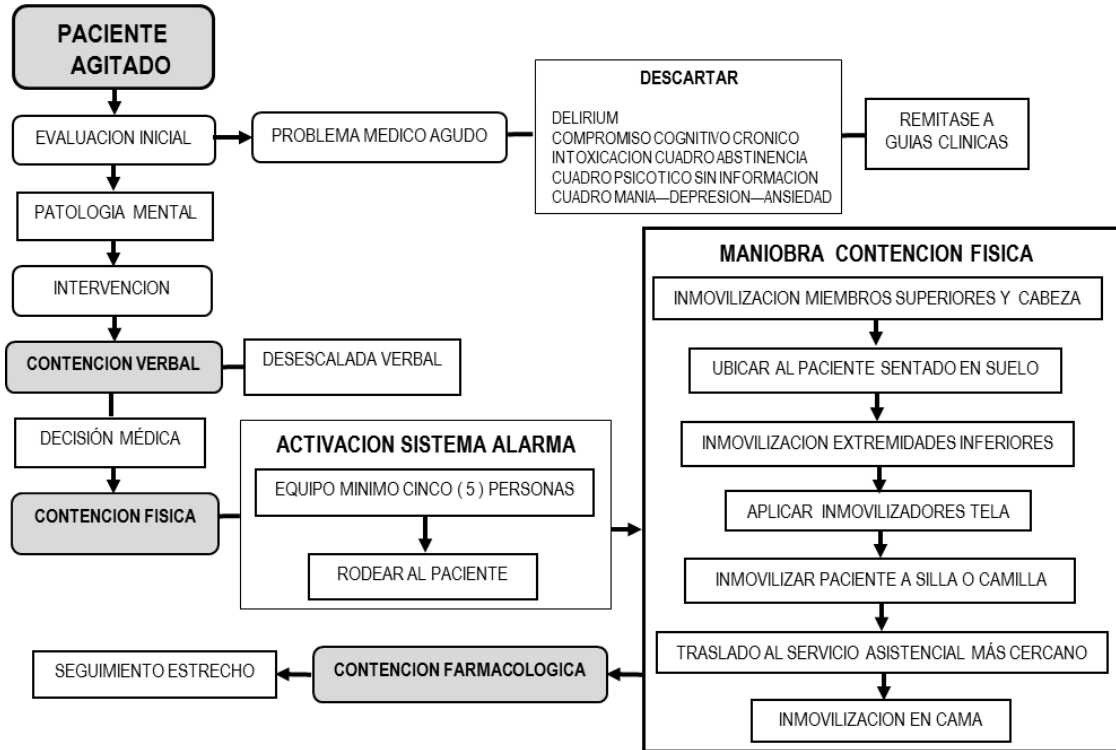
- Garantizar espacios con actividades terapéuticas permanentes que incluyan a los cuidadores.
- Establecer canales de comunicación y educación para la familia, pacientes, trabajadores y visitantes, entre otros.
- Facilitar al sujeto la autorregulación de actividades.
- Implementar consultorios donde el profesional de la salud tenga el control de la puerta de acceso y que incluyan un sistema de alarma para emergencias que no esté visible, tipo botón de pánico ubicado al alcance del trabajador.
- Dotar al trabajador de un silbato para portarlo de manera permanente (junto a la identificación – carnet) como mecanismo para dar aviso sobre condiciones de emergencia (documentar y socializar).

En el medio ambiente:

- Mantener espacios de confort a nivel de estímulos sensitivos como ruido, temperatura, ventilación, saturación visual.

- Implementar silletería en salas de espera tipo tándem (varias sillas en una misma estructura de material resistente).
- Garantizar que los vidrios del área de atención a pacientes cuenten con película de seguridad certificada.
- Evitar la implementación de adornos u ornamentación (piedras, materas, cuadros, floreros, entre otros) que sean de fácil acceso a los pacientes y que pueda ser usada para hacer daño.

Figura 4. Algoritmo para el abordaje de la Agitación Psicomotriz



Estrategias de implementación

1. Folleto informativo.

Al terminar la capacitación el participante recibe el material impreso que consta de un sobre y un folleto con la información resumida del tema y se dispone a armar el origami planteado. Ver Anexo 1.

2. Simulacro.

Se deja planteada la posibilidad de realizar una práctica basada en un caso de paciente agresivo simulado, donde se evalúe el nivel de entendimiento del tema y se refuercen los conceptos. Para esto se propone seguir los siguientes pasos:

- **Planeación:** la actividad consiste en simular la atención a un paciente agitado en un contexto hospitalario. Se debe contar con unos recursos (humanos, técnicos y tecnológicos) que permitan desarrollar la actividad. Al terminar, se realiza una reunión del equipo de intervención (debriefing), para evaluar la intervención y plantear las fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora.
- **Recursos:** equipos de mínimo 6 personas, paciente simulado, inmovilizadores de tela, camilla para transporte.
- **Activación sistema alarma:** se debe socializar la actividad con el área asistencial, donde se indique: hora y tipo de alarma que se va a utilizar, con el fin de evitar el desplazamiento del equipo de respuesta a emergencias de la entidad. Se recomienda utilizar silbatos al interior del salón.
- **Recreación del escenario:** previo a la determinación del equipo de atención se deben establecer los diferentes roles: médico, enfermero (a), auxiliar enfermería, se debe dar lectura al caso y abordar al paciente desde cada perspectiva.

Caso 1: Paciente de 30 años de edad, que ha llegado al servicio de urgencias en compañía de la madre y personal de la Policía Nacional, inmovilizado de las manos, al parecer por consumo de sustancias en sitio público y generar disturbios en la estación del mío. La familiar manifiesta que desde hace un mes no toma la medicación psiquiátrica y que volvió a consumir marihuana.

Caso 2: Paciente de 16 años de edad con 6 meses de embarazo, llega al servicio de urgencias en compañía de personal de Bienestar Familiar porque se ha ocasionado lesiones en antebrazos y refiere que se quiere “morir”.

Caso 3: Paciente de 55 años de edad, con discurso incoherente, irrelevante, en compañía de amigo, quien refiere que posterior a salir de una reunión social,

empieza a correr, casi lo atropella un carro, lo describe como “loco”. Acudiente desconoce más información.

Caso 4: Paciente de 8 años de edad, ingresa en compañía de los padres, quienes manifiestan que ha estado en controles, y desde hace 15 días no se toma la medicación porque la EPS no les hace entrega. Luce inquieto, comportamiento desorganizado, producción verbal aumentada, con pobre control de impulsos, luce alucinado visualmente.

- Evaluación: la metodología de preferencia es el debriefing, puesto que a pesar de tratarse de un ejercicio académico, vincula el componente emocional de los miembros del equipo, por tanto se trata de un espacio de dialogo seguro, que busca que cada participante exprese pensamientos o sensaciones generadas durante la actividad, de manera que permita la integración de los conceptos vivenciados en aprendizajes técnicos.
- Propuestas de mejora: al terminar la actividad, se hace una mesa redonda y cada equipo menciona los factores a mejorar, buscando aclarar las dudas con el auditorio. Se realiza cierre de la actividad.

3. Plan de medios.

Se ha determinado que el tiempo total de la capacitación es de 4 horas, distribuidas así: 2 horas teóricas y dos horas prácticas. La institución debe establecer jornadas académicas iniciando con el personal asistencial, dando prioridad a las áreas que manejen los pacientes agudos o críticos. Al terminar con este grupo se cita al personal no asistencial para una jornada de 2 horas teóricas solamente. Se sugiere que el horario de preferencia es la jornada de la mañana.

Al interior de la institución se deben publicar con anticipación superior a 15 días y por los canales establecidos, la información alusiva al tema. VER ANEXO 2.

CONCLUSIONES

Abordar al paciente violento es en sí mismo una condición inherentemente peligrosa y se convierte en un reto para las instituciones de salud y para el equipo terapéutico, tanto por la incertidumbre que genera la conducta del paciente, como por el grado de vulnerabilidad que se percibe al atender una persona agresiva, sumado a aquellas condiciones especiales como afrontar una agitación psicomotriz en pacientes con patologías orgánicas, el manejo de pacientes pediátricos, ancianos, mujeres en estado de gestación o aquellos casos de pacientes donde se describen antecedentes de abuso sexual.

La gestión de los casos de accidentes de trabajo, nos invita entre otras cosas, a cuestionar las condiciones del ambiente laboral donde los trabajadores se ven expuestos a desarrollar sus actividades cotidianas y su desempeño, con el fin de determinar las desviaciones que originan estos eventos.

Es así como cobra valor la implementación de nuevas técnicas o estrategias como el modelo que presentamos en este trabajo, que eviten la aplicación de medidas restrictivas innecesarias, mejorando la capacidad de entendimiento y de respuesta del equipo de salud para casos de agitación psicomotriz, los cuales establecen un factor diferenciador en la prestación de servicios de salud mental centrados en el paciente, y que posicionan a la institución como referente de seguridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. No SDE. Boletín de salud mental Oferta y Acceso a Servicios en Salud Mental en Colombia. 2018;
2. Pastor-Bernabeu M, Juliá-Sanchis R, Pérez Esquerdo Á, Herrero Martín P, Serralta Gomis M. Evolución de las Terapias Expresivas Transdisciplinarias en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría y el efecto que produce en las personas durante su ingreso. Las enfermeras de salud mental y la exclusión social: hablando claro. 2017. 1439-1455 p.
3. Larrull EM, Roldán IM, Giménez DM, González JAN. Protocolo de actuación ante el paciente agitado. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado [Internet]. 2015 Nov [cited 2018 Jun 3];11(89):5343–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304541215002887>
4. Requency F, Burk BRS, Grap MJ, Munro CL, Schubert CM, Sessler CN. AGITATION ONSET FREQUENCY, AND ASSOCIATED EMPORTAL FACTORS IN CRITICALLY ILL ADULTS. 2014;23(4):296–304.
5. Eguíluz Uruchurtu I, Segarra Echebarría R. Introducción a la Psicopatología. Una Visión Actualizada. Iñaki Eguíluz Uruchurtu, Rafael Segarra Echebarría. [Internet]. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat05817a&AN=usc.56625&site=eds-live>
6. Lindenmayer, J. P.; Crowner, M; Cosgrove V. “Emergency Treatment of Agitation and Aggression.” 2005;115 – 150.
7. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. West J Emerg Med [Internet]. 2012 Feb 29;13(1):17–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298202/>
8. Rubio-Valera M, Huerta Ramos E, Baladón L, Aznar-Lou I, Ortiz-Moreno JM, Luciano J V, et al. Estudio cualitativo sobre los estados de agitación y su caracterización, y los procedimientos de atención utilizados en su contención. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2016;44(5):166–77. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=118493677&site=eds-live>
9. Moreno Jiménez MÁ, Vico Ramírez F, Zerolo Andrey FJ, López Rodríguez A, Herrera Serena P, Mateios Salido MJ. Análisis de la violencia del paciente en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2005;36(3):152–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13077484>
10. Altemir M, Arteaga A. ARTÍCULO ESPECIAL: Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario. Enferm Clin [Internet]. 2018;28(2):125–32. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S1130862117301444&site=eds-live>

11. Riba MB, Ravindranath D. Clinical manual of emergency psychiatry [Internet]. American Psychiatric Pub; 2010 [cited 2019 May 22]. 406 p. Available from: https://www.academia.edu/14011474/Clinical_Manual_of_Emergency_Psychiatry
12. Larrull EM, Roldán IM, Micheloud Giménez D, González JAN. Protocolo de actuación ante el paciente agitado PROTOCOLOS DE PRÁCTICA ASISTENCIAL. Rev la Educ Super. 2015;11(89):5343–7.
13. García-soto N, Nazar-jara C, Corvetto-aqueveque DM. Simulación en anestesia: la importancia del debriefing. 2014;37(3):201–5.
14. ley 1616 2013. :1–17.
15. Tema DE. Abordaje clínico del paciente violento en atención primaria. 52(4):421–30.
16. Botero MH. Validación de la “Escala de Agitación Psicomotriz de Cajiao” usada como instrumento preventivo de Accidente de Trabajo, en una Institución de Salud Mental, en la ciudad de Cali. 2014;
17. Postgrado SDE, Obtenor P, Grado EL, En M, Pubuca S, Especialidad CON, et al. Universidad autonoma de nuevo leon. 1998;20.
18. Rall M. CRISIS RESOURCE MANAGEMENT TO IMPROVE PATIENT SAFETY. 2005;(May):107–12.
19. Stowell KR, Florence P, Harman HJ, Glick RL. Psychiatric Evaluation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychiatric Evaluation Workgroup. West J Emerg Med [Internet]. 2012 Feb 29;13(1):11–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298217/>
20. MODULO DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN CUIDADO MÉDICO PRIMARIO [Internet]. [cited 2019 May 23]. Available from: <http://www.geocities.ws/feescob/Urgencias.htm>
21. LEY 9 DE 1979 [Internet]. 1979 [cited 2019 May 27]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_0009_DE_1979.pdf
22. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991 Actualizada con los Actos Legislativos a 2016 Edición especial preparada por la Corte Constitucional Consejo Superior de la Judicatura Centro de Documentación Judicial-CENDOJ Biblioteca Enrique Low Murtra-BELM [Internet]. 1991 [cited 2019 May 27]. Available from: [http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion politica de Colombia.pdf](http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion_politica_de_Colombia.pdf)
23. LEY 100 DE 1993 [Internet]. 1993 [cited 2019 May 27]. Available from: <https://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>
24. DECRERO 1295 DE 1994 [Internet]. Santafé d Bogotá D.C; 1994 [cited 2019 May 27]. Available from: [http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_54/recursos/01 general/04122012/decreto_1295_1994.pdf](http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_54/recursos/01_general/04122012/decreto_1295_1994.pdf)
25. LEY 1616 DE 2013. 2013 [cited 2019 May 27]; Available from: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1616013.pdf>

26. DECRETO 1072 DE 2015 [Internet]. 2015 [cited 2019 May 27]. Available from: <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30019522>
27. GUÍA TÉCNICA "BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD" [Internet]. Bogotá ; 2010 [cited 2019 May 27]. Available from: <http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Documents/Guia Buenas Practicas Seguridad del Paciente.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Folleto informativo

Figura 5. Origami cara A

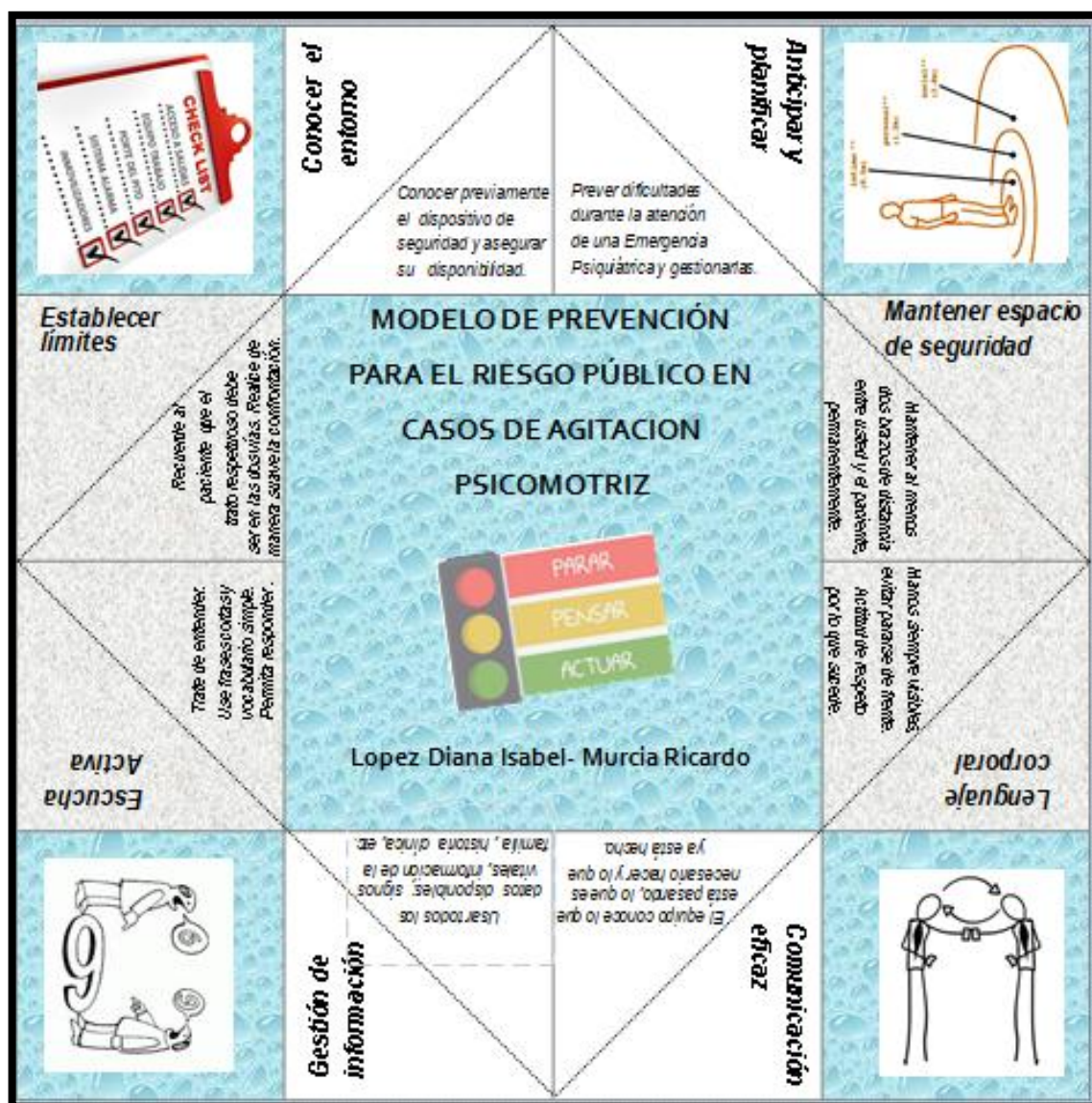


Figura 6. Origami cara B

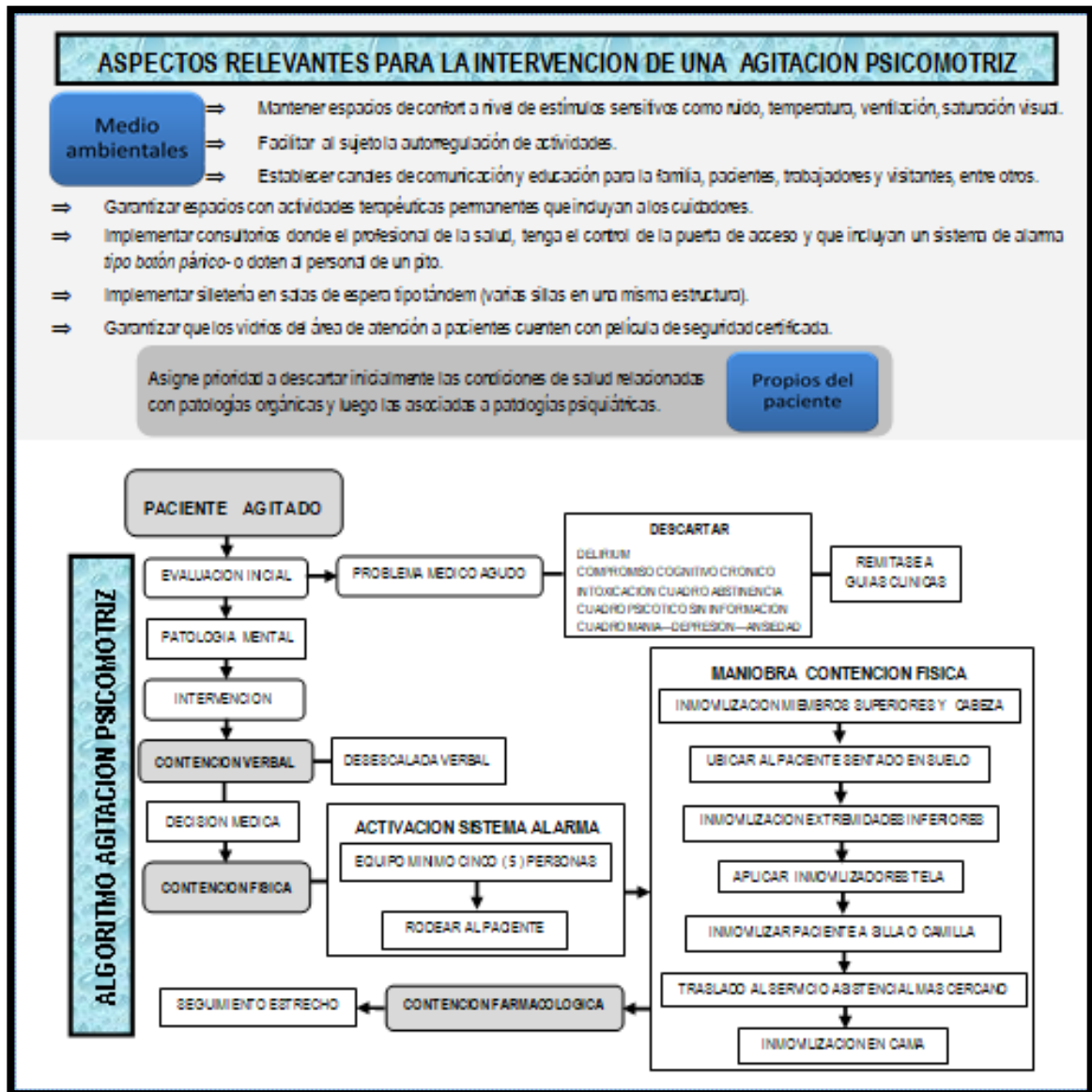


Figura 7. Caratula cara A

Agitación: La agitación se manifiesta por hiperactividad motora acompañada de una alteración emocional desproporcionada. Sub- yace de patología orgánica o psiquiátrica e incluso ambas.

Agitación Psicomotriz: Es el síndrome psicomotor más frecuente, y se define por la coexistencia de la ansiedad e hiperactividad motora. Puede oscilar entre una intensidad leve (inquietud psicomotriz) y grave.

Agresividad: Conducta manifiesta que involucra intentos por infringir una estimulación nociva o de tener actos destructivos hacia otro organismo. Se diferencian dos tipos de comportamiento agresivo: la violencia impulsiva y la violencia.

Recuerde: Agitación no necesariamente significa Agresividad

ESCALA BARS (Behavioural Activity Rating Scale)

Escala de calificación de la actividad conductual

1. Dificultad o incapaz de responder
2. Dormido pero responde normalmente a estímulos verbales o contacto físico
3. Somnoliento, amula sedación
4. Quieto y despierto (normal)
5. Signos de sobre actividad pero cede a instrucciones
6. Continúan lo o extremadamen ente activo que no cede a instrucciones
7. Violento → contención

Richmond, JS; Berlin, JS; Finkend, AB; Holloman Jr, GH; Zeller, SL; Wilson, MP; Riis, MA; Ng, AT. (2012) "Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup". *Western Journal of Emergency Medicine*. Vol. XIII, Núm. 1, pág. 17 – 25

Figura 8. Caratula cara B

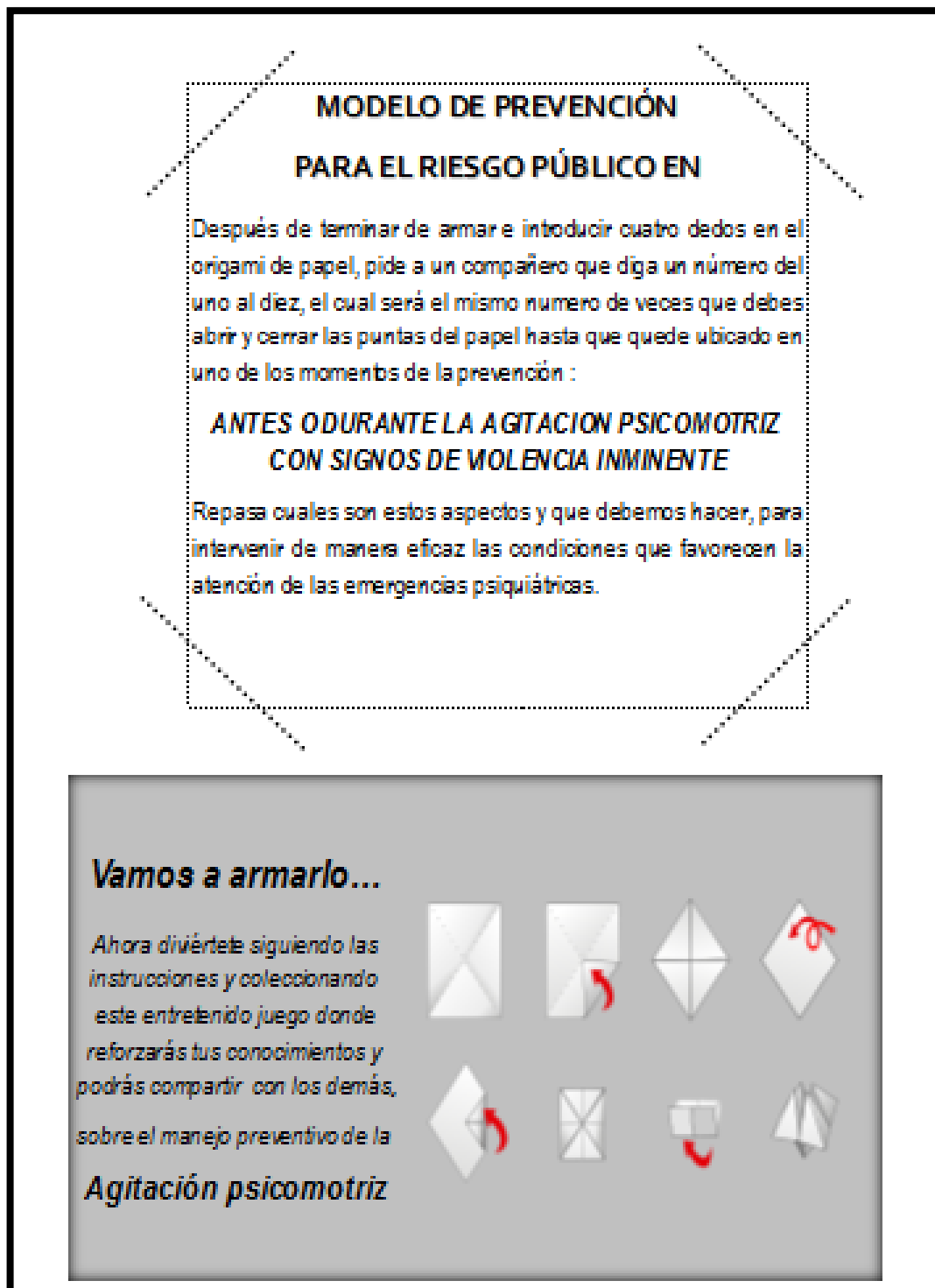


Figura 9.Publicidad cartelera

Modelo de prevención para el riesgo público en casos de agitación psicomotriz

Diana Isabel Lopez Medina
Ricardo Murcia




Imagen: <https://psicologizmente.net/neurociencias/bases-neurologicas-conducta-agresiva>