

ACTUALIZACIÓN

RESTRICCIÓN EN PACIENTES AGITADOS ATENDIDOS EN UNIDADES DE CUIDADO MÉDICO PRIMARIO

Carlos Guevara Narváez¹, Franklin Escobar Córdoba², Jeisson Fontecha³

1. Residente de primer año de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
 2. Profesor Asociado de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Servicio de Urgencias Psiquiátricas Clínica San Pedro Claver Instituto del Seguro Social. Bogotá D.C. – Colombia
 3. Médico interno. Interno Especial del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
- * Correspondencia: feescobar@unal.edu.co

Resumen

El manejo inicial de pacientes agresivos es frecuente en la práctica clínica, sin embargo, tanto el diagnóstico como el tratamiento iniciales tienden a ser imprecisos. La restricción física es una práctica muy usada por el personal de la salud, pero poco se sabe sobre su metodología, indicaciones, contraindicaciones y efectos adversos.

Con el interés de aportar pautas, al personal de salud, encargado de la atención médica primaria de los pacientes agresivos en Colombia; realizamos una búsqueda en la literatura de los últimos cinco años en MEDLINE, HINARI, PROQUEST y OVID mediante combinación de las siguientes palabras clave: restraint, physical, aggression; emergency services, psychiatric; tranquilizing agents, con especial atención a los artículos de revisión y metaanálisis. Se seleccionaron 28 de 202 artículos de mayor relevancia para su aplicación en nuestro medio.

Las indicaciones más importantes de restricción son: el riesgo de hetero o auto agresividad y el daño a la planta física. Existen claras contraindicaciones e implicaciones éticas, médicas y legales de los procedimientos de restricción que se deben acatar juiciosamente para realizar una adecuada práctica clínica.

El adecuado uso de la restricción física del paciente agitado o agresivo, en unidades de atención primaria, es vital para su adecuado tratamiento y pronóstico. Es muy importante identificar la patología médica general subyacente.

Palabras clave. Tranquilizantes, agresión, restricción física, urgencias médicas intervención en la crisis (psiquiatría).

Summary

Initial treatment of aggressive patients is usual in clinical practice, nevertheless, as much the diagnosis as the initial treatment tends to be va-

gue. Physical restriction is one practices very used by health personnel, but little considers indications, contraindications and adverse effects. To provide clear rules for the health personnel concerned in the evaluation and treatment of agitated or aggressive patients in the Colombian context a search literature into the last five years, was carried out in MEDLINE, HINARI, PROQUEST and OVID databases, using the following key words: restraint, physical and aggression; emergency services, psychiatric; tranquilizing agents, with special attention to review articles and meta-analysis. The more relevant articles for the Colombian context (28 out of 202) were selected.

There is wide knowledge about the management of patients with aggressive behavior. The most important indications for restraint are the risk of aggressiveness and of damage to the facilities. Contraindications, ethical, medical and legal implications of the restriction procedures are clear and should be accepted judiciously to carry out an appropriate clinical practice. Adequate use of physical restriction in the agitated or aggressive patients, in the primary care setting is vital for an appropriate treatment and prognosis, being of key importance to discard any underlying general medical pathology.

Key words. Tranquilizing agents, aggression, emergencias, restraint, physical, crisis intervention.

Introducción

El abordaje de pacientes agresivos es frecuente en la práctica clínica, sin embargo, tanto el diagnóstico como el tratamiento inicial tienden a ser imprecisos. Aunque respecto al tratamiento del paciente agresivo se ha publicado una vasta literatura, se presentan dificultades al momento de aplicarla al contexto colombiano. La inmovi-

lización o restricción física es una práctica muy usada por el personal de la salud en el tratamiento del paciente violento, pero muchas veces no se tienen en cuenta sus indicaciones, contraindicaciones, posibles efectos adversos y la manera como se debe llevar a cabo.

El objetivo de esta revisión de la literatura es proporcionar pautas claras al personal de salud que labora en nuestro medio, para la evaluación y tratamiento de estos pacientes en un contexto de atención primaria. Se hace énfasis en su uso en lugares donde no se cuenta con personal experimentado, psiquiatras, residentes de psiquiatría o enfermeras entrenadas en salud mental, personal idóneo para el tratamiento de éstas emergencias.

Definiciones

Las emergencias comportamentales son un serio problema, tanto para los mismos pacientes, como para las comunidades en las que se presentan y las instituciones de cuidado médico donde se realiza su evaluación y tratamiento, cuyo fin es ayudar al paciente en crisis (1). Debido, parcialmente a los peligros inherentes a esta situación, no hay muchos estudios clínicos controlados concluyentes que guíen a los profesionales de la salud en cuanto a las respuestas que se deben adoptar para el manejo de estos retos (1-11).

Tampoco hay suficiente información sobre la frecuencia de pacientes agitados atendidos en los servicios de urgencias, pero la experiencia menciona un incremento en los últimos años del número de pacientes atendidos por elevado riesgo de hetero-autoagresividad, sobre todo teniendo en cuenta las características actuales de nuestra sociedad.

Una práctica muy usada por el personal de la

salud en el manejo del paciente violento es la de inmovilización o restricción física, pero muchas veces no se tienen en cuenta sus indicaciones, contraindicaciones, posibles efectos adversos y la manera como se debe realizar, así como el consentimiento del paciente o de su familia. En todo caso prima la vida e integridad del paciente cuando no puede dar su consentimiento.

A continuación se definen algunos términos para la mejor comprensión del procedimiento de inmovilización o restricción física (12):

Restricción: es la inmovilización involuntaria o sin consentimiento del paciente a través de medios químicos, físicos o mecánicos.

Restricción química: es el uso de un medicamento para controlar el comportamiento o restringir la libertad de movimiento del paciente y cuando no se considera como manejo estándar de la condición de base. Según algunos autores, la restricción química es diferente del uso de medicaciones para el manejo de un trastorno psiquiátrico específico pero según otros, ésta sí hace parte del tratamiento al disminuir la agitación y malestar por el cual el paciente consulta o es llevado al servicio de urgencias (1,12,13).

Restricción mecánica: es el uso de implementos (correas de cuero, sábanas, etc.).

Restricción física: es el procedimiento que involucra uno o más miembros de un equipo entrenado en contacto cercano con el paciente y que no usa elementos de restricción mecánica. Este procedimiento es más usado en niños.

Aislamiento: es el confinamiento no voluntario a solas de una persona en una habitación para impedir físicamente la salida de ésta.

Consideraciones generales

Como primera medida, se debe realizar un acercamiento inicial, que incluya un breve examen visual del paciente, evaluación de los signos vitales y en lo posible obtención de antecedentes médicos, psiquiátricos, farmacológicos, tóxico-alérgicos, circunstancias previas a la aparición del episodio de violencia; entre otros. Siempre se debe descartar una causa orgánica que pueda estar produciendo agitación o agresividad en el paciente y cuyo tratamiento pueda ser administrado prontamente (1).

Restricción mecánica

Los procedimientos de restricción mecánica siempre deben estar precedidos por intervenciones terapéuticas menos restrictivas que busquen disminuir la escalada de violencia; como acercamiento verbal, medicación voluntaria (oral o intramuscular) y demostración de fuerza (1,13-17). Si estas estrategias fallan se debe evaluar la necesidad de restricción mecánica. (Tabla 1)

La restricción mecánica debe ser aplicada como un procedimiento de último recurso (8,13-18). Debido a sus efectos deletéreos sobre la salud del paciente o del personal de salud, ya sean físicos o psicológicos, por ejemplo, los pacientes demasiado agitados o violentos pueden sufrir lesiones o desarrollar complicaciones médicas durante la intervención; así mismo, el personal de salud está en riesgo de ser lesionado por los pacientes. Algunos enfermos describen la experiencia de la restricción paralela a la experiencia de violación o de abuso físico; se afirma que el aislamiento es un eufemismo para una práctica en extremo degradante, la cual en las prisiones es denominada confinamiento solitario (1, 17,19). Como todo procedimiento médico, está sujeto a consecuencias médico-legales y en al-

Tabla 1. *Intervenciones para un paciente con riesgo de violencia.*

Intervenciones iniciales recomendadas	Intervenciones secundarias
Acercamiento verbal	Restricción mecánica
Medicación voluntaria (oral o intramuscular)	
Demostración de fuerza	

Modificado de The Expert Consensus Guideline Series Treatment of Behavioral Emergencies May 2001 Postgraduate Medicine Special Report.

gunos países se han creado asociaciones pro defensa de los derechos del paciente con enfermedad mental sometidos a este y a otros procedimientos (4,9-12, 14,19).

En concordancia, se han identificado indicaciones precisas para llevar a cabo los procedimientos de restricción (1, 4, 8, 12, 13, 15,19-22): alto riesgo de hetero o autoagresión que no ha mejorado con otras intervenciones, alto riesgo de daño a la planta física, por solicitud del paciente y para garantizar el estudio y tratamiento adecuados de un paciente en estado de agitación psicomotora.

En la historia clínica el médico tratante siempre debe anotar, además del diagnóstico, cuál o cuáles de las anteriores indicaciones motivaron la realización de los procedimientos de restricción. Se debe recordar que la restricción mecánica es un acto médico como cualquier otro y por lo tanto debe ser registrado adecuadamente. La inmovilización o restricción física de un paciente siempre debe ordenarse bajo claro criterio clínico, por lo tanto, la decisión de inmovilización de un paciente en nuestro medio siempre debe ser tomada por el personal médico a cargo (1, 8, 12, 13, 18,20).

También se han identificado situaciones en las cuales la restricción no es un procedimiento adecuado, tales como (1, 4, 8, 12, 13,19): historia de comportamientos agresivos en el pasado, falta de recursos para supervisar al paciente adecuadamente, mantener un ambiente “calmado” y prevenir que un paciente, no agitado o agresivo,

abandone el lugar antes de la valoración.

Las contraindicaciones para los procedimientos de restricción son (12, 18,19): condiciones que pueden ser exacerbadas por disminución de estímulos (por ejemplo, encefalopatías), como sustituto del tratamiento, como castigo, como respuesta a la negativa del paciente al tratamiento o a otras actividades, por conveniencia del personal, uso en lugares donde esté prohibido por guías o protocolos previamente aceptados y aplicación de las medidas de restricción por personal sin entrenamiento.

Adicionalmente se cuentan algunas complicaciones médicas como obstrucción de la vía aérea, asfixia, broncoaspiración, rabdomiolisis, trombosis venosa profunda, úlceras de presión, úlceras en sitios donde se aplicaron las restricciones y muerte del paciente, así como también efectos psicológicos deletéreos y complicaciones médico-legales (4,8,10,18-20,23-25).

Con las técnicas actuales de intervención es cada vez menor el tiempo de la inmovilización. La primera hora de intervención es crítica para aclarar la etiología del cuadro clínico y obrar en consecuencia, se considera que el médico tratante del paciente inmovilizado debe ver y evaluar la necesidad de continuar con este manejo dentro de esta hora aunque las tasas, duración y métodos aún varían ampliamente (1, 2-11,13,15,20).

En caso de no ser posible la desinmovilización del paciente en la primera hora, se puede monitorizar continuamente por medio de méto-

dos audiovisuales (por ejemplo, circuito cerrado de televisión) al paciente, aunque ésta práctica en nuestro medio es rara, se recomienda evaluaciones del estado vital del paciente cada 15 minutos y personalmente, con el fin de evolucionar el estado de agitación y controlar las restricciones. Estas deben garantizar al paciente una adecuada circulación sanguínea a sus extremidades (1, 17, 20,22).

No existe consenso sobre usar o no medicación oral solamente en el paciente que disminuye su estado de agitación cuando es inmovilizado (1). En cualquier caso, si el paciente persiste agresivo y extremadamente agitado aún en restricción, se recomienda el uso de medicación parenteral en combinación con la inmovilización o restricción física, aunque también se puede usar medicación oral para sedar y tranquilizar al paciente, si éste la acepta (1, 13, 20,22). No se considera apropiado dejar al paciente inmovilizado sin medicación (1, 12, 13,22). El nivel adecuado de sedación es aquel que permita al paciente estar alerta y en contacto con el medio y responder las preguntas del personal médico sin presentar agitación psicomotora o agresividad; en el momento en que se alcance este nivel de sedación, se pueden retirar las restricciones (1, 12,13).

Se deben ir eliminando las restricciones a intervalos de cinco minutos, hasta que el paciente se encuentre inmovilizado en solo dos puntos. Las restantes se eliminarán al mismo tiempo, ya que el paciente no se puede contener con una sola sujeción. También y según la evaluación del riesgo de hetero auto-agresividad se pueden retirar todas las sujeciones al mismo tiempo (12, 17,18). Las decisiones deben estar basadas en las condiciones clínicas del paciente.

Restricción química

Como ya se anotó, antes de aplicar restricción

física a un paciente, siempre se debe intentar usar otros medios menos restrictivos para controlar su agresividad o agitación (1, 12, 13, 17, 26,27). Entre dichos medios se encuentra la restricción química. Este método es el uso involuntario de psicofármacos en una situación de crisis para ayudar a contener la conducta agresiva de un paciente que se encuentra fuera de control (1, 12,27).

Por definición, la restricción química se lleva a cabo con medicación intramuscular (IM) y siempre se debe tener en cuenta la historia médica y psiquiátrica del paciente así como la velocidad de acción del medicamento, la historia de respuesta al fármaco, efectos secundarios, etc. (1, 12,17).

La restricción química debe ser administrada y supervisada continuamente por personal especializado de enfermería. En general, la medicación oral se debe ofrecer antes de la administración de medicación parenteral. Para evitar aspiración, la medicación oral se debe dar siempre cuando el paciente este sentado o de pie (1,12). En nuestro medio se encuentran diversos medicamentos para el manejo del paciente agresivo. A continuación se mencionan las contraindicaciones y principales efectos secundarios tempranos de los medicamentos recomendados en el manejo de pacientes con alto riesgo de hetero-autoagresividad en nuestro medio (1,12, 13, 15,20):

Haloperidol. Dosis: 2 a 10 mg IM

Contraindicaciones absolutas: antecedente de síndrome neuroléptico maligno y sospecha de psicosis atípica.

Contraindicaciones relativas: enfermedad de Parkinson, insuficiencia hepática, glaucoma e hipertrofia prostática.

Principales efectos secundarios: distonía aguda: consiste en una contracción muscular sostenida principalmente en la boca, la nuca y la espalda. Se puede presentar en forma de crisis oculógiras o tortícolis. Se puede ver este efecto secundario a partir de la primera hora de administración de la medicación. Se maneja aplicando biperideno 5 mg IM. Prometacina 50 mg o difenhidramina 50 mg IM.

Lorazepam. Dosis: 0.5 a 2 mg vía oral.

Contraindicaciones absolutas: insuficiencia respiratoria, insuficiencia hepática grave, síndrome de apnea obstructiva del sueño, intoxicación por depresores centrales (benzodiazepinas, barbitúricos, alcohol, opioides), miastenia gravis y no contar con equipo de reanimación cardiopulmonar.

Contraindicaciones relativas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia hepática.

Principales efectos secundarios: depresión respiratoria, que se puede presentar después de la dosis intravenosa. En caso de presentarse se debe suspender la administración del fármaco, practicar intubación orotraqueal y realizar asistencia respiratoria. El vértigo, nistagmus, ataxia, disartria: se manejan reduciendo la dosis o suspendiendo la administración de la medicación.

Midazolam. Contraindicaciones y efectos secundarios similares a los del lorazepam. Es menos seguro que este último.

En casos de intoxicaciones graves con benzodiazepinas se debe utilizar el flumazenil, un antagonista que desplaza a esta clase de medicamentos de los receptores benzodiazepínicos.

En nuestro medio no hay disponibilidad de lorazepam parenteral, por lo que el personal

médico se ve obligado a utilizar otras benzodiazepinas menos seguras como el midazolam para el manejo de emergencias comportamentales. El midazolam no está recomendado para uso IM, puesto que como sucede con todas las benzodiazepinas a excepción de lorazepam, su absorción es errática e impredecible por esta vía, aunque en menor grado que otras.

Adicionalmente, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos (1): si se decide usar medicación parenteral para tratar la agitación o agresividad que parece tener una etiología médica general, se recomienda usar un antipsicótico de alta potencia, benzodiazepina o una combinación de ambos, pero hay mayor consenso acerca del uso de una benzodiazepina (Lorazepam) sola. Si se sospecha que la agitación se debe a intoxicación por sustancias, como estimulantes o alucinógenos, se recomienda primero usar una benzodiazepina sola y secundariamente el uso de antipsicóticos de alta potencia.

Si se sospecha que la agitación se debe a trastorno psiquiátrico primario, se recomienda la asociación de una benzodiazepina más un antipsicótico de alta potencia.

Si se trata de una paciente en estado de embarazo y con agitación y/o agresividad, se recomienda un antipsicótico de alta potencia solo.

Si el paciente es un niño(a) violento e inmanejable, lo recomendado es el uso de benzodiazepinas o antihistamínicos (1,12).

Si el paciente sufre alguna enfermedad concomitante, la administración del medicamento dependerá de las características de ésta. (Tabla 2)

Prácticamente, si se realiza un adecuado manejo farmacológico en el paciente agitado, este no debe permanecer más de cuatro horas en pro-

Tabla 2. Selección de medicamentos en nuestro medio, según enfermedad médica concomitante.

Enfermedad médica concomitante	Medicamento recomendado	No recomendado
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	HLP*	BZD +
Arritmia cardiaca	BZD, HLP	
Delirium	HLP	BZD
Demencia	HLP	BZD
Historia de acatisia	BZD	HLP
Historia de disquinesia tardia, síndrome neuroléptico maligno, distonía, parkinsonismo	BZD	HLP
Retardo mental	HLP	
Historia de crisis convulsivas	BZD	
Historia de abuso o dependencia a sustancias	HLP	BZD
Síndrome de abstinencia a etanol	BZD	

*HLP: Haloperidol; + BZD: Benzodicepinas. Modificado de *The Expert Consensus Guideline Series Treatment of Behavioral Emergencies May 2001 Postgraduate Medicine Special Report.*

medio bajo restricción física (1, 12,17). No es aceptable que en las condiciones actuales se observen pacientes inmovilizados o bajo restricción mecánica más allá de 24 horas, esto indica una inadecuada restricción química o sedación.

Implicaciones éticas y médico legales en la atención al paciente violento (20, 28)

Siempre que el médico general evalúe un paciente con riesgo de hetero autoagresividad debe considerar la legislación colombiana vigente y plantearse la posibilidad de una demanda médico-legal en caso de llegar el paciente a cometer suicidio, lesionar a otras personas o de hacerse daño así mismo. A continuación se comentan de manera breve las normas legales vigentes. Sin embargo, el médico general de cuidado primario debe tener en cuenta como su principal instrumento de defensa, la historia clínica, donde debe consignar claramente el riesgo de hetero o autoagresividad establecido según la gravedad y en consistencia con lo anterior la conducta médica seguida. Además, debe suministrar al egreso del paciente y por escrito una hoja al

acompañante, preferiblemente a los familiares, donde consten las indicaciones mínimas sobre el cuidado en casa del paciente y de los riesgos probables para éste y sus familiares.

Según la Constitución Política de Colombia vigente, en su artículo 28: «... Toda persona es libre. Nadie puede ser molestado en su persona o familia, ni reducido a prisión o arresto, ni detenido, ni su domicilio registrado, sino en virtud de mandamiento escrito de autoridad judicial competente, con las formalidades legales y por motivo previamente definido en la ley...» (29). Aunque en la práctica la hospitalización involuntaria y la contención física son procedimientos médicos que obedecen a una justificación clara, se debe ser cuidadoso ya que su aplicación puede resultar en complicaciones legales para el médico o la institución (por ejemplo, instauración de demandas por delitos contra la libertad individual y otras garantías como el secuestro simple).

Las normas legales relacionadas con la hospitalización involuntaria hacen referencia a perso-

nas con trastornos mentales. En nuestro país desafortunadamente, no son muy claras y no hay una definición precisa de este último concepto.

Las normas legales más importantes a tener en cuenta en nuestro medio son las siguientes:

Código Civil Colombiano, título XXVIII, artículo 554: "...El demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o cause peligro o notable incomodidad a otros. Ni podrá ser trasladado a una casa de locos, encerrado, ni atado sino momentáneamente mientras a solicitud del curador o de cualquiera persona del pueblo, se obtiene autorización judicial para cualquiera de estas medidas...". Aquí el término "demente" implica incapacidad mental grave y permanente (30). Decreto 1136 del 19 de julio de 1970: "...Al que perturbe la tranquilidad pública como consecuencia del estado de la intoxicación crónica producida por alcohol, o por enfermedad mental, o por consumo de estupefacientes o de alucinógenos, se le someterá a tratamiento médico, con o sin internación en clínica, casa de reposo u hospital hasta obtener su curación o rehabilitación. Tanto la iniciación como la terminación del tratamiento estarán precedidas de dictamen oficial favorable..." (31).

De la revisión de las anteriores normas se concluye que la decisión de la hospitalización corresponde en última instancia a una autoridad policiva o a la Defensoría del Pueblo. En todo caso, en una situación de emergencia aunque esto resulte improcedente e inaplicable, sin embargo, se debe cumplir lo escrito en la ley. Teniendo en cuenta lo anterior, y para fines prácticos, se hacen las siguientes recomendaciones.

Realizar siempre una historia clínica completa, anotando las impresiones diagnósticas e indicaciones de los procedimientos de restricción y

sedación. Si el paciente se debe hospitalizar en alguna sala de observación del servicio de urgencias, o en algún servicio del hospital; procurar conseguir una autorización firmada por un familiar o por el responsable legal del paciente (la autoridad de policía o un abogado de la Defensoría del Pueblo o quien haga sus veces). En los municipios donde no hay representación directa, esta función la cumplen los personeros municipales; en caso de que la hospitalización se deba realizar contra la voluntad del paciente. El jefe del servicio de urgencias, o el director del hospital, o de la unidad de Psiquiatría, debe dar aviso de la hospitalización al jefe de policía de la jurisdicción o a un abogado o Defensor delegado de la Defensoría del Pueblo, dentro de las primeras 72 horas.

Se hace énfasis en que la mejor medida de protección es una buena historia clínica. Inmovilizar a un paciente acarrea serias consecuencias, como lesiones en la autonomía del paciente, limitación en la libertad de movimiento y riesgo de lesión física y/o psicológica como resultado de ésta. Por consiguiente, antes de inmovilizar a un paciente, los profesionales de la salud deben sopesar los beneficios del procedimiento, cuidadosamente, contra los riesgos de éste, además de considerar otras alternativas disponibles.

En años recientes ha venido ocurriendo, especialmente en Norteamérica, un movimiento hacia la reducción del uso de restricciones en los hospitales. Esta tendencia coincide con una disminución significativa en el uso de procedimientos de restricción (3, 4,7-10). Una ley en Norteamérica, afirma: los procedimientos de restricción, serán aplicados como un último recurso, más que primera opción, para controlar la conducta agresiva de un paciente, mientras este se encuentre en un centro de atención primaria. Esta ley promulga: "...el paciente tiene el derecho a ser libre de... cualquier restric-

ción física o química impuesta para propósitos de disciplina o conveniencia y no para tratar los síntomas médicos en los pacientes...” (21).

Recursos necesarios para la atención primaria de emergencias psiquiátricas (20)

Físicos

Consultorio: el sitio donde se ha de examinar al paciente debe tener un amoblado sólido, pesado y fijo al piso, de tal manera que no pueda ser utilizado como un arma por parte del sujeto examinado. Por la misma razón, se deben evitar en el consultorio objetos de vidrio, pequeños y pesados de decoración, materiales de curación, equipos quirúrgicos, atriles, cables eléctricos, negatoscopios, etc.

Se recomienda disponer de un consultorio con dos puertas de entrada. Estas no deben tener seguro. Es importante que tenga un botón de alarma fijado al piso para accionar con el pie en caso de emergencia. Si solo existe una puerta en el consultorio, tanto el entrevistador como el paciente deben tener fácil acceso a ella. No debe haber ningún objeto interpuesto entre la puerta y el entrevistador o el paciente.

Materiales

Los elementos de inmovilización o restricción física son: una camilla baja con barandas de altura aproximada a 40 cm., ocho sujetadores de cuero, cuatro sábanas, un equipo de reanimación básico (máscara con balón y reservorio, tubos orotraqueales y laringoscopio) y elementos para el manejo farmacológico.

Se debe disponer de los elementos básicos para la administración parenteral de medicamentos (jeringas desechables de 5 y 10 ml, equipos de venoclisis, agujas desechables y yelcos, líqui-

dos parenterales).

También se recomienda disponer de una reserva con los siguientes sedantes potentes: haloperidol ampollas de 5 mg/ml, haloperidol tabletas de 5 y 10 mg, haloperidol gotas 20 gotas=1 ml = 2 mg, lorazepam: tabletas de 1 y 2 mg, midazolam tabletas de 7.5 mg y midazolam ampollas 15 mg/3 ml.

Humanos

Un médico: idealmente con entrenamiento en emergencias psiquiátricas. Debe ser la persona encargada de organizar el equipo tratante, de decidir sobre la utilización de los procedimientos de restricción y sobre la manera de efectuarlos. Es el jefe del equipo tratante.

Una licenciada de enfermería: es la persona encargada de la administración de la medicación requerida.

Cuatro auxiliares de enfermería: tienen funciones de inmovilización o restricción física del paciente y de vigilancia de los signos vitales luego de que se administra la medicación.

Dos a cuatro policías o empleados del servicio de seguridad del hospital o entidad de salud se podrán incluir en el equipo tratante para colaborar en la inmovilización o restricción física del paciente violento.

Con el anterior recurso humano se conforma lo que se puede denominar el “equipo tratante de emergencias psiquiátricas” (Etep).

¿Cómo llevar a cabo los procedimientos de restricción y sedación en el paciente hetero y autoagresivo?

Lo primero es considerar que la indicación de la inmovilización o restricción física y sedación debe ser anotada por el médico en la historia clínica

como un procedimiento médico cualquiera. En segundo lugar el médico atenderá las recomendaciones generales siguientes sobre la entrevista inicial de este tipo de pacientes:

Antes de iniciar la entrevista el examinador debe pensar y dar prioridad a su seguridad personal. El examinador se debe quitar collares, aretes, gafas y corbata antes de iniciar la entrevista. Debe evitar el uso de todo objeto que pueda ser utilizado como arma (esferos, lápices, estilógrafos). Dar aviso al ETEP antes de entrevistar al paciente, para poner en alerta al personal sobre cualquier necesidad de intervención urgente.

La violencia se concibe como un proceso diádico. Según este el comportamiento y los elementos de comunicación preverbales del examinador pueden inducir o evitar la violencia.

Nunca se debe examinar al paciente violento si se encuentra armado. En estos casos hay que dar información al personal de seguridad del hospital o a la policía. Nunca realizar la entrevista a solas con el paciente. Debe estar presente por lo menos otra persona en el consultorio. Nunca dar la espalda a un paciente violento o con amenaza de violencia.

Hablarle al paciente pausadamente, mostrando una actitud calmada. Cuando el paciente hable, mostrar interés en lo que está diciendo. Nunca ignorar ni criticar lo que comunica el paciente.

Mantener las manos a la vista del paciente, no meterlas en los bolsillos. Esto evita sospechas del paciente y permite reaccionar rápidamente en caso de que sea necesario defenderse de alguna agresión. Evitar movimientos bruscos o súbitos.

En lo posible iniciar la entrevista con temas neutrales y no con temas referentes al comporta-

miento inadecuado del paciente. Mantenerse fuera del alcance de los golpes del paciente.

Nunca intentar tocar al paciente.

Procedimiento de restricción o inmovilización física

Abordaje: el ETEP se debe presentar ante el paciente procurando en lo posible no adoptar actitudes amenazantes, el jefe del grupo intentará la comunicación con el paciente tratando siempre de encontrar una solución no restrictiva, se debe explicar al paciente en voz firme y segura, pero calmada y pausada, que las personas que están ante él desean ayudarlo y no agredirlo ni castigarlo.

Si la fase de abordaje no permite una solución no restrictiva, ante una orden o señal del jefe del ETEP se procederá a inmovilizar al paciente. Para tal efecto se encargará a una persona de cada extremidad (cuatro personas) y a otra de la cabeza, esta última tendrá mucho cuidado para evitar mordeduras. Cada uno de estos cinco integrantes del ETEP sabrá de antemano qué parte del cuerpo debe inmovilizar. Las extremidades se deben sujetar con ambas manos proximalmente a las dos articulaciones distales (codo y muñeca en miembros superiores). El paciente se colocará en una camilla baja o en el piso, si es necesario, mientras se disponen los elementos necesarios para examen, diagnóstico o tratamiento.

Luego se debe llevar a una camilla adecuada donde se debe inmovilizar cada extremidad con sujetadores de cuero. Si hay movimientos bruscos del tronco en esta posición complete la inmovilización o restricción física con una sábana envolvente, no muy apretada, sobre la mitad inferior del tórax y superior del abdomen. Se recomienda dejar descubierta parte del tórax para poder supervisar la respiración.

La restricción mecánica exclusivamente sobre el abdomen es peligrosa por el riesgo de trauma abdominal cerrado. Los sujetadores de cuero se deben aflojar cada 15 minutos para prevenir eventuales complicaciones vasculares. Se debe aprovechar entonces para realizar la historia clínica y el examen físico. Según los hallazgos se puede pasar a la siguiente fase de manejo farmacológico. Una vez instaurado el manejo farmacológico no existe razón médica para mantener en un paciente agitado una restricción física más allá de cuatro horas en promedio.

Se deben observar las siguientes recomendaciones: siempre debe existir una orden médica para tomar la decisión de aplicar restricción física a un paciente violento. Esta orden puede ser verbal teniendo en cuenta la situación propia de emergencia. Una vez superada la situación se debe dejar anotado en la historia clínica la orden respectiva.

En caso de no existir orden médica, ésta puede ser delegada a un miembro del ETEP (enfermera, trabajadora social, terapeuta, psicólogo ojalá con entrenamiento en psiquiatría o salud mental) siempre y cuando sea necesaria la restricción del paciente. Una vez realizado el procedimiento se debe informar inmediatamente al médico de turno responsable del servicio.

Se debe avisar al personal de seguridad de la entidad de salud o a la policía para que ayuden en la conformación del ETEP que aplicará el procedimiento. Esta diligencia es previa a la aplicación de la restricción al paciente. Es muy importante para lo anterior, en casos de violencia inminente o actos suicidas contar con un botón de pánico o un código secreto conocido por los miembros del ETEP; el cual pueda ser accionado en presencia del paciente y sin conocimiento de éste.

En caso de que no contar con el ETEP disponible, hacer lo siguiente: permitir que el paciente abandone el lugar y luego informar a la policía, solicitar asistencia inmediata de la policía para ayudar al paciente, explicar al personal de seguridad y a la policía las indicaciones para la aplicación de restricciones y la importancia del ETEP.

Intentar la aplicación voluntaria de restricciones diciendo al paciente, por ejemplo: "...nos gustaría que se acueste en la camilla, para que podamos inmovilizarlo para su propia protección..." o "...parece encontrarse fuera de control, nosotros queremos protegerlo de que se haga daño o le haga daño a los demás..."

No discutir con el paciente. Si el paciente no responde en breve tiempo a su petición voluntaria, solicitar ayuda a la seguridad de la entidad de salud, para ubicar al paciente en una camilla. Si las personas de seguridad no están, acudir a otros miembros del ETEP.

El paciente debe ser tomado gentilmente y ubicado de espaldas, con un brazo extendido por encima de su cabeza y el otro brazo extendido a un lado del cuerpo.

El género y el rol de los miembros del ETEP, se debe tener en cuenta al momento de aplicar las restricciones y consideraciones con relación al problema del paciente; por ejemplo, probar el contacto inicial con una mujer del equipo, cuando una muchacha está fuera de control y necesita restricciones.

Después de la aplicación de restricciones, el paciente no debe permanecer sólo. Un miembro del ETEP debe asignarse para hablar con el paciente acerca de sus sentimientos y explicarle el propósito de las restricciones.

Luego del procedimiento de restricción el médi-

co deberá tomar la decisión sobre cual medicación usará en ese momento, la dosis, la vía y la frecuencia de administración teniendo presente el diagnóstico probable.

Una vez el paciente esta controlado físicamente y sedado se debe dejar un espacio de tiempo breve para discutir, con los miembros del ETEP participante en la situación de emergencia presentada y discutir acerca del procedimiento.

Siempre se deben documentar en la historia clínica los procedimientos realizados: indicación para el uso de restricciones, por ejemplo, presencia de conducta autodestructiva, anteriores intentos de alternativas menos restrictivas, tales como la comunicación verbal.

Finalmente, el médico siempre debe tener en cuenta las siguientes sugerencias y recomendaciones para evitar lesiones: la mayor parte de lesiones causadas al personal de salud con ocasión de los procedimientos de restricción y sedación, se deben a descuidos o falta de conocimientos de los mismos.

Conclusiones

El adecuado abordaje del paciente agitado y/o agresivo en unidades de atención primaria es vital para un adecuado tratamiento, siendo de importancia clave descartar patología médica general subyacente que pueda desencadenar dicho comportamiento. Si bien los procedimientos de restricción física son usados en otras ramas de las ciencias de la salud y tienen características diferentes en lo que respecta a los pacientes hetero autoagresivos, la restricción mecánica se considera un procedimiento de último recurso debido a sus potenciales efectos deletéreos sobre su salud física y mental (10,26,32,33). Se debe conocer las indicaciones, contraindicaciones y posibles complicacio-

nes del uso de restricciones antes de dar la orden para su ejecución, así como las posibles implicaciones médico-legales. El uso adecuado de las herramientas farmacológicas disponibles facilita el tratamiento correcto de los pacientes en estado de agitación, y previene el uso a veces innecesario de inmobilizaciones, toda vez que el tratamiento inicial de este tipo de pacientes siempre debe ser menos restrictivo. Falta investigación nacional para tener un mejor nivel de evidencia médica que sirva de base al tratamiento de este tipo de pacientes.

Agradecimientos

A los doctores Leonardo Ayala, jefe del Grupo de Psiquiatría Forense de la Regional Bogotá y a Aída Constantin Jefe de la División de Clínica y Psiquiatría Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, por sus comentarios y aportes al artículo.

Rerferencias

1. **Allen M, Currier G, Hughes D, Reyes-Harde M, Doherty J.** Treatment of behavioral emergencies. The Expert Consensus Guideline Series. A Special Report. *Postgrad Med* 2001; 1-90.
2. **Sailas E, Fenton M.** Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001163.
3. **Busch AB, Shore MF.** Seclusion and restraint: a review of recent literature. *Harv Rev Psychiatry* 2000; 8 (5): 261-70.
4. **Palazzolo J.** Restraint and seclusion in psychiatry: review and prospects. *Encephale* 2001; 27 (6): 570-7.
5. **Hatta K, Nogi W, Igarashi Y et al.** The review of seclusion and restraint in psychiatric practice. *Seishin Shinkeigaku Zasshi* 2003; 105 (2): 252-73.
6. **Gudjonsson G, Rabe-Hesketh S, Szmukler G.** Management of psychiatric in-patient violence: patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 258-262.
7. **Donovan A, Plant R, Peller A, Siegel L, Martin. A.** Two-Year Trends in the Use of Seclusion and Restraint among Psychiatrically Hospitalized Youths. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 987-993.

8. **Horsburgh D.** How, and when, can I restrain a patient? *Postgrad Med J* 2004; 80 (939):7-12.
9. **Wright S.** Control and restraint techniques in the management of violence in inpatient psychiatry: a critical review. *Med Sci Law* 2003 ;43 (1): 31-8
10. **Guedj MJ, Raynaud P, Braitman A, Vanderschooten D.** The practice of restraint in a psychiatric emergency unit. *Encephale* 2004; 30 (1): 32-9.
11. **Flannery RB Jr, Rachlin S, Walker AP.** Characteristics of patients in restraint: six year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). *Int J Emerg Ment Health* 2001; 3 (3): 155-61.
12. **American Academy of Children and Adolescent Psychiatry.** Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41 (2 Suppl): 4s-25s
13. **Allen MH, Currier GW.** Use of restraints and pharmacotherapy in academic psychiatric emergency services. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26: 42-49
14. **Annas GJ.** The Last Resort — The Use of Physical Restraints in Medical Emergencies. *N Engl J Med* 1999; 341: 1408-1412.
15. **Currier GW, Allen MH.** Physical and Chemical Restraint in the Psychiatric Emergency Service. *Psychiatr Serv* 2000; 51 (6): 717-719.
16. **Tardiff K.** The current state of psychiatry in the treatment of violent patients. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49 (6): 493-499.
17. **Buckley F, Nofzinger S, Smith D, Hrouda D, Knoll J.** Treatment of the psychotic patient who is violent. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26 (1) 231-272.
18. **Dorfman D.** The use of physical and chemical restraints in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2000; 16 (5): 355-60.
19. **Fisher WA.** Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1584-1591.
20. **Escobar-Córdoba F.** Módulo de atención de emergencias psiquiátricas en cuidado médico primario. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría. Universidad Nacional de Colombia. 2003.
21. **Wigder HN.** Restraints <http://www.emedicine.com/restraints>. Actualizado Abril 24 de 2002. Revisado Marzo 5 de 2004.
22. **Lledo-Sala J, Castellanos-Martinez FC.** Protocolo de la sujeción mecánica y terapéutica. <http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Artsujecion.html> Revisado Marzo 12 de 2004
23. **Mohr WK, Petti TA, Mohr BD.** Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 330-337.
24. **Stratton SJ, Rogers C, Brickett K, Gruzinski G.** Factors associated with sudden death of individuals requiring restraint for excited delirium. *Am J Emerg Med* 2001; 19 (3): 187-191.
25. **Evans D, Wood J, Lambert L.** Patient injury and physical restraint devices: a systematic review. *J Adv Nurs* 2003 41 (3): 274-282.
26. **Bell C.** Assessment and management of the violent patient. *J Natl Med Assoc* 2000; 92:247-253.
27. **Sorrentino A.** Chemical restraints for the agitated, violent, or psychotic pediatric patient in the emergency department: controversies and recommendations. *Curr Opin Pediatr* 2004; 16: 201-205.
28. **Arboleda-Vallejo M.** Código Penal y de Procedimiento Penal. Ley 599 y 600 de 2000. Bogotá D.C., Colombia. Editorial Leyer. Sexta Edición. 2001.
29. **Republica de Colombia.** Constitución Política de Colombia de 1991. Edición actualizada. Momo Ediciones. Bogotá D.C., Colombia. Año 2000.
30. **Republica de Colombia.** Código Civil. Edición actualizada y concordada de acuerdo a las normas del derecho colombiano. Editorial Unión Ltda. Bogotá D.C., Colombia. 2000.
31. **Republica de Colombia.** Decreto 1136 del 19 de julio de 1970. Bogotá D.C., Colombia.
32. **Maccioli GA, Dorman T, Brown BR, Mazuski JE, McLean BA, Kusza JM et al.** American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: Use of restraining therapies—American College of Critical Care Medicine Task Force 2001-2002. *Crit Care Med* 2003; 31 (11): 2665-2676.
33. **Hamers J, Gulpers M, Strik W.** Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *J Adv Nurs* 2004 45(3): 246-251.