

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN
EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS ESSALUD, LIMA - 2019**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

MARÍA VICTORIA RUBINA PUELLES

Callao - 2019

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ABASTOS ABARCA MERY JUANA PRESIDENTA
- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI SECRETARIA
- DR. VICTOR HUGO DURAN HERRERA VOCAL

ASESORA: DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 54

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 19/07/2019

Resolución Decanato N° 221-2019-D/FCS de fecha 16 de julio del 2019 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

INTRODUCCIÓN	2
1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMATICA	4
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes del estudio	6
2.2 Bases Teóricas	9
2.3 Marco conceptual o referencial	15
3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	29
3.1 Valoración	29
3.2 Diagnóstico de Enfermería	39
3.3 Planificación	40
3.4 Ejecución y evaluación	48
4. CONCLUSIONES	51
5. RECOMENDACIONES	53
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54
7. ANEXOS	57

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico, tiene por finalidad presentar los cuidados de enfermería al paciente con agitación psicomotriz que he adquirido a lo largo de mi experiencia laboral en el servicio de emergencia de salud mental.

En el servicio de emergencia psiquiátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins/ EsSalud ubicado en el distrito de Jesús María-Lima, frecuentemente acuden pacientes en estado de agitación psicomotriz o conducta agresiva caracterizados por hiperactividad motora y alteraciones emocionales, que representan un riesgo tanto para el paciente, personal de salud ,familiares o el entorno, estos casos requieren una intervención inmediata del personal de enfermería que consta en valorar, contener y ayudar al individuo en crisis.

Se debe tomar medidas oportunas de seguridad, hacer un diagnóstico de presunción basado en el origen de la agitación (causa orgánica, trastorno mental o manifestación de una ansiedad extrema). Ello facilitará una posible resolución a la urgencia mediante un abordaje verbal o por el contrario se procederá a la contención mecánica , en caso se tome esa última decisión, se debe planificar con anterioridad las acciones a tomar, para la contención con sedación farmacológica de ser necesaria , su uso precisa de conocimientos y entrenamientos previos por los profesionales implicados en su aplicación, se cuenta en mi servicio con material bibliográfico , guías de contención mecánica, de sedación y de abordaje a pacientes con agitación psicomotriz este último documento a sido adaptado y actualizado por miembros del equipo de enfermería de emergencia de salud mental del cual formo parte, este instrumento se haya en proceso de revisión de expertas del área de salud mental del departamento de enfermería.

La prevención de riesgo es lo que motivo a presentar este informe académico, ya que se han presentado casos de agresión por parte del paciente agitado tanto en personal, familiares como daños al entorno y complicaciones por medidas de contención mecánica y farmacológica, señal

de que hay que motivar a la actualización de guías estandarizadas y el entrenamiento del personal en forma periódica para la mejora del cuidado. Existen modelos conceptuales que sustentan la práctica de enfermería en salud mental y psiquiátrica, que son el soporte técnico para brindar un cuidado integral a la persona con enfermedad mental como en este caso me siento identificada con la teoría de Hildegarde Peplau enfermería psicodinámica y el principio de la relaciones humanas, relación enfermera/paciente y la teoría de Virginia Henderson donde señala las 14 necesidades, las mismas que se ven afectadas en un caso clínico con agitación psicomotriz ,estos fundamentos lo aplico a mi plan de cuidados del paciente agitado en el presente trabajo académico.

Espero que este trabajo académico y el modelo de plan de cuidados del paciente con agitación psicomotriz sirva como referencia de las medidas a tomar para tranquilizar, disminuir la agresividad y riesgos que conlleva el cuidado de un paciente agitado al que se ha intervenido con el uso de sujeciones físicas y contención farmacológica, acciones que guíen a otros profesionales especialistas en el área de salud mental y dar conocimiento del rol y funciones que como personal de la salud gestora del cuidado cumpla en esta intervención desde la admisión hasta el proceso de hospitalización y alta del usuario.

1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La agitación psicomotriz es un síndrome caracterizado por un aumento significativo de la actividad motora, que puede oscilar desde una ligera inquietud hasta una verdadera tempestad de movimientos; más una alteración de la esfera emocional, que puede tener la tonalidad de ansiedad severa, pánico, cólera, euforia y tensión interna difícil de controlar, es necesario tener en cuenta el riesgo que suponen estos pacientes para su entorno familiar, el personal que lo atiende e incluso su propia vida , por lo que son candidatos a ingresar a la unidad de emergencia.

El síndrome de agitación psicomotriz no constituye en sí mismo una enfermedad, sino una conducta que puede ser una manifestación de una gran multitud de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos (consumo de tóxicos, ideas delirantes, confusión mental de origen neurológico, etc.).
(1).

Los pacientes en mi servicio pueden acudir por propia iniciativa, solicitando ayuda por una vivencia indeseada de su agresividad o falta de control, o lo que es más frecuente, son los familiares, acompañantes, personal policial, o serenazgo los que solicitan la atención.

Estudios realizados en Estados Unidos señalan que una parte significativa del 5% de los ingresos urgentes relacionados con trastornos de conducta, están motivados por la agitación. Otro ejemplo es el de Brasil, donde las admisiones debido a trastornos mentales ocupan un 3 % de los ingresos totales, una cuarta parte de estos ingresos, se deben a conductas agitadas.
(2).

En nuestro país durante el año 2011 se atendieron 530 casos de agitación psicomotora o conducta agresiva en el Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, lo que representó el 9.4% del total de atenciones en dicho periodo (3).

En el ámbito donde laboro durante el año 2017 en el servicio de emergencia de salud mental del hospital “Edgardo Rebagliati Martins” la agitación psicomotriz se presentó en 598 el 7% de 8632 pacientes atendidos que acuden a esta sala de urgencias (4),muestro datos estadísticos comparativos de los últimos años, que se aprecian en el anexo del presente trabajo académico.

Existen datos que señalan lo que tenemos y no tenemos que hacer, éstos se encuentran explícitos en las guías de actuación, el entrenamiento y formación de los profesionales que intervienen, la experiencia del equipo y el uso de determinadas medidas, sobre todo farmacológicas, que se relacionan con una mayor efectividad en el abordaje de estos pacientes. (5).

En el servicio de emergencia de salud mental del hospital Rebagliati se ha visto incrementado el número de complicaciones, eventos adversos debido al uso de medidas de contención mecánica y farmacológicas como laceraciones, rigidez, incontinencias, úlceras cutáneas por presión, fricción, neumonía aspirativa, sedación excesiva, hipotensión, lo cual causa alarma ya que se cuenta con personal especializado , se dispone de medidas de soporte vital y guías estandarizadas de cuidados de enfermería en sedación , contención mecánica y abordaje del paciente en estado psicomotriz ,como profesional implicado en este actuar me veo comprometida en dejar un modelo de plan de cuidados de enfermería y una guía actualizada del cuidado del paciente agitado que garantice su seguridad y el compromiso de entrenar al equipo de enfermería con el material elaborado.

2. MARCO TEÓRICO

2.1.- Antecedentes del Estudio

Antecedentes Internacionales

SERRANO AGUILERA, Carlos, 2018(6) Portugal en la investigación sobre “Delimitando la coerción y los cuidados enfermeros en salud mental :una aproximación cualitativa” señala como **objetivo** analizar el discurso grupal en base a las opiniones , experiencias y percepciones de las enfermeras sobre la coerción y sus límites con los valores profesionales en el ámbito de los cuidados de la salud mental; uso como **metodología** un estudio descriptivo de enfoque cualitativo, donde participaron como **muestra** once enfermeras involucradas en el proceso formativo docente de la especialidad de enfermería de salud mental identifico como **resultado** las siguientes categorías temáticas: “Coerción: contexto de descubrimiento y contexto de justificación”, “Cuidado humano, vulnerabilidad y coerción en salud mental”, “Fortaleza y debilidades del cuidado profesional” por último **concluyo** en lo siguiente :Los valores y actitudes emergentes de las enfermeras especialistas en salud mental se articulan en la relación de ayuda, siendo la propia identidad enfermera el resultado de esa práctica y teniendo como principal característica la gestión integral del cuidado. Los cuidados enfermeros contribuyen a la consecución práctica de los derechos humanos. El cuidado contractual supone la negación de hacerse participe de prácticas obligatorias o coercitivas, tratándose de incorporar en una lógica de derecho la complejidad del cuidado.

PUERTA CATAÑO, Ana, 2017(7)Colombia elaboro una investigación sobre “El tiempo requerido de enfermería para un cuidado con calidad” “cuyo **objetivo** fue identificar el tiempo requerido de enfermería para el cuidado, la educación, la investigación y la gestión del cuidado y del servicio, a fin de determinar el talento humano necesario para la prestación del cuidado con calidad en un hospital de primer nivel de atención, uso el **método** de estudio descriptivo transversal realizado con estudiantes de

enfermería del último semestre de pregrado, se aplicó el proceso de atención de enfermería (PAE), siguiendo criterios de la NANDA y la valoración de cada sujeto de cuidado, como **resultado** señala :se identificaron 182 diagnósticos de enfermería con sus intervenciones y el respectivo tiempo para el cuidado por paciente por profesional y auxiliar de enfermería en el servicio de hospitalización, evidenciaron el tiempo para las funciones que el personal debe realizar que no son cuidado directo, pero que facilitan el logro de objetivos que ayuda al ideal de un cuidado con calidad en el sujeto del cuidado. Se elaboraron 68 guías de enfermería para unificación de criterios. El estudio **concluyo** que calcular el talento humano de enfermería debe partir de las necesidades de los sujetos de cuidado en su contexto y de la estimación del tiempo para la gestión del cuidado y del servicio, así como para la educación e investigación.

ANTOLIN NEREA, Miguel ,2016 (8) España, en su investigación titulada “Rol de enfermería ante el paciente agitado” tiene como **objetivo** realizar una revisión bibliográfica del rol desempeñado por el personal de enfermería sobre el manejo del paciente agitado realizando una revisión de protocolos de actuación de diferentes hospitales del sistema sanitario de Castilla y León/España, dentro de los materiales y **métodos** usados fue la revisión bibliográfica acerca del paciente agitado en los principales buscadores científicos y la revisión de los protocolos existentes en diferentes hospitales de la región ya mencionada obteniendo como **resultado** que el modo de actuación ante el paciente agitado y los protocolos existentes de diferentes hospitales están muy protocolizado. Las medidas terapéuticas más utilizadas en el manejo de esta situación son, en primer lugar, la contención verbal seguida de la farmacológica y la mecánica. Los fármacos más usados en el manejo del paciente agitado son antipsicóticos incisivos y benzodiazepinas de vida media corta, dependiendo de la etiología causante, llegando a la **conclusión** que las diferencias en el manejo del paciente agitado en un servicio de urgencias son mínimas y se adaptan a

las recomendaciones establecidas por la comunidad científica existente en la actualidad.

GÓMEZ RESTREPO, Carlos, en el año 2014 (9) Colombia en la investigación sobre el “Tratamiento farmacológico del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta agitación psicomotriz”, cuyo **objetivo** de estudio fue determinar cuál es la intervención farmacológica más efectiva en el manejo de adultos con diagnóstico de esquizofrenia que presentan agitación psicomotriz. Uso como **método** la elaboración de una guía práctica para identificar, sintetizar, evaluar la evidencia de formular recomendaciones respecto al manejo de pacientes con esquizofrenia. Seleccione como **muestra** 308 títulos del tema en estudio, siendo preseleccionados 16 para evaluación de calidad y solo 5 artículos fueron a la investigación, llegando a los siguientes **resultados**: se recomienda el uso de medicamentos parenterales en todo paciente agitado que no responda a las medidas de persuasión. Los medicamentos con mejor evidencia con respecto a efectividad para el control de la conducta violenta son el haloperidol y benzodiazepinas, administradas de manera conjunta o individual, la olanzapina también es una opción teniendo en cuenta que solamente se debe usar en instituciones donde hay psiquiatra disponible 24 horas y la ziprasidona se puede considerar como un medicamento de segunda línea. La **conclusión** a la que llego fue que la conducta violenta o agitación en los adultos con esquizofrenia representa un riesgo, por lo cual se hace necesaria la implementación oportuna de intervenciones dirigidas a tranquilizar al paciente, recomienda iniciar estas intervenciones con medidas verbales de persuasión y de no ser efectivas, es apropiado el uso de medicamentos parenterales: haloperidol y benzodiazepinas como primera línea.

2.2. Base Teórica

Las teorías del cuidado de enfermería son conjunto de conceptos que explican lo que es enfermería, se ocupan de evidenciar las relaciones que existe entre la persona, salud, enfermedad y entorno, nos sirven como base y guía de investigación para mejorar el proceso de cuidados del paciente, aquí hago referencia de 2 teoristas con las que me siento identificada para brindar cuidado de calidad al paciente agitado.

Teoría de Hildergard E. Peplau

La enfermería psicodinámica es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.

a) Peplau describe cuatro fases en la relación enfermera/o paciente

Estas fases se van produciendo a lo largo de la relación, una interacción entre ambos, para entender su problema y así determinar qué tipo de ayuda necesita.

Estas fases son:

Orientación, el individuo tiene una “necesidad insatisfecha” y precisa apoyo profesional. El enfermero/a ayuda al paciente a reconocer y entender su problema y a determinar qué tipo de ayuda necesita.

Identificación, el paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarlo(relación). El enfermero/a permite una exploración de los sentimientos que ayuda al paciente enfermo a reorientar dichos sentimientos y a desarrollar fuerzas positivas de su personalidad para satisfacer sus necesidades.

Explotación, el paciente intenta obtener todo lo que se le ofrece a través de la relación. Puede proyectarse nuevos objetivos, alcanzables a través del esfuerzo personal y transferencia de poder del enfermero/a cuando este precisa una gratificación para alcanzar los nuevos objetivos.

Resolución, de una forma progresiva, los antiguos objetivos van siendo desplazados por otros nuevos durante este proceso, el paciente se libera de su identificación con el enfermero/a

b) Papeles de la enfermería

Peplau describe seis papeles diferentes de la enfermería que surgen durante las distintas fases de la relación enfermera/o paciente.

Papel de extraño, Peplau afirma que, es debido a que el enfermero/a y el paciente no se conocen, no se debe prejuzgar al paciente, sino aceptarle tal como es.

Papel como persona a quien recurrir, el enfermero/a proporciona respuestas específicas a las preguntas, especialmente sobre información sanitaria, y explica al paciente su tratamiento o su plan médico de cuidados.

Papel docente, es una combinación de todos los papeles y “procede siempre de lo que el paciente conoce y desarrolla en función de su interés y su deseo de ser capaz de emplear información”.

Papel conductor, el enfermero/a ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y de participación activa.

Papel de sustituto, el paciente asigna al enfermero/a un papel de sustituto. Las actitudes y conductas del enfermero/a crean sentimientos en el paciente que reactivan los generados en una relación anterior.

Papel de asesoramiento, Peplau opina que el papel de asesoramiento es el que tiene más importancia en la enfermería psiquiátrica. El asesoramiento dentro de la relación se manifiesta en la forma en que los enfermeros/as responden a las demandas del paciente. Enfermería emplea principios y métodos para guiar el proceso hacia la resolución de los problemas interpersonales.

c) Conceptos metaparadigmáticos

Enfermería: Lo define como “un proceso significativo, terapéutico e interpersonal. Funciona en cooperación con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en comunidades”. “La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que intenta favorecer el avance de la personalidad en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva”.

Persona: Peplau denomina a la persona con el término de hombre. El hombre es un organismo que vive en un equilibrio inestable.

Salud: Peplau “una palabra simbólica que implica el avance de la personalidad y de otros procesos humanos en dirección a una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva”.

Entorno: Define el entorno de manera implícita como “las fuerzas que existen fuera del organismo y en el contexto de las culturas”, y de las cuales se adquieren gustos, costumbres y creencias. “Sin embargo, las condiciones generales que normalmente determinan la salud incluyen siempre el proceso interpersonal”. Es una teoría cuya esencia es la relación humana entre un individuo enfermo o que requiere un servicio de salud y una enfermera educada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.

Esta teoría permite que los profesionales de enfermería dejen de centrarse en la atención física de la enfermedad y puedan explorar los sentimientos y conductas propias y del otro, frente a la enfermedad, y le permitan ser partícipes en las intervenciones de enfermería en su cuidado. Así se logrará una relación entre enfermero y persona que permite afrontar los problemas de manera conjunta.

Un aspecto para mencionar muy relevante en esta teoría es que no se menciona a la familia ni a la comunidad dentro de este proceso, lo que afectaría el hecho de proporcionar una red de apoyo adecuada para la persona. (10)

Teoría de Virginia Henderson

Esta teoría basa la atención de enfermería en 14 necesidades básicas a través del proceso interpersonal y desarrollando la empatía, la enfermera debe meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de conocer qué ayuda necesitan.

Henderson señala en su modelo postulados, valores, conceptos.

a) Postulados: En este modelo, descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

b) Valores: Reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson, así mismo afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros su propia función. La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

c) Conceptos:

Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades, el cliente debe verse como un todo complejo de orden bio-psicosocial.

La enfermera cumple un rol de suplencia/ayuda es decir hacer por el paciente todo aquello que haría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos; de colaboradora y compañera del paciente hasta que recupere su independencia.

d)Conceptos metaparadigmáticos

El metaparadigma contemplado por Virginia es el de considerar a la

Persona: Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar la salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad.

Entorno: Lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y, por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.

La salud puede verse afectada por factores:

- Físicos: aire, temperatura, sol, etc.
- Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Salud: Es la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow: Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada, temperatura) dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales), dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias), tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

Enfermería: La define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para la satisfacción de sus necesidades básicas con conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Esta teoría busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, a través de los cuidados de enfermería.

e) Las 14 Necesidades Fundamentales Humanas según V. Henderson

1. Respirar Normalmente
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación de los productos de desecho del organismo
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Sueño y descanso. Vestirse y desvestirse.
6. Usar prendas de vestir adecuadas. Termorregulación.
7. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
8. Mantener la higiene personal.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
11. Vivir según sus valores y creencias.
12. Trabajar y sentirse realizado.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad (11)

El cuidado. - Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad.

Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona. Swanson, a través de la teoría de los cuidados, propone cinco procesos básicos secuenciales (conocimiento, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias), en lo que se hace evidente el cuidado de enfermería, que se caracteriza por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de enfermería. (11)

Teorías relacionadas con el cuidado del paciente psiquiátrico

En las teorías y modelos de Enfermería el cuidado se puede presentar como un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecer esta ayuda con el fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado, para que estos lleguen a ser pilares conceptuales de la práctica de la enfermería psiquiátrica.

Las teorías son conjuntos de conceptos interrelacionados que intentan explicar lo que es enfermería, se ocupan de evidenciar las relaciones que existe entre persona, salud, enfermedad y entorno. El enfermero(a) profesional en la medida que entiende las teorías podrá participar en forma eficaz en el proceso del cuidado, en beneficio de su paciente. Las teorías sirven de guía y base de investigación para enriquecer el conocimiento de la enfermera (12).

2.3 Marco Conceptual

Agitación psicomotriz. -Es un estado de hiperactividad física y mental descontrolada e improductiva, asociada a tensión interna. Por otro lado, la conducta agresiva es toda aquella destinada a causar algún daño, sea psicológico o físico (13)

Etiología. - En la etiología de la agitación psicomotora y la conducta agresiva pueden considerarse tres grupos de trastornos:

a) Trastornos orgánicos / delirio

Suelen presentarse con compromiso del sensorio, desorientación, fluctuaciones a lo largo del día, alucinaciones visuales y signos de la enfermedad subyacente; debe sospecharse en todo cuadro de inicio agudo o de aparición en adultos mayores incluyen:

- Traumatismos cerebrales (principalmente del lóbulo frontal).

- Epilepsia del lóbulo temporal.
- Infección del sistema nervioso central.
- Encefalopatía (hepática, anóxica, urémica, hipertensiva).
- Accidente cerebrovascular.
- Trastornos del equilibrio hidroelectrolítico.
- Neoplasias cerebrales.
- Hipoglicemia.
- Hipertiroidismo
- Porfiria aguda intermitente.
- Lupus eritematoso sistémico.

b) Trastornos psiquiátricos

- Trastornos psicóticos (esquizofrenia, psicosis aguda).
- Trastornos afectivos (trastorno bipolar, depresión mayor).
- Trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo)
- Trastornos de adaptación.
- Trastornos de la personalidad (principalmente límite y disocial)
- Trastornos generalizados del desarrollo (autismo, síndrome de Asperger).
- Trastornos de inicio en la infancia (trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad).
- Retardo mental.
- Demencia.

a) Uso de medicamentos / sustancias psicoactivas

En la presente tabla se enumeran algunos medicamentos que frecuentemente causan alteración en el comportamiento (14)

Tabla 1
Sustancias que pueden generar alteraciones en el comportamiento

Alcohol	Analgésicos
Anfetaminas	Anticolinérgicos
Ansiolíticos	Esteroides
Antidepresivos	Hipnóticos

Fuente: Univ.Méd. Bogotá (Colombia),52(4):421-430, octubre-diciembre,2011

Aspectos epidemiológicos

EL principal factor de riesgo para presentar agitación psicomotora o conducta agresiva es la existencia previa de alguno de los trastornos o condiciones. Los siguientes factores predicen un mayor riesgo de agresividad:

- Sexo masculino.
- Edad joven.
- Antecedentes de agresividad.
- Violencia en la familia de origen.
- Número de hospitalizaciones previas.
- Desempleo reciente.
- Personalidad disocial.
- Alucinaciones auditivas que imparten órdenes.
- Diluciones paranoides.
- Consumo de sustancias adictivas.
- El tipo de ingreso (involuntario o judicial).
- Conflictos con el personal u otros pacientes.
- Ruidos irritantes.
- Provocaciones/ insultos de otros pacientes.
- Masificación.

Cuadro clínico de la agitación psicomotriz

Las manifestaciones de la agitación psicomotora son las siguientes:

- Actividad verbal o motora incrementada, repetitiva y sin propósito.
- Hiperexcitabilidad (respuesta exagerada ante estímulos, irritabilidad).
- Síntomas de activación simpática (taquicardia, sudor, boca seca).
- Sensación subjetiva de pérdida del control.
- Agresividad contra otros o contra sí mismo.

Deben considerarse sin embargo las siguientes señales de alarma, que por lo general preceden a la agitación franca:

- Discurso hostil o suspicaz, volumen progresivamente alto.
- Invasión del espacio personal del entrevistador.
- Cambio súbito de conducta.
- Intranquilidad.
- Labilidad emocional.
- Ceño fruncido, labios apretados, manos en puño, brazos en jarra.
- Hiperventilación.
- Contacto visual fijo, prolongado o impertinente.
- Palidez / rubicundez (15)

Evaluación inicial del paciente agitado

Es recomendable que la evaluación inicial incluya una anamnesis breve (generalmente indirecta), un examen mental y -si la condición mental del paciente lo permite- un examen físico dirigido, que incluya funciones vitales. Debe obtenerse el dato de consumo reciente de alcohol, otra sustancia psicoactiva o ingesta de sobredosis de medicamentos. En pacientes que presentan una recaída de su trastorno psiquiátrico es necesario averiguar acerca del tratamiento previo y, si fuera el caso, motivos de abandono del mismo (situación económica, efectos colaterales, desconocimiento o falta de conciencia de enfermedad). También deben buscarse otros factores que hayan contribuido con la recaída, tales como estresores ambientales, cumplimiento irregular del tratamiento o uso de sustancias psicoactivas.

Abordaje terapéutico de enfermería

Podemos hablar de cuatro tipos de intervención que dependerán del grado y riesgo de violencia del paciente agitado:

- a. Contención verbal
- b. Aislamiento
- c. Contención física o mecánica
- d. Contención farmacológica

a. Contención verbal. -

Es la primera pauta de actuación siempre que sea posible, en la cual será necesario fomentar la verbalización, para evitar el paso a la acción física. Se trata de una medida terapéutica útil en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total. (16)

Objetivos:

- Lograr una alianza terapéutica con el paciente.
- Negociar soluciones terapéuticas.
- Disminuir la hostilidad y la agresividad.
- Informar del carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autocontrol.
- Pautas de actuación no verbal.

Tabla 2
Intervención no verbal en el paciente violento

Nunca darle la espalda	No intentar tocar al Paciente
Mantener la mano a la vista del paciente	Mantenerse a una Distancia Prudente
Evitar movimientos bruscos o súbitos	Utilizar un tono de voz Tranquilo

Fuente: Univ.Méd. Bogotá (Colombia),52(4):421-430, octubre-diciembre,2011

Estrategias de comunicación:

Escuchar atentamente, dejando que exprese la irritación antes de responderle y sin intentar calmarle. o Evitar las preguntas que puedan responderse con monosílabos.

De entrada, no abordar aspectos conflictivos.

Comunicar al paciente el comportamiento esperado: animar a que controle los impulsos violentos.

Buscar una manera de aproximación (ofrecer bebida, comida, etc.).

Hacerle entender que no se rechaza al paciente sino su conducta.

No juzgar.

No buscar la confrontación de ideas, razones sino alianzas sencillas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de realidad. Si el paciente está delirando no entrar en que sus ideas son falsas, sino en que sabemos que sufre y queremos ayudarlo.

Establecimiento de límites: acto no manipulativo ni punitivo en el que se dice al paciente qué comportamiento se considera aceptable y cuál no y sus consecuencias.

Ayudar a comprender la razón del límite, explicándolo de forma clara y concreta, con el fin de evitar una mala interpretación. o Hacer cumplir el límite.

b. Aislamiento

El aislamiento es el confinamiento solitario en un ambiente totalmente protector con estrecha vigilancia por parte del personal de cuidados en razón de la seguridad o para el control de determinadas conductas (CIE, 2010).

Cuidados de enfermería

En el momento del aislamiento:

- Preparar el material que pueda ser necesario (medicación, sujeciones fijadas a la cama).
- El encargado de dirigir el aislamiento será elegido por el equipo y todo el personal que interviene seguirá sus indicaciones.
- Una vez que se ha tomado la decisión de aislar al paciente, debemos hacerlo lo más rápido posible con el fin de no incrementar la ansiedad y tensión del momento.
- Se contará previamente con el personal necesario de la unidad o de refuerzo para evitar enfrentamientos violentos.
- Retirarse los objetos que puedan ser peligrosos para nuestra integridad física o la del paciente (gafas, relojes, pulseras).
- Se explicará al paciente en todo momento lo que va a suceder, así como los motivos que han causado el procedimiento, dándole la posibilidad de que coopere.
- Utilizaremos un lenguaje sencillo, instrucciones cortas y fáciles de comprender tono de voz tranquilo y firme.
- Se procederá al registro del paciente antes de aislarle, para retirarle los objetos potencialmente peligrosos (cuchillas, llaves, pitas, gafas, prótesis...)
- Comprobaremos que se mantiene la seguridad en la sala de observación (manija ventana cerrada, baño cerrado, objetos peligrosos fuera del alcance del paciente, valorar la posibilidad de retirar todo el mobiliario de la habitación) (17).

c. Contención mecánica

Consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, las muñecas y los tobillos, principalmente. Debido a la preocupación por los derechos humanos y las libertades civiles, las sujeciones mecánicas o el aislamiento deben aplicarse con suma discreción, ética y las máximas garantías de seguridad. La principal acción de enfermería es desestimular el uso de la sujeción mecánica y establecer otro tipo de abordaje; por ello es importante la capacidad de la enfermera para anticiparse a las situaciones de riesgo.

Indicaciones

- Conducta violenta de un paciente que resulte peligrosa para él mismo o para los demás.
- Agitación no controlable con medicamentos o cuando hay negación del paciente a descansar.
- Situaciones en las cuales el paciente no puede ser controlado de otra manera, para administrar la medicación, periodos en los que no se pueden administrar los fármacos o no hacen el efecto esperado.
- Estados de confusión.
- Pacientes geriátricos para prevenir caídas.

Principios generales

- Distraer la atención del paciente. Si es posible explicarle, en un tono firme pero comprensivo, que está perdiendo el control pero que se le va a ayudar si él lo desea. • Preparación del personal: despojarse de objetos que representen peligro como gafas, relojes, pulseras, aretes, y ubicarse a una distancia adecuada (mínimo un metro).
- Evitar público: el paciente adopta una posición más manipuladora de la que tendría si estuviera sólo. Además, se aumenta la ansiedad de los demás pacientes y familia.
- Momento de la intervención: la sujeción es oportuna cuando el paciente muestra signos de violencia inmediata tales como actos violentos contra objetos, observa personas o hay agresión verbal.

- Número de personas: el procedimiento se inicia cuando existe un número suficiente de personas, cuatro o cinco, puesto que una demostración de fuerza puede ser suficiente para interrumpir la acción del paciente. Cada miembro del equipo sujeta una de las extremidades y uno de ellos asume el papel de líder del equipo para establecer contacto visual con el paciente y tranquilizarlo durante la sujeción. De esta manera se ayuda al paciente a aliviar su temor al desamparo, impotencia y pérdida de control.
- Actitud del personal: la sujeción tiene intención terapéutica y nunca debe ser usada como castigo. El personal no debe mostrar ira ni afán de castigo y evitar golpear o someter al paciente a posturas humillantes, insultos y blasfemias. La actitud debe ser enérgica pero amable y respetuosa y actuar sólo impidiendo el movimiento.
- Disponer de sedantes parenterales.
- Siempre debe estar autorizada por el médico, por escrito, en la hoja de órdenes médicas.
- Registrar minuciosamente la razón de la contención, duración, modalidad, conductas concomitantes, signos vitales y respuesta del paciente.
- Materiales y elementos: emplear materiales seguros como tela y cuero y usar elementos diseñados para tal fin: cinturón ancho abdominal, arnés o camisa de fuerza para hombros y tórax, tiras tobilleras y muñequeras. También es posible el uso de vendas forradas con algodón para evitar quemaduras por abrasión al forcejear.

Procedimiento

1. Cubrir el rostro del paciente con una toalla e inmediatamente sujetar los miembros superiores e inferiores y trasladar el paciente a su cama.
2. Sujetar cada una de las extremidades extendidas y ligeramente separadas a la cama, al nivel de las muñecas y los tobillos, permitiendo un mínimo movimiento y evitando cianosis o dolor en manos y pies.

3. Sujetar el tronco firmemente a la cama mediante el uso de chaleco inmovilizador; verificar que no permita el deslizamiento del paciente a través del chaleco ni dificulte la respiración.
4. Permitir la perfusión endovenosa por el antebrazo, así como recibir líquidos o alimento.
5. Dejar la cabecera ligeramente levantada para disminuir los sentimientos de indefensa del paciente y reducir el riesgo de aspiración pulmonar. (18).

d. Contención farmacológica. -Cuando la contención verbal no sea eficaz, como alternativa a sujeción mecánica se recurre a la contención farmacológica.

Los fármacos usualmente empleados en el manejo de la agitación psicomotora son los antipsicóticos y los benzodiazepinas. La restricción química debe ser indicada por el médico tratante, y administrada y supervisada continuamente por personal especializado de enfermería. El personal de enfermería debe contar con entrenamiento previo y ha de estar familiarizados con las propiedades de los benzodiazepinas, flumazenil, antipsicóticos, anticolinérgicos, los riesgos incluidos efecto cardiorrespiratorios, especialmente en casos de gran excitación, abusos de drogas, deshidratación y enfermedades físicas del paciente que acuden en las urgencias psiquiátricas.

Aunque suele asumirse que en un paciente agitado el uso de fármacos por vía parenteral es imprescindible, existen estudios que demuestran una similar efectividad con los fármacos por vía oral (VO). Por lo tanto, puede considerarse la VO en quienes, a pesar de la agitación, colaboren y acepten la medicación.

En personas de edad avanzada puede considerarse la administración de haloperidol solución gotas(2mg/ml) a dosis de 10 a 30 gotas, en casos pertinentes (por ejemplo, delirium u otras causas de agitación).

A los pacientes agitados que requieran sedación inmediata debe administrárseles un antipsicótico intramuscular (IM), al cual puede añadirse un benzodicepina; se ha demostrado que dicha combinación logra una más rápida y mejor sedación que cada medicamento por separado, y puede reducir los efectos adversos al requerir menos dosis de cada uno.

- La combinación más utilizada en nuestro en Perú es haloperidol 5 mg intramuscular (IM) más diazepam 10-20 mg endovenoso (EV) aplicado en forma lenta, no se recomienda exceder de 5 mg de haloperidol en una sola inyección; en caso de no haber respuesta, puede aplicarse una nueva dosis de haloperidol 5 mg IM 30-60 minutos después.
- En aquellas personas con susceptibilidad conocida para efectos extrapiramidales puede preferirse la clorpromazina 25-50 mg IM.
- En caso de intoxicación por un depresor del SNC (alcohol o benzodiazepinas) debe evitarse el uso de benzodiazepinas especialmente por vía EV, por el riesgo de depresión respiratoria.

El personal de enfermería como responsable de la administración de medicamentos debe tener en cuenta que no se mezclan dos fármacos del mismo grupo, ni mezclar fármacos en la misma jeringa, ya que cada medicación tiene riesgos que se pueden potenciar al combinarlas.

Solo si la terapia oral es rechazada por el paciente, o no ha sido eficaz, se precisa una sedación inmediata, en esta situación la administración debe ser supervisado por personal entrenado, que brinde vigilancia continua del paciente en busca signos de alarma como depresión respiratoria , distonía aguda, compromiso cardiovascular, se debe contar con medios de soporte vital, monitorizar signos vitales, hidratación y valorar el nivel de conciencia a intervalos frecuentes, hasta la remisión de la sedación, si el paciente no respondiera a estímulos se aplican nivel de cuidados similar a anestesia general.

Se debe registrar toda la medicación administrada, dosis vías y hora, efectos de medicación, efectos adversos y las monitorizaciones efectuadas (18)

Aspectos ético- legales en el internamiento del paciente agitado

Probablemente la gran mayoría de los pacientes con ingreso voluntario que sufren un cuadro de agitación pasan a ser pacientes con un internamiento involuntario con las consecuencias legales que ello conlleva. Así mismo proceder a un internamiento forzoso supone el haber agotado todas las medidas terapéuticas habituales.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 55ª asamblea (18 de marzo de 2002, Irlanda) sobre “calidad de la atención y seguridad del paciente” insta a los estados miembros a:

- Que presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente.
- Que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología” Desde la perspectiva ética nos hace referencia a los términos de:
 - **Autonomía:** La persona tiene derecho a tomar decisiones sobre su vida y salud. por ello deberá estar informada y siempre que sea posible solicitar su consentimiento (en caso de carecer de autonomía, la decisión, información, y consentimiento recaen en el entorno familiar o tutelar más próximo).
 - **Justicia:** No actuar jamás como causa de discriminación. Máxima consideración y respeto.
 - **Beneficencia:** Asegurarse de que los beneficios de la intervención sean superiores a los perjuicios.
 - **Intimidad:** Respetar este derecho, debe realizarse en un lugar protegido de la mirada de los demás.

- **Vulnerabilidad:** Requiere una atención integral, debido a la gran vulnerabilidad y elevado nivel de dependencia y dentro de la Constitución Peruana nos habla claramente:

Artículo 2°-24.- “Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad personal”. En consecuencia:

- a.- Nadie está obligado a hacer lo que la ley no manda, ni impedido de hacer lo que ella no prohíbe.
- b. No se permite forma alguna de restricción de la libertad personal, salvo en los casos previstos por la ley.

Artículo 7°. - Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad (19).

El Reglamento de la **Ley N°29889**, Ley General de Salud, refrendada octubre del 2015, garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental, tiene por objeto garantizar que las personas con problemas de salud mental tengan acceso universal y equitativo a las intervenciones de promoción y protección de la salud, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación psicosocial, con visión integral y enfoque comunitario, de derechos humanos, género e interculturalidad, en los diferentes niveles de atención.

Así mismo señala esta Ley en el Artículo 16 que, en caso de emergencia psiquiátrica, en que su condición clínica del paciente no se encuentre en capacidad de discernir, su familiar directo firma los documentos de autorización correspondiente. En caso contrario, se procede a comunicar a la Fiscalía de turno la necesidad del internamiento u hospitalización o del procedimiento, para que la autoridad expida los documentos de autorización pertinentes.

- Utilizar redes de apoyo externas como familiares y amigos que tengan incidencia positiva en el paciente y que ayuden a calmarlo.
- En caso de abandono o escaso soporte social, será necesaria la intervención del servicio social, tanto a nivel individual y familiar, como a través de la movilización de la red social comunal.

3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

3.1. Valoración

3.1.1. Datos de filiación:

NOMBRES Y APELLIDOS: N.N.

SSP : 7710131-005

EDAD : 42 años

SEXO : Masculino

PROCEDENCIA : Huaral

DOMICILIO : Jr. Los Insurgentes 354 Int. 2 Las Gaviotas

ESTADO CIVIL : Soltero

GRADO DE INSTRUCCIÓN: 2 do de secundaria

OCUPACION : Ocasionalmente limpia y cuida carros

FECHA DE INGRESO : 9 de junio 2019

FORMA DE INGRESO : Caminando con familiar y acompañante.

3.1.2. Motivo de Consulta

Paciente varón adulto maduro ingresa al servicio de Emergencia de Salud Mental del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martin en compañía de familiares en estado de alerta, ansioso, desaliñado, en mal estado de higiene, con olor a sucio, irritable, amenaza a familia y personal de salud, con inquietud motora, vociferante gritando que lo traen con engaños y que él no está loco, que lo dejemos en paz, no necesita medicinas, que familia y personal de salud están confabulando para encerrarlo de por vida y quedarse con su dinero, su casa, refiere saber lo que tramamos ya que él lee los pensamientos por tener un chip en su cabeza, ustedes y la policía han puesto cámaras para seguirme, pateo reiteradas veces puerta de

ingreso al servicio, solicitando lo dejen ir ,madre refiere : Lo hemos traído con engaños, no toma las medicinas, las desgrana y vota al water , dice estar sano , se irrita cuando se le insiste, esta agresivo grita,insulta,tira piedra y palo a los vecinos, a veces a nada, tiene denuncias por agresión, hace 3 días pelea con vecino por escupirle, rompe vidrios en casa ,agredió físicamente a madre, la empuja cuando no le dan dinero para comer en la calle, ya que se niega comer en casa, por pensar que lo vamos a envenenar con las medicinas, que le caen mal , lo aturden y le quema la barriga, ha bajado de peso, pelea solo, no lo podemos controlar, habla incoherencias, para escapándose de casa,vagabundea,no colabora en nada, duerme a deshoras y se levanta varias veces en las noches, durante la espera en módulo de admisión para obtención de hoja de atención por parte de familiar, intenta lanzar patada a personal de salud, quien obtenía datos relevantes del paciente.

3.1.3. Enfermedad Actual

- DIAGNOSTICO MEDICO: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
CIE X : F 20.0
- AGITACIÓN PSICOMOTRIZ: CIE X R 45

3.1.4. Antecedentes

3.1.4.1. ANTECEDENTES PERINATALES

Madre sin controles perinatales, nacido a los 8 meses de gestación en Hospital Nacional, parto eutócico sin aparentes complicaciones médicas, recibe todas las vacunas de infancia, desarrollo y crecimiento acorde su edad.

3.1.4.2. ANTECEDENTES FAMILIARES

Familia disfuncional, padres separados, viven con madre, padre ocasionalmente cumple con manutención de sus 3 hijos. Paciente es el 2do

hijo quien actualmente vive en casa con madre adulta mayor, hermana y sobrinos.

Presencia de familiar, tío materno con diagnóstico de esquizofrenia.

3.1.4.3. ANTECEDENTES PERSONALES

Paciente presenta enfermedades en la infancia como gripes, diarreas, brote de varicela, presenta accidente en bicicleta, luxándose el codo en la pubertad , es en la adolescencia a la edad de 15 años donde inicia con manifestaciones psicóticas ,aislamiento, insomnio ,deserción escolar, llevando desde entonces tratamiento irregular, con muchas hospitalizaciones inicialmente en MINSA luego en ESSALUD ,su negación siempre a tomar medicinas y acudir a sus controles con psiquiatría por ello , le administran mensualmente medicamento de depósito flufenazina 25 mg 1 IM, pero él se niega acudir a consulta, recaendo en descompensación psicótica. siempre tiene que traerlo con apoyo de otros familiares o personal contratado, tiene como antecedente clínico TBC pulmonar el 2004 recibió tratamiento completo Esquema I por 6 meses, posterior al alta no tiene controles. No alergias conocidas, ni hábitos tóxicos.

3.1.4.4. ANTECEDENTES SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES

Familia disfuncional de bajo nivel económico ,migraron de Huancavelica, dedicados a la agricultura, bajo nivel cultural con estudios básicos en colegio, paciente tiene seguro por el padre, madre de 66 años comerciante en mercado lo que gana es para su hijo y ella , a veces apoya a hija menor en mantención de sus menores hijos ya que es madre soltera con 2 hijos menores de edad y no le alcanza el dinero, viven en casa de un piso con varios cuartos donde han condicionado en el patio trasero un ambiente prefabricado de triplay para dormitorio del paciente ya que evitan que este en poco contacto con sobrinos por tornarse agresivo también con ellos, le tiene miedo, es impredecible, no acata indicaciones, se irrita habla lisuras.

3.1.5. Examen Físico

PIEL Y TEGUMENTOS:

Piel tibia, en mal estado de higiene, con olor a sucio, adelgazado, mucosas secas con presencia de cicatriz antigua en frente y brazo izquierdo, presencia de escoriaciones y equimosis en extremidades, uñas de manos y pies largas, los últimos engrosadas, con signos de micosis, cabello y barba larga.

CABEZA Y CUELLO :

En mal estado de higiene, no pediculosis, desaliñado y largos.

TORAX Y ABDOMEN

Pasa bien aire en ambos campos Pulmonares, tos esporádica no productiva, secreción blanquecina, ruidos cardiacos audibles, rítmicos, no soplos, no arritmias,

Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, no masas, ruidos hidroaéreos aumentados, no vómitos, de diarreas y estreñimiento ocasionalmente, según refieren familiares.

EXTREMIDADES

Presencia de cicatrices antiguas en ambas extremidades, piel en brazos y rodillas con algunas escoriaciones y equimosis producto de forcejeo días previos en su casa, luego de agredir a vecino.

3.1.6. Examen Mental

En enfermería de salud mental se debe valorar primero la posibilidad de violencia por parte del paciente porque es un problema de seguridad, el examen mental empieza con la observación que se realiza desde el momento en que el paciente ingresa al servicio hasta establecer contacto verbal con él, prestamos atención al lenguaje verbal y no verbal esta última brinda valiosa información.

Nombre del paciente: N.N.

Motivo de ingreso: No sé, me trajeron con engaños, mi mamá exagera, están confabulando contra mí, se quieren quedar con mi dinero, mi casa, todos ustedes y la policía, déjenme en paz.

Aspecto (acicalamiento/higiene): Desaliñado, en mal estado de higiene, con mal olor.

Actividad motora: Inquietud motora, irritable, descontrol de impulsos y amenazante

Velocidad del habla: Rápida y difícil de interrumpir, altisonante, grita, con relación al contenido del habla suspicaz y desconfiado.

Interpersonal: No colabora, negativista y evasivo

Estado del ánimo: Ansioso e irritable.

Afecto: Ansioso, camina de un lugar a otro.

Proceso del pensamiento: Con fuga de ideas, este acelerado, no llega a terminar una frase, Ideas delusivas de daño y referencia, persecución, disgregado, animo paranoide, paciente refiere “están confabulando para quedarse con mi dinero y casa, se lo que traman, leo sus pensamientos, ustedes y la policía han puesto cámaras para seguirme, mire, mire”.

Alucinaciones: Alucinaciones auditivas, soliloquios, paciente niega presencia de alucinaciones, aparentemente oculta síntomas. Madre manifiesta que grita e insulta a la nada.

Sueño: A causa de la ideación delirante y las alucinaciones auditivas duerme poco durante la noche, se levanta cada momento según familiar, paciente refiere dormir bien.

Cognición: memoria a corto plazo: Conservada, sabe que desayuno y donde estuvo ayer.

Memoria a largo plazo: Conservada. Sabe fecha, lugar de nacimiento, colegio donde estudio.

Juicio: No quiere responder.

3.1.7. Valoración según modelo de clasificación de dominios

Dominio 1 Promoción de la salud

Paciente no acude a citas con psiquiatría, ingresa por descompensación debido al abandono de tratamiento, bota las medicinas, usa medicación de depósito el cual también se niega administrarse y acudir a citas en el hospital, cuenta con varios internamientos, existe historia de enfermedad mental en la familia tío materno, nula conciencia de enfermedad. Antecedentes de TBC pulmonar 2004. Sin alergias conocidas, ni hábitos tóxicos.

Dominio 2 Nutrición

Se niega comer en casa por temor que lo envenenen, come en la calle comida chatarra, se halla adelgazado, piel sucia en MEH, ha bajado de peso los últimos meses, come en calle comida chatarra, golosinas, mucosas orales seca, pérdida de piezas dentarias.

Dominio 3 Eliminación

Diarreas y estreñimiento ocasionalmente, piel sudorosa y tos esporádica no productiva.

Dominio 4 Actividad / reposo

No colabora en casa, vagabundea, insomnio pertinaz por abandono de tratamiento, inquietud motora, descontrol e impulsividad, agitación psicomotriz al ingreso a emergencia de salud mental, precisando contención mecánica y farmacológica.

Dominio 5 Percepción / cognición

Paciente alerta, consciente, ansioso, orientado en tiempo, espacio y persona, establece contacto visual, ideas delusivas de daño y referencia, persecución, manifestando que estamos confabulando contra él, que lo quieren envenenar y quitar su dinero y pertenencias, niega alucinaciones auditivas, aunque de vez en cuando habla solo y discute con alguien inexistente, soliloquios, escasa atención, descontrol de impulsos, coprolalico, pensamiento disgregado, desorganizado, amenazante, conducta errática.

Dominio 6 Autopercepción

Negativista rechaza internamiento, pateo reiteradas veces puerta de ingreso, no hay conciencia absoluta de enfermedad. no colabora se niega ser hospitalizado.

Dominio 7 Rol / relaciones

Disfuncional con poco soporte familiar, paciente soltero sin hijos, el cuidador directo es madre adulta mayor, alteraciones conductuales en el núcleo familiar, con actitudes de agresividad, lo mismo pasa con los vecinos por contenido de sus delusiones y alucinaciones, no colabora en su casa, con riesgo de abandono social durante internamiento, familiares viven en provincia.

Dominio 8 Sexualidad

Ocasionalmente visita prostíbulos, conducta de riesgo.

Dominio 9 Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

Violentado física y psicológicamente por padre en niñez, actualmente se fuga de casa, se halla hostil, agresivo e irritable con familiares y vecinos, no acepta internamiento vociferante y amenazante golpea mobiliarios del servicio.

Actitud desconfiada al ingreso, negándose a colaborar, mostrándose inquieto hasta llegar al punto de presentar agitación psicomotriz debido a percepciones erróneas.

Dominio 10 Principio vitales

Es bautizado católico, no participa en prácticas religiosas.

Dominio 11 Seguridad / Protección

Se evidencia escoriaciones y equimosis en extremidades, no tatuajes.

Se halla con inquietud motora, amenazante, con ideas delirantes de persecución, delusiones de daño y referencia, historial de agresión física y verbal, con denuncia policial por misma situación, intenta patear a personal de salud, lanza patadas a puerta y puñetes a inmobiliarios, paciente en agitación psicomotriz.

Dominio 12 Confort

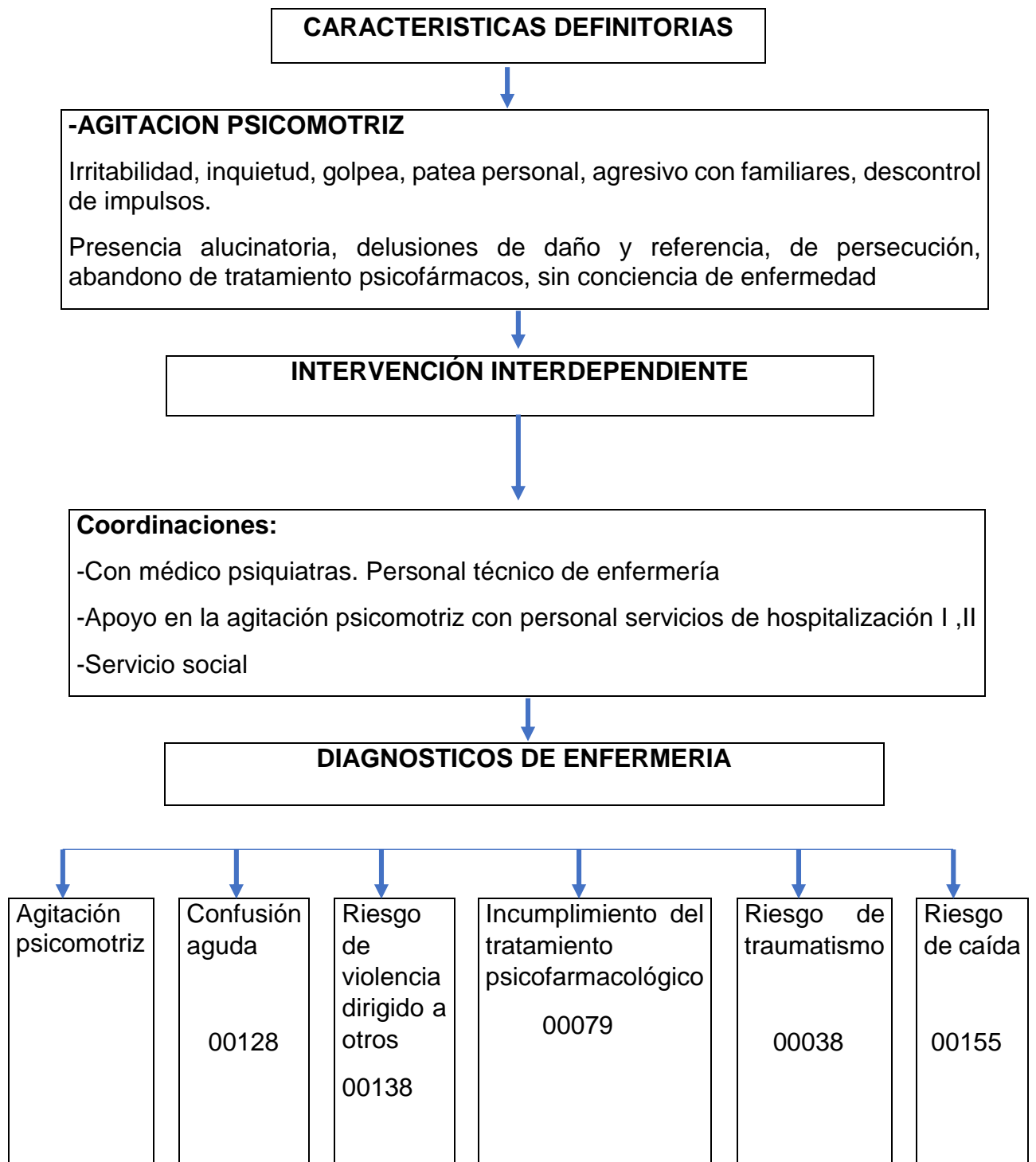
Le gusta ir frecuentemente a los tragamonedas, come alimentos en calle por pensamientos de ser envenenado en casa.

Dominio 13 Crecimiento / Desarrollo

Repitió 2 veces el 2do de secundaria, luego hizo deserción escolar, a los 16 años inicia cuadro psicótico, no deseo seguir estudiando.

3.1.8. Esquema de Valoración

Flujograma 1



3.2 Diagnósticos de Enfermería

3.2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS

- Agitación psicomotriz
- Patrón de violencia indirecta y dirigida a otros
- Percepciones erróneas, alucinaciones, delusiones
- Incumplimiento de tratamiento
- Uso de medidas de contención mecánicas y farmacológicas
- Desconocimiento de la enfermedad, escaso soporte familiar

3.2.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA SEGÚN DATOS SIGNIFICATIVOS

1. Agitación psicomotriz r/c alteración de los procesos mentales y patrón de violencia indirecta y dirigida a otros.
2. Confusión aguda r/c con reagudización de proceso crónico, hospitalización, manifestado con creciente agitación, percepciones erróneas y verbalizaciones incoherentes.
3. Riesgo de violencia dirigida a otros r/c trastorno psicótico e impulsividad.
4. Incumplimiento del tratamiento psicofarmacológico r/c alteración del pensamiento, percepción e insuficiente soporte familiar.
5. Riesgo de traumatismo r/c forcejeo con sujeciones físicas.
6. Riesgo de caída r/c uso de sujeciones y agentes farmacológicos, antipsicóticos y ansiolíticos.

3.2.3 ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Diagnóstico médico: Esquizofrenia Paranoide CIE X (F 20.0)

Agitación psicomotriz CIE X (R 45)

3.3 PLANIFICACIÓN

PROBLEMAS	FACTORES RELACIONADOS	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
➤ Agitación Psicomotriz	Violencia indirecta y dirigida a otros	Irritabilidad, inquietud, pateo a personal, puerta, mesa del servicio, agresivo con familiares, descontrol de impulsos.	Agitación psicomotriz r/c alteración de los procesos mentales y patrón de violencia indirecta y dirigida a otros M/P irritabilidad, inquietud, agresión y descontrol de impulsos.
➤ Confusión Aguda	Percepciones erróneas: delusiones de daño y referencia, delusiones de persecución. Alucinaciones	Manifiesta que están confabulando contra él y de tener un chip en su cabeza con el que puede leer los pensamientos. Presencia de soliloquios	Confusión aguda r/c con reagudización de proceso crónico, hospitalización M/P con creciente agitación, percepciones erróneas y verbalizaciones incoherentes.
➤ Riesgo de violencia	Trastorno psicótico crónico, varón, joven, antecedentes de agresividad, hospitalización involuntaria	Discurso hostil y suspicaz Negativismo a colaborar, rechaza internamiento Nula conciencia de enfermedad Descontrol de impulsos	Riesgo de violencia dirigida a otros r/c trastorno psicótico e impulsividad M/P discurso hostil, negativismo, nula conciencia de enfermedad.

3.3.1 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN:

Para el presente trabajo académico una vez que los diagnósticos han sido identificados se han jerarquizados con la finalidad de identificar la prioridad de los cuidados y estos sean dirigidos a resolver los problemas hallados mediante las intervenciones de enfermería y alcanzar los resultados deseados en el paciente. Se utilizó la taxonomía NANDA (clasificación y dominios), NIC (clasificación de intervenciones de enfermería), NOC (clasificación de resultados de enfermería).

He priorizado estos dos diagnósticos de enfermería por ser los de mayor relevancia, implica el manejo del pensamiento y de las percepciones erróneas, de brindar seguridad y protección tanto al paciente, personal de salud y familiares ante la presencia de agitación psicomotriz de un paciente con esquizofrenia paranoide caracterizado por reagudización de cuadro psicótico.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Agitación psicomotriz r/c alteración de los procesos mentales y patrón de violencia indirecta y dirigida a otros.

Riesgo de violencia dirigida a otros

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 3 :Violencia

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Confusión aguda r/c con reagudización de proceso crónico, hospitalización, manifestado con creciente agitación, percepciones erróneas y verbalizaciones incoherentes.

Confusión aguda

DOMINIO 5: Percepción cognición

CLASE 4 :Cognición

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Riesgo de violencia dirigida a otros

DOMINIO 11: Seguridad/protección

CLASE 3 :Violencia

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	NOC	NIC
<p>Agitación psicomotriz r/c alteraciones de los procesos mentales y patrón de violencia indirecta y dirigida a otros</p>	<p>RESULTADO(NOC)</p> <p>1214 Nivel de agitación</p> <p>Indicadores:</p> <p>(121401) Dificultad para procesar la información</p> <p>(121402) Inquietud</p> <p>(121404) Irritabilidad</p> <p>(121409) Se resiste a la ayuda)</p> <p>(121416) Golpea</p> <p>RESULTADO (NOC)</p> <p>(1401) Autocontrol de la agresión</p> <p>Indicadores:</p> <p>(140104) Se abstiene de golpear a los demás</p> <p>(140106) Se abstiene de destruir la propiedad</p> <p>(140109) Controla los impulsos</p>	<p>INTERVENCIÓN(NIC)</p> <p>5020 contención verbal: Mediación de conflictos</p> <p>4380 establecer limites</p> <p>ACTIVIDADES DE ENFERMERIA</p> <p>-Fomentar una relación de confianza a la que se establecen límites claros, advertir que la violencia no es aceptable.</p> <p>-Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente.</p> <p>-Emplear diversas técnicas de comunicación.</p> <p>-Facilitar la búsqueda de resultados aceptables.</p> <p>-Identificar, limitar la conducta indeseable del paciente.</p> <p>-Comunicar las expectativas y consecuencias conductuales establecidas para el paciente en un lenguaje que sea fácilmente comprensible y no punitivo.</p> <p>-Observar si se producen o no las conductas deseadas del paciente.</p> <p>-Disminuir el establecimiento de límites, a medida que el paciente se aproxima a las conductas deseadas.</p> <p>-Si los recursos comunicativos fallan o fracasan en la resolución del cuadro ,se procederá a la negociación de uso de</p>

	<p>RESULTADO (NOC) (1405) Autocontrol de los impulsos</p> <p>Indicadores:</p> <p>(140501) Identifica conductas impulsivas perjudiciales</p> <p>(140504) Identifica consecuencias de las acciones impulsivas propias a los demás</p> <p>RESULTADO (NOC) (0916) Nivel de delirio</p> <p>Indicadores:</p> <p>(091616) Agitación</p> <p>(091612) Verbalizaciones sin sentido</p> <p>(091620) Alucinaciones</p>	<p>contención física o farmacológica con el fin que lo acepte voluntariamente.</p> <p>-Hacer una exhibición de fuerza (que el paciente vea personal sanitario e incluso fuerzas policiales dispuestas a poner en práctica la sujeción).</p> <p>- La contención verbal no se anula, continua durante todo el proceso.</p> <p>6487 Manejo ambiental: Prevención de violencia</p> <p>-Control del ambiente libre de peligros. Adecuar la habitación sin objetos que pudieran ocasionar lesiones al paciente o personal. Control sistemático.</p> <p>-Retirar estímulos que creen una estimulación sensorial excesiva.</p> <p>-Registrar al paciente y pertenencias durante el procedimiento de ingreso por si tuviera armas.</p> <p>-Asignar habitaciones individuales a los pacientes que puedan ser potencialmente violento para los demás.</p> <p>-Colocar al paciente en una habitación situada cerca del control de enfermería.</p> <p>-Las ventanas estarán selladas.</p> <p>-Controlar e instruir a las visitas sobre los artículos que traigan.</p> <p>-Cerrar habitaciones de útiles y almacén.</p> <p>-Utilizar platos y utensilios de plástico.</p> <p>-Comunicar el riesgo potencial a los demás cuidadores.</p> <p>6580 Contención mecánica</p> <p>-Obtener una orden médica para aplicar una intervención de sujeción física.</p>
--	--	--

		<p>--Asignar el personal suficiente para ayudar en la aplicación segura de los dispositivos de sujeción mecánica.</p> <p>-Designar a un miembro del personal de enfermería para que dirija al personal y se comunique con el paciente durante la aplicación de la sujeción física.</p> <p>-Explicar al paciente y familiares las conductas que necesitan intervención.</p> <p>-Vigilancia y control cada 30 minutos a la respuesta del paciente al procedimiento.</p> <p>-Administrar medicamentos si precisa para la agitación.</p> <p>-Colocar al paciente en una posición que facilite la comodidad y evite la aspiración y erosión de la piel.</p> <p>-Eleva barandillas y bajar la cama a una altura lo más baja posible.</p> <p>-Vigilancia de posibles complicaciones derivadas de la inmovilización y contención.</p> <p>-Evitar lesiones al forzar la inmovilización (fracturas, luxaciones).</p> <p>-Ayudar a los cambios periódicos de posición corporal y en sus necesidades fisiológicas.</p> <p>-Aflojamiento de las sujeciones y valoración de la respuesta del paciente.</p> <p>-Registrar el fundamento de la aplicación de la sujeción mecánica, la respuesta del paciente, el estado físico, los cuidados proporcionados por la enfermera y las razones de su cese.</p> <p>6430 Contención farmacológica</p> <p>- Obtener orden médica para aplicar la intervención.</p>
--	--	--

<p>RESULTADO:</p> <p>Se logro controlar la agitación psicomotriz, paciente con sedación superficial con apertura ocular y respuesta a estímulos externos RAMSAY 2-3,, constantes vitales dentro de parámetros normales .</p>		<ul style="list-style-type: none"> -Explicar al paciente y familiares las conductas que precisan intervención farmacológica como es el caso de la agitación. .-Seguir los cinco principios de administración de medicamentos. -Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergias del paciente. -Monitorizar la respuesta del paciente a la medicación, psicofármacos y benzodiazepinas empleados. -Observar al paciente por si se producen efectos secundarios y los efectos terapéuticos deseados derivados del medicamento. -Monitorizar el nivel de conciencia, aplicando escala RAMSAY nivel de sedación. -La administración de medicamentos dependerá de la intensidad de la agitación, logrando una sedación superficial. .-Monitorizar signos vitales. -Proporcionar el nivel de supervisión y vigilancia adecuado para controlar al paciente. -Monitorizar el color, la temperatura, la sensibilidad y el estado de la piel. -Facilitar la comodidad y posición del paciente para prevenir aspiración y lesiones cutáneas, cambios periódicos de la posición del cuerpo. -Ayudar a las necesidades relacionadas con excreción, hidratación, nutrición, esta última dependerá de la capacidad de respuesta del paciente, valorar nivel de conciencia.
---	--	---

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Confusión aguda

DOMINIO 5: Percepción/Cognición

CLASE 5: Cognición

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	NOC	NIC
<p>Confusión aguda r/c con reagudización de proceso crónico, hospitalización, manifestado con creciente agitación, percepciones erróneas y verbalizaciones incoherentes.</p>	<p>RESULTADO(NOC) 0916 nivel de delirio Indicadores: (091616) Agitación (091620) Alucinaciones (091621) Delirios</p> <p>RESULTADO(NOC) 0900 Cognición Indicadores: (090003) Atiende (090005) Está orientado (090009) Procesa la información</p>	<p>INTERVENCION(NIC) 6510 Manejo de las alucinaciones 6440 Manejo del delirio 6450 Manejo de ideas delirantes 2380 Manejo de la medicación 6486 Manejo ambiental</p> <p>ACTIVIDADES DE ENFERMERIA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente. -Fomentar una comunicación clara y abierta. -Vigilar y regular el nivel de actividad y estimulación sensorial excesiva (ejm: televisión, o anuncios) -Ayudar al paciente a evitar o eliminar los factores estresantes que precipiten las ideas delusivas. -Vigilancia y supervisión para controlar al paciente. -Mantener un ambiente de seguridad. -Proporcionar al paciente la oportunidad de comentar las alucinaciones y delusiones al cuidador. -Prestar atención a las alucinaciones, delusiones e ideas delirantes para ver si su contenido es violento o dañino para el paciente. -No validar las percepciones incorrectas o las interpretaciones imprecisas de la realidad de los pacientes (alucinaciones, delusiones o ideas delirantes). -Declarar la propia percepción de forma calmada, que dé seguridad y sin discusiones.

<p>Paciente comenta la presencia de alucinaciones e ideas delirantes, procesa la información</p>		<p>Redirigir al paciente sobre los sentimientos subyacentes, en lugar del contenido de las alucinaciones y delusiones (“Parece que usted tuviera miedo, enfado”).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar seguridad y comodidad al paciente y a los demás cuando el paciente no sea capaz de controlar su conducta (establecer límites, restricción de área, restricción física y aislamiento). -Utilizar contención mecánica, si es necesario. -Determinar cuáles son los antipsicóticos y ansiolíticos necesarios y administrarlos de acuerdo con las indicaciones médicas. -Enseñar a la familia y allegados formas de tratar con el paciente que experimenta las alucinaciones e ideas delusivas, delirantes, informarles sobre la enfermedad (esquizofrenia). -Cuando corresponda, implicar al paciente en actividades basadas en la realidad que puedan distraerle de las alucinaciones y delusiones (escuchar música u otras actividades lúdicas) que requieran atención o habilidad.
--	--	--

3.4. EJECUCION Y EVALUACIÓN

3.4.1. Registro De Enfermería: Soapie

S: Familiar(madre) “Lo hemos traído con engaños, no toma las medicinas, las desgrana y vota al water , dice estar sano , se irrita cuando se le insiste, esta agresivo, grita, insulta, tira piedra y palo a los vecinos, a veces a la nada, tiene denuncias por agresión, hace 3 días pelea con vecino por escupirle, rompe vidrios en casa ,agredió físicamente a madre, la empuja cuando no le dan dinero para comer en la calle, ya que se niega comer en casa, por pensar que lo vamos a envenenar con las medicinas, que le caen mal , lo aturden y le quema la barriga, ha bajado de peso, casi no duerme, pelea solo, no lo podemos controlar, habla incoherencias, para escapándose de casa”.

Paciente: “Me traen con engaños, mi mamá exagera, no estoy loco, no debo estar aquí, estoy bien, déjenme en paz, no necesito medicinas, todos ustedes están confabulando para encerrarme de por vida y quedarse con mi dinero, mi casa, , se lo que traman, yo lo sé tengo un chip aquí ,con la policía han puesto cámaras para seguirme, déjenme salir”.

O: Paciente adulto maduro, alerta, ansioso, suspicaz, desconfiado, irritable, vociferante, grita, con inquietud motora, de aspecto descuidado, en mal estado de higiene con olor a sucio, presencia de ideas delusivas de daño ,referencia y persecución ,soliloquios, golpea mesa y pateo reiteradas veces puerta del servicio ,intenta lanzar pata a personal de enfermería, nula conciencia de enfermedad, animo paranoide,amenza a familia y personal de salud, no colabora , negativista a internamiento, en descompensación psicótica, paciente en agitación psicomotriz.

A: 1. Agitación psicomotriz r/c alteración de los procesos mentales y patrón de violencia indirecta y dirigida a otros.

2.- Confusión aguda r/c con reagudización de proceso crónico, hospitalización, manifestado con creciente agitación, percepciones erróneas y verbalizaciones incoherentes.

P: 1. Controlar Agitación psicomotriz

2. Manejo de ideas delusivas y pseudopercepciones

3.-Prevenir violencia dirigida a otros.

4.-Mejorar conducta de adherencia al tratamiento

5.-Prevenir caídas

I: INTERVENCIONES:

- Contención verbal mediante mediación de conflictos,
- Establecer límites.
- Escucha activa
- Manejo ambiental, aislamiento
- -Identificación de riesgos
- Potenciación de la seguridad
- Realizar contención mecánica según guía
- Contención farmacológica, manejo de la medicación seguir pasos de guía de sedación
- Manejo de ideas alucinaciones
- Manejo de delirios
- Manejo de ideas delirantes
- Disminución de la ansiedad
- Mejorar el afrontamiento
- Autocontrol de impulsos
- Prevenir violencia
- Vigilancia
- Prevenir caídas

E: Se controló la agitación psicomotriz previniendo daños al paciente, entorno, familiares y personal de salud, paciente con sedación superficial, respondiendo a estímulos externos, funciones vitales dentro de parámetros normales, buena oxigenación.

- Paciente no presenta complicaciones por el uso de medidas de restricción ante uso de contención mecánica.

El paciente verbaliza y reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes

- Paciente interactúa con los demás de forma apropiada.
- Se previno violencia dirigida a los demás, control de impulsos.
- Toma la medicación según prescripción
- Se previno caídas.

4. CONCLUSIONES

- a) Las habilidades y destrezas en el cuidado del paciente esquizofrénico con agitación psicomotriz se adquiere mediante el uso apropiado de técnicas y bases teóricas en el proceso del cuidado , mientras más completa sea la valoración, la observación de la conducta del paciente ,mejores resultados se obtendrán en el manejo de la violencia, los conocimientos teórico , científicos y el uso del instrumentos ,guías y protocolos de intervención, son el marco de actuación del equipo de enfermería de la especialidad ,con el presente trabajo académico se busca unificar criterios, llegar a un consenso a través del planteamiento del cuidados de enfermería estandarizado (PAE) adaptar la guías ya existentes, para brindar cuidados de calidad ,minimizando riesgos y complicaciones por contención mecánica o farmacológica ,como también mejorar la intervención en el abordaje al paciente agitado.

- b) Los cuadros de agitación psicomotriz que se han presentado en el servicio de emergencia de salud mental del H.N.E.R.M en los pacientes con esquizofrenia paranoide se presenta mayormente por reagudización de cuadro psicótico debido al abandono o mal manejo de la terapéutica por parte del usuario y bajo control u supervisión del mismo por falta de un buen soporte familiar como también el desconocimiento de los mismos sobre la evolución de la enfermedad.

- c) El paciente con agitación psicomotriz se ve afectado en todas sus esferas holísticamente hablando ,lo que significa que requiere de cuidados de enfermería que cubra todas sus necesidades biopsicosocial ,es aquí donde se aplican los cuidados del modelo teórico de Virginia Henderson , la teoría de la enfermería psicodinámica de Hildergard E.Peplau ayuda a entender la conducta de las personas ante sus dificultades y la aplicación de sus principios sobre las

relaciones humanas ,ambas teorías son de gran utilidad en el paciente de salud mental,permitien recolectar información de datos relativos al usuario y su entorno clasificándolos y examinando cada problema para posteriormente planificar las intervenciones de enfermería para la solución de los problemas diagnosticados.

- d) El abordaje de enfermería ante la agresividad manifiesta o inminente como la agitación psicomotriz, se basa en una intervención secuencial. En primer momento se utilizarán los recursos comunicativos/verbales para la resolución del cuadro, si estos fracasan, se comunica al paciente las medidas a tomar como el uso de la contención física o farmacológica, con el fin de que lo acepte voluntariamente. Si el acuerdo no progresa y está indicado, se procederá a la contención física o farmacológica en contra de la voluntad del paciente, como lo señalo secuencialmente en el presente trabajo. Los resultados esperados para el alta hospitalaria será cuando se haya superado la suma de muchos factores que desencadenaron el cuadro, como la disminución de la patología desencadenante, a la adhesión al tratamiento farmacológico, disminución de la agresividad y la mejora del soporte familiar.

5. RECOMENDACIONES

- a) La institución de EsSalud, ente prestador de servicios comprometida con la salud de sus asegurados, debe dirigir su atención al paciente de salud mental, brindando instalaciones adecuadas, seguras, cómodas, disponiendo de recursos materiales necesarios para aplicar las medidas de contención, así mismo como la dotación de personal calificado, especializado y brindar facilidades, convenios para el personal de salud participe en capacitaciones continuas como talleres, simposium, cursos, presentación de casos clínicos en la prevención de la conducta violenta o situaciones de riesgo como en este caso el cuidado del paciente en estado de crisis o agitación psicomotriz.

- b) Se deben coordinar con la jefatura de enfermería, el comité de mejoramiento y científico del servicio de emergencia de salud mental para la actualización y adaptación constantemente de las guías, instrumentos, registros, protocolos existentes y la elaboración de planes de intervención aplicando la taxonomía NANDA, NIC, NOC en los diferentes problemas de salud mental y psiquiatría, se retroalimentaran los cuidados de enfermería mediante la elaboración de una guía de abordaje al paciente con agitación psicomotriz.

- c) Mejorar el soporte familiar realizando programas educativos dirigidos a las familias y cuidadores sobre el proceso de la enfermedad mental, sus cuidados, signos de alarma, medidas a tomar cuando el paciente incumple con el tratamiento y cómo actuar ante manifestaciones violentas.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estévez Ramos Rafael, Estandarización del procedimiento de sujeción con potencial aplicación en la agitación psicomotriz, Revista Cubana de enfermería ,volumén 33,Número 2 (2017)
<https://www.google.com/search?q=ESTEVEZ+RAMOS+RAFAEL+bm+i&oq=estevez+ramos+&aqs=chrome.0.69i59j69i57j0l4.5935j0j1&sourceid=chrome&ie=UTF-8#>
2. Mantovani C, Nobre Migon M. Revista Brasileira de Psiquiatria.Vol 32. Manejo del paciente agitado u agresivo[Online].; 2010. Available from: www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a06.pdf.
3. Stucchi-Portocarrero S, Fernández Ygredda R. Guia de practica clinica para el tratamiento de la agitación psicomotriz y la conducta agresiva,Lima Peru Departamento de Emergencia Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. [Online].; 2014. Available from: www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/download/1192.
4. Consolidado Anual de Procedimientos de Enfermería. ; 2017.
5. Téllez Lapeira Juan Manuel Guía clinica El paciente agitado Colombia 2005
<https://previa.uclm.es/profesorado/jtorre/DOCUMENTOS/PSIQUIATR/temas/tema1/Agitado.pdf>
6. Serrano Aguilera Carlos ,Mediddas coercitivas en salud mental ,Revist Española de Enfermería de Salud Mental España 2016
<https://www.google.com/search?ei=2dQbXafxGYK6sQXcjL3wAQ&q=SERRANO+AGUILERA+CARLOS+PACIENTE+AGITADO+SU+MANEJO+EN+URGENCIAS&oq=SERRANO+AGUILERA+CARLOS+PACIENTE+AGITADO+SU+MANEJO+EN+URGENCIA>

7. Puerta Cataño Ana, Tiempo requerido de enfermería para un cuidado con calidad, Revista Javeriana, Medellín Colombia 2017.
https://www.google.com/search?ei=R9UbXanzl--H_Qax2qy4Dg&q=puerta+cata%C3%B1o+ana+tiempo+para+brindar+cuidado+de+calidad+en+enfermeria&oq=puerta+cata%C3%B1o+ana+tiempo+para+brindar+cuidado+de+calidad+en+enfermeria&g
8. Antolin Nerea Miguel, Rol de enfermería ante el paciente agitado. Repositorio documental de la universidad de Valladolid/España 2016
https://www.google.com/search?ei=oNcbXcyVGO6a_QbCIZKQCA&q=ANTOLIN+nEREA+mIGUEL+ROL+DE+ENFERMERIA+EN+EL+PACIENTE+AGITADO&oq=ANTOLIN+nEREA+mIGUEL+ROL+DE+ENFERMERIA+EN+EL+PACIENTE+AGITADO
9. Gómez Restrepo Carlos. Tratamiento farmacológico del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia que presenta agitación o conducta violenta. revista Colombiana de psiquiatría Bogotá Colombia; 2014. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-tratamiento-farmacologico-del-paciente-adulto-S0034745015000682>
10. Marriner-Tomey A. Modelos y teorías de enfermería España: Mossby/Doyma Libros; 1995.
11. Raile Alligood R, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería España: Elsevier; 2011.
12. Galvis López A. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Revista Cuidarte volumen 6 , Colombia . 2015;: p. 1108 -1120. <http://www.redalyc.org/articulo>.

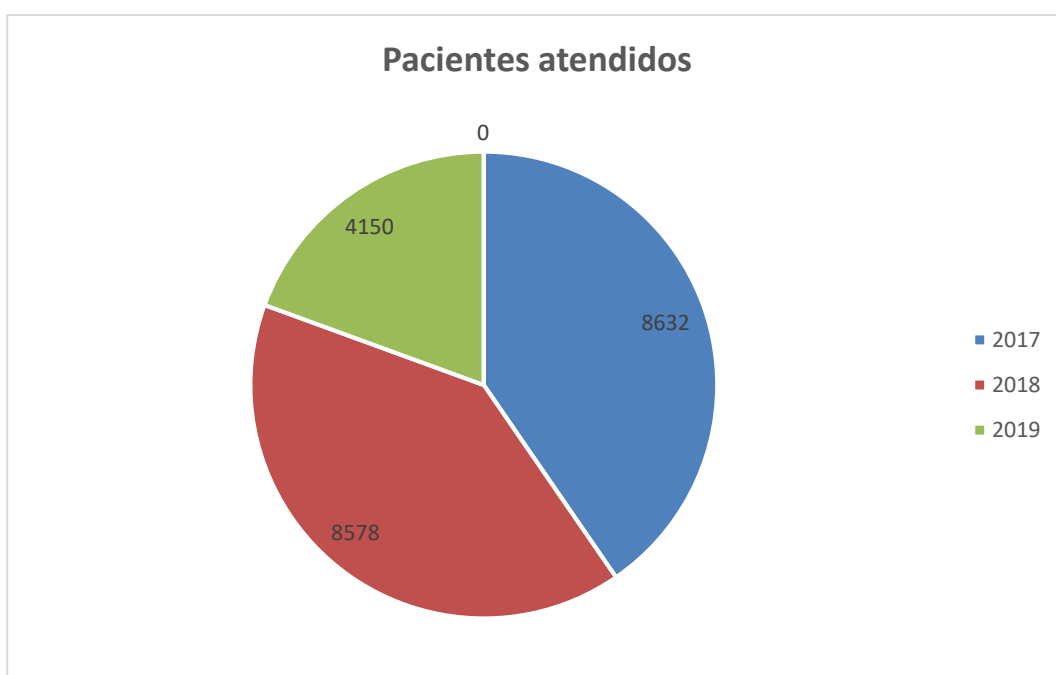
13. Kaplan H, Sadock BJ. Sinopsis de la psiquiatría Barcelona: Waverly Hispánica S.A.; 2009.
14. Pelegrin C TJ. Psiquiatria.com. [Online].; 2010. Available from: http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_aréas/psiq_social/9711/.
15. Fornés Vives J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica- valoración y cuidados Madrid: Médica Panamericana; 2012.
- 16 Negro Gonzalez E. El paciente agitado:Planificación de cuidados. Nure Investigación. 2004.
17. Pinilla Alarcón M. Manejo de enfermería en urgencias psiquiatricas. [Online].; 2010. Available from: http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/Guias/Enfermeria/Manejo_de_enfermeria_en_urgencias_psiquiatricas.pdf.
18. Stucchi Portocarrero Syc. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva -Hospital Noguchi. Revista de Neuropsiquiatría. 2014;;Lima Perú p. 19-30.
19. Constitución política del Perú Lima: Cultura peruana; 2013.
21. Victor FG, Fernández Gallego V. IBECS. [Online].; 2009.
22. L. GDE, Gómez Durán L. IBECS. [Online].; 2014.
23. Escobar Cordova F, Suárez Beltrán M. Abordaje clínico del paciente violento en atención primaria. Universitas Médica. 2011;; p. 421-430.
24. Megías Lizancos F, col. Abordaje y cuidados del paciente agitado- Documento de consenso. Revista española de enfermería en salud mental. 2016.
25. Pinilla Alarcón M. Manejo de enfermería en urgencias psiquiatricas. In Guía de intervención de enfermería. p. 1475-1483.
26. Essalud, Lima.

7. ANEXOS

Cuadro N° 1
PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN LOS
ÚLTIMOS TRES AÑOS

AÑO	2017	2018	2019
N° Pacientes	8632	8578	4150

Fuente: Consolidado Anual Estadística de Enfermería



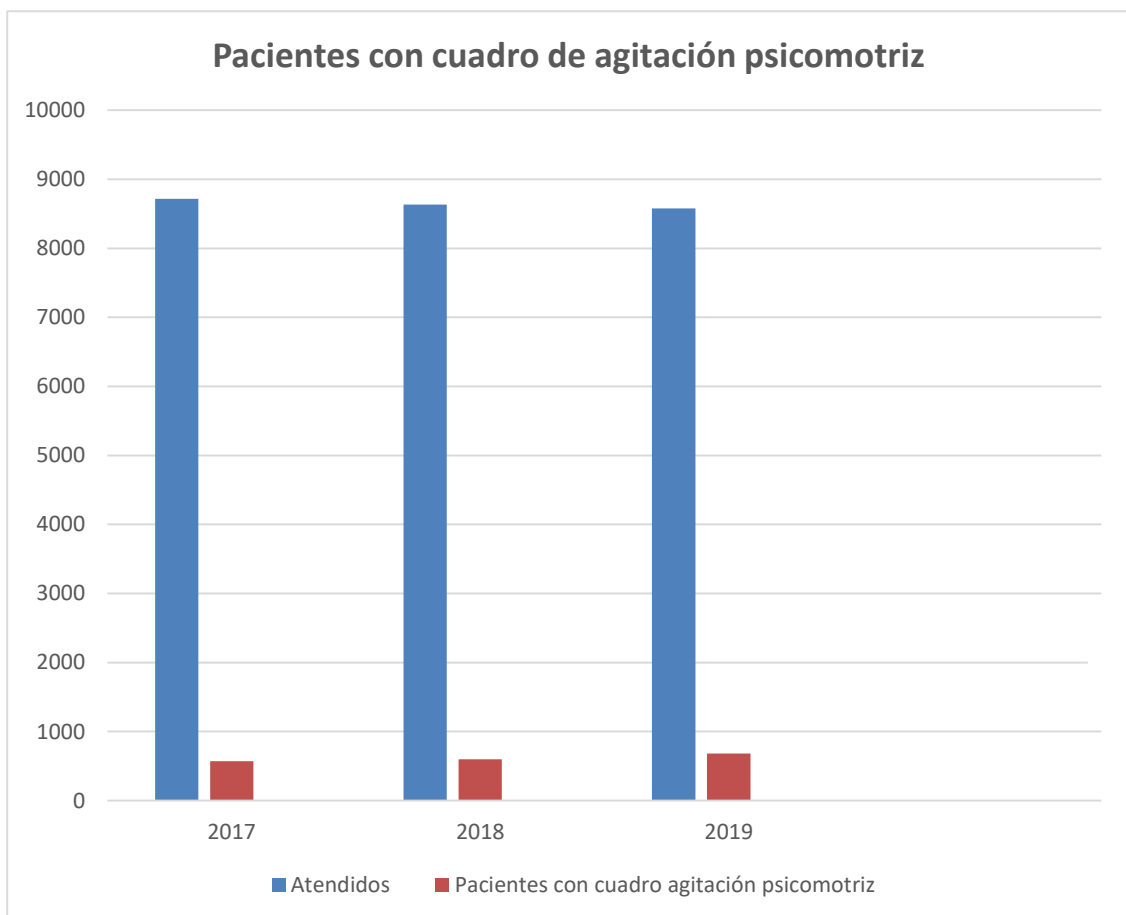
En el siguiente cuadro observamos que en estos últimos 3 años la población de pacientes atendidos en el servicio de emergencia de salud mental del hospital Rebagliatti está disminuyendo, esto se debe a que en los últimos años el servicio de salud mental donde laboro se está atendiendo a la población de asegurados, perteneciente a la Red Rebagliatti y Red Sabogal y no otra Red como Almenara que cuenta con atención psiquiátrica de emergencia y hospitalización en su propio hospital, hay algunos casos especiales que si son atendidos en el servicio determinado por el nivel de riesgos que presente el paciente.

Cuadro N° 2

PACIENTES CON CUADRO DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

AÑO	2017		2018		2019	
	N°	%	N°	%	N°	%
Pacientes	598	7	681	8	349	4

Fuente: Consolidado Anual Estadística de Enfermería



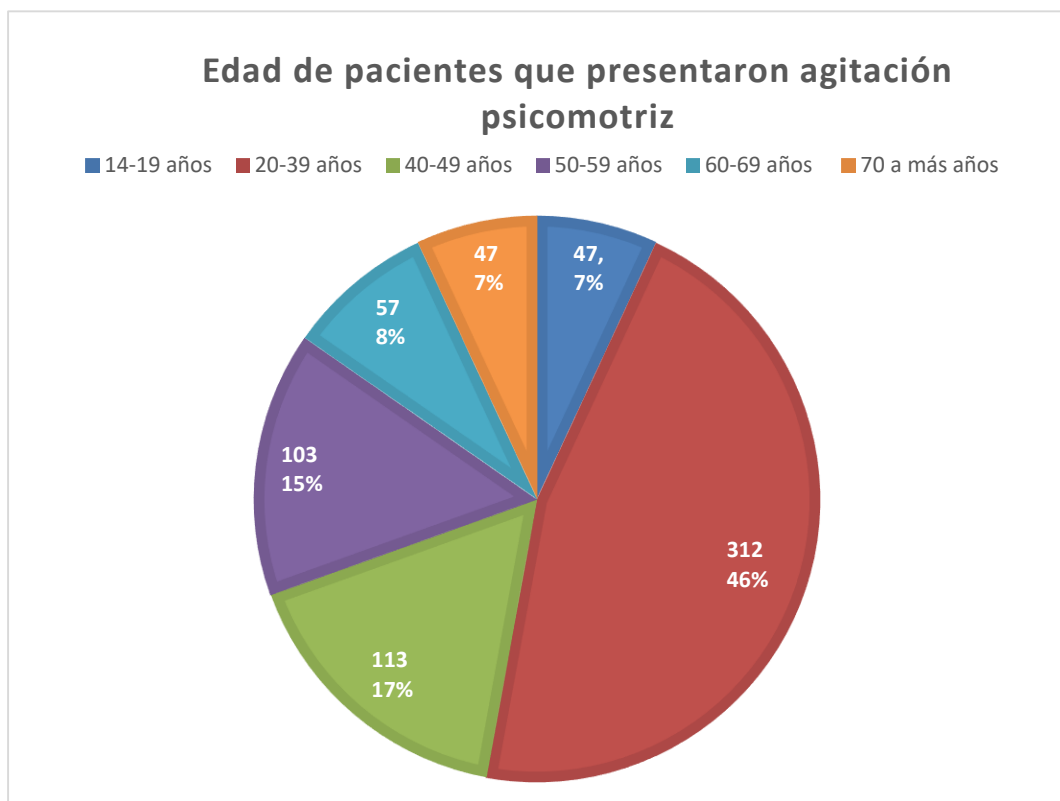
En cuanto a pacientes con cuadro de agitación psicomotriz podemos ver que el número de pacientes en estado de agitación ha ido en aumento en el 2018, siendo un total de 681 pacientes que representa el 8% de los atendidos con esta urgencia psiquiátrica.

Un cuadro de agitación psicomotriz significa un reto para el equipo de salud del servicio de salud mental, este síndrome caracterizado por hiperactividad motora, hostilidad, ansiedad, descontrol de impulsos , irá , cólera , actitudes violentas de auto y hetero agresión, donde las causas pueden ser orgánicas, psiquiátricas ,o por sospecha de consumos de sustancias tóxicas, el equipo de enfermería debe intervenir inmediatamente en búsqueda de una resolución rápida , segura y de protección a los implicados, especialmente al paciente y al profesional sanitario.

Cuadro N° 3
EDAD DE PACIENTES QUE PRESENTARON AGITACIÓN
PSICOMOTRIZ Año 2018

Fuente: Consolidado Anual Estadística de Enfermería

Edad	Total	%
14 a 19 años	47	6.9
20 a 39 años	312	45.8
40 a 49 años	113	16.6
50 a 59 años	103	15.2
60 a 69 años	57	8.3
70 a más	47	6.9
Total	681	100%



Se observa en el siguiente cuadro que las edades donde el paciente presenta mayor riesgo de presentar agitación psicomotriz se da entre las edades de 20 a 39 años con un número de casos de 312 que representa el 45.8% del total de pacientes, sin embargo, a edades extremas esta conducta es menor con 47 pacientes que representa el 6.9% del total de 681.

Existen una serie de factores de riesgo que se deben tener en cuenta, ya que la presencia de alguno de ellos indica un riesgo más elevado de presentar una agitación psicomotriz: como que el paciente sea joven soltero, de bajo status económico y educativo, con antecedentes de alcoholismo, drogas o conductas agitadas, o cuyas familias de origen existan antecedentes de conductas agresivas o psiquiátricas.

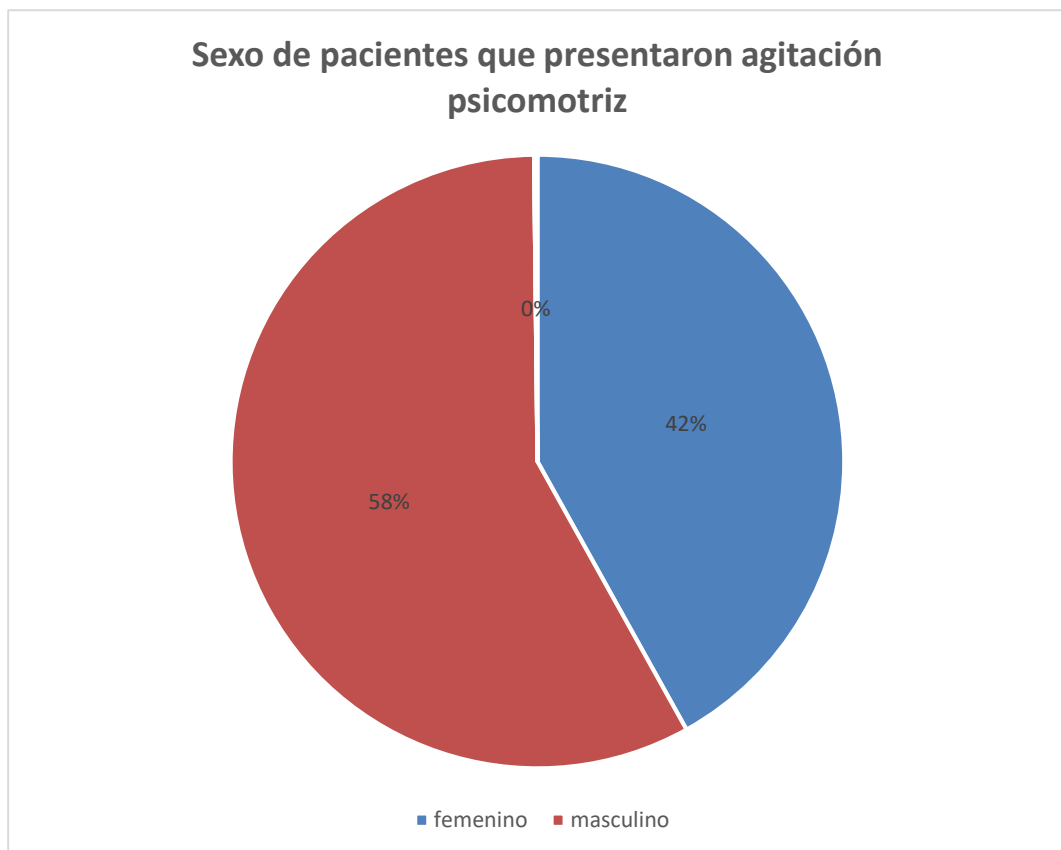
Cuadro N° 4

Sexo de pacientes que presentaron agitación psicomotriz

Año 2018

SEXO	TOTAL	%
Masculino	395	57.5
Femenino	286	42.5
TOTAL	681	100 %

Fuente: Consolidado Anual Estadística de Enfermería



En el presente cuadro con relación al sexo de los pacientes que presentaron agitación psicomotriz predomina el sexo masculino con 395 pacientes que representa el 57.5% del total.

PACIENTE AGITADO CON CONTENCIÓN MECÁNICA DE MANOS Y PECHO



FUENTE: Elaboración Propia

PACIENTE ADULTO MAYOR CON INQUIETUD MOTÓRA POR ESTADO CONFUSIONAL



FUENTE: Elaboración Propia

MATERIAL DE SUJECIÓN MECANICA



FUENTE: Elaboración Propia

EsSalud
MÁS SALUD PARA MÁS PERUANGOS

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE EMERGENCIA DE SALUD MENTAL

ESCALA DE RAMSAY
PARA VALORAR EL ESTADO DE SEDACIÓN

NIVEL	CARACTERISTICAS
1	Paciente ansioso, agitado o inquieto.
2	Paciente despierto, cooperador, orientado y tranquilo
3	Paciente dormido con respuesta a órdenes
4	Paciente dormido con respuestas breves a la luz y el sonido
5	Paciente dormido responde solo al dolor.
6	Paciente no responde a ningún estímulo (luz, sonido o dolor)

Enfermeros

FUENTE: Elaboración Propia

MONITOR CARDIACO Y COCHE DE PARO



FUENTE: Elaboración Propia

MEDICAMENTOS PARA LA CONTENCIÓN FARMACOLOGICA



FUENTE: Elaboración Propia

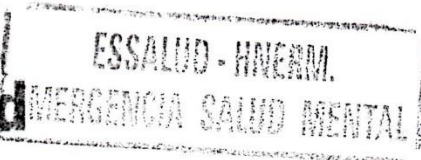
EQUIPOS MEDICOS PARA MONITOREO DE FUNCIONES VITALES



FUENTE: Elaboración Propia

ESSALUD: HOSPITAL NACIONAL "EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN I. SALUD MENTAL GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA		CODIGO: 2001
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: ABORDAJE DEL PACIENTE EN ESTADO PSICOMOTRIZ		RESPONSABLES: PRINCIPAL: - Enfermera
DEFINICIÓN: Es la técnica de inmovilizar al paciente en estado de agitación psicomotriz en forma coordinada, rápida y efectiva; disminuyendo o evitando la auto y heteroagresividad.		AYUDANTE: - Téc. Enferm.
OBJETIVOS DEL PROCEDIMIENTO - Lograr el control inmediato del paciente protegiendo su integridad física y de los demás.		REQUISITOS: Paciente en agitación psicomotriz e indicación médica.
MATERIALES: - Muñequeras (tela) - Faja de Tórax - Sábanas - Frazadas		
- Almohadas - Jeringa 10 cc - Aguja N° 21 - Esparadrapo - Ligadura		
- Diazepan 10 mg amp. - Haldol 5 mg amp. - Largactil 25 mg amp. - Fenergan 50 mg amp.		
No PASOS	RESPONSABLES	DESCRIPCIÓN
1	Enfermero	- Observación y valoración del paciente.
2	Enfermero	- Persuasión al paciente - Coordina con el personal técnico y otros para el abordaje. Pulsa el timbre de emergencia para apoyo de otros servicios. - Designa al personal técnico los miembros a contener: Personal M.S.D. 1 Personal M.S.D. 1 Personal M.S.I. 1 Personal M.I.D. 1 Personal M.I.I. 1 Personal Cabeza
3	Tec. Enfermería	- Facilita ambiente libre de riesgos
4	Enfermero	- Elige materiales a usar según situación presentada.
5	Médico	- Da indicaciones terapéuticas.
6	Enfermero	- Prepara y administra tratamiento - Indica el abordaje - Elige zona de veno punción, venas grandes y gruesas. - Higieniza la zona de acuerdo a normas de asepsia - Introduce la aguja - Administra los sedantes E.V. en bolo. - Administración de psicofármacos I.M. - Valora estado de sedación inmediato. - Retira aguja, coloca apósito autoadhesivo en zona de veno punción.

No PASOS	RESPONSABLES	DESCRIPCIÓN
7	Enfermero / Técnico	- CFV- valoración Del estado de sedación.
8	Tec. Enfermería	- Ubicación del paciente en su ambiente cama
9	Enfermero.	- Colabora con la sujeción mecánica total o parcial.
		- Colabora con la posición y confort del paciente.
		- Monitoriza el estado de sedación del paciente.
		- Registra la intervención de enfermería en H.CI y Kardex.
ELABORADO POR: Lic. Walter Rodríguez Arrúe Lic. Norma Díaz Rodríguez		FECHA: 04-01-01
APROBADO POR:		FECHA:

**EsSalud**

HOSPITAL NACIONAL E. REBAGLIATI M.
 Red Asistencial Rebagliati
 Departamento de Enfermería
 Servicio de Emergencia de Salud Mental

Unidad Orgánica DPTO. DE ENFERMERIA	PROCEDIMIENTO CONTENCION FISICA O MECANICA	Versión: 03 Mes: Febrero Año: 2012 Página: 01 de
DEFINICION	<p>Es la utilización o aplicación de un método físico y/o mecánico para restringir los movimientos de un parte del cuerpo o de la totalidad del mismo, con el objetivo de prevenir lesiones en el paciente o su entorno por auto y/o heteroagresividad.</p> <p>Esta indicado en pacientes en estado de agitación psicomotriz, alto riesgo de caídas, sedación y para permitir la ejecución de procedimientos médicos como colocación de tubos endotraqueales, sonda nasogástrica, drenajes, administración de infusiones endovenosas y otros dispositivos que pueden ser retirados por el paciente.</p> <p>La modalidad y forma de contención varía de acuerdo a la edad, diagnóstico médico y estado de salud general del paciente.</p>	
REQUISITOS	<ul style="list-style-type: none"> - Guantes. - Sujetadores o cintas de para fijación, fajas (de manos o torácicas), manoplas y muñequeras. - Estructura sólida: Camas, camillas, tarimas o sillones. - Número adecuado de personal (06 personas como mínimo). - Ambiente libre de objetos. 	
Nº DE PASO	DESCRIPCION	RESPONSABLE
01	<ul style="list-style-type: none"> - Valora al paciente, evaluando el nivel de agitación o el estado mental, y determina la necesidad de la contención física o mecánica. 	Médico, Enfermera(o), personal técnico.
02	<ul style="list-style-type: none"> - Recibe la indicación verbal y/o escrita del médico de guardia para ejecutar la contención física o mecánica. - Prepara el material necesario para la contención física: amarras, sujetadores, manoplas, muñequeras, etc. 	Enfermera(o) Enfermera(o), personal técnico.
03	<ul style="list-style-type: none"> - Informa y persuade al paciente la necesidad de proceder a la contención física y/o mecánica, para lograr su colaboración. - De ser el caso, educa a la familia sobre la necesidad de la contención. 	Enfermera(o), personal técnico.
04	<ul style="list-style-type: none"> - Coordina con los demás miembros del equipo de salud, el abordaje del paciente (ver Guía de abordaje de paciente agitado). 	Enfermera(o), personal técnico.
05	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza la contención física y/o mecánica, contiene los miembros superiores e inferiores por cada miembro del equipo. Sigue la secuencia: <ul style="list-style-type: none"> o Contención de las muñecas y hombros (dejando libre la flexura de ambos brazos para la aplicación del tratamiento endovenoso de ser el caso). o Inmoviliza los miembros inferiores y tronco de ser el caso. o Inmoviliza la cabeza, evitando el movimiento brusco para evitar golpes y/o mordeduras hacia el personal. 	Médico, Enfermera(o), personal técnico.

Unidad Orgánica DPTO. DE ENFERMERIA	PROCEDIMIENTO	Versión: 03 Mes: Febrero Año: 2012 Página: 02 de
	CONTENCION FISICA O MECANICA	
06	<ul style="list-style-type: none"> - De ser el caso, aplicar lo indicado en la Guía de Abordaje de Paciente Agitado. - Se realiza la contención física o mecánica anudando la amarra y la asegura en la parte inferior de la cama u estructura similar, ocultando las partes sobrantes de los sujetadores. - Evalúa la contención física, a través de: <ul style="list-style-type: none"> o Características de la piel: Color, temperatura. o Perfusión tisular distal (≤ 2 segundos) o Control de pulsos periféricos en los miembros con contención física o mecánica. o Permitir el paso de 01 dedo entre la amarra y la piel del paciente. 	Enfermera (o), personal técnico.
07	<ul style="list-style-type: none"> - Registra en la historia clínica la hora de colocación de la rotación y las características de la misma. 	Enfermera (o)
08	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar la rotación de la sujeción mecánica (lazo y nudo), cada 15 min, 30 min, 01 hora o 02 horas debiendo repetirlo en cada turno y cuando sea necesario. 	Enfermera (o), personal técnico.
09	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorea y constata los miembros contenidos de acuerdo al estado del paciente. 	Enfermera (o), personal técnico.
10	<ul style="list-style-type: none"> - Reevalúa el estado mental y nivel de agitación del paciente y determina la necesidad de retiro parcial o total de la sujeción física o mecánica. 	Enfermera (o), personal técnico.
11	<ul style="list-style-type: none"> - Una vez controlado el cuadro motivo de aplicación de la contención física o mecánica, se retira la misma. 	Enfermera (o), personal técnico.
12	<ul style="list-style-type: none"> - Registra en la historia clínica la hora de retiro de la contención y las condiciones de la piel y/o extremidades al término de la misma. 	Enfermera (o)

Elaborado por:

Lic. Enf. Carlos Vílchez Lazo

Colaboradores:

Lic. Enf. María Llacsá Arce

Lic. Enf. Rosa Quispe Pusaclla

Lic. Enf. Yolanda David Serna

Lic. Enf. Luis Ñañez Cueto

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
EsSalud
Dto. De Enfermería.

Departamento de Enfermería	<p style="text-align: center;">GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA</p> <p style="text-align: center;">SEDACION A PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES.</p>	Versión: 01 Mes: Oct. Año: 2012 Pag.01-02
Definición	Es la administración parenteral de Benzodiazepinas, Neurolépticos, barbitúricos, anticonvulsivantes a pacientes con trastornos mentales en estado de urgencias (agitación psicomotriz, riesgo suicida, homicida, fuga). Producen sedación de leve a profunda deprimiendo el SNC y riesgo a PCR (hipoxemia y otros RAMS).	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Sistematizar las acciones que se realizan en la ejecución del procedimiento sedación de pacientes con trastornos mentales. • Prevenir complicaciones derivadas de la ejecución insegura o incorrecta de sedación. 	
Alcance	Las disposiciones contenidas en la presente guía, son de aplicación obligatoria por el personal de enfermería involucrado en la ejecución del procedimiento, en el servicio de ESM DEL Hospital Rebagliati.	
Requisitos	<ul style="list-style-type: none"> • Diazepam 10 mg. amp. (3) • Haloperidol 5mg amp. (2) • Midazolam 5mg.amp. (3) • Clorpromazina 25 mg. amp. (2) • Sujetadores mecánico: muñequeras, amarras, fajas. • Jeringa de 10, 5 cm., agujas , scalp vein. • Ligadura. • Esparadrapo. • Cubeta de plástico. • Campos. • Algodón y alcohol yodado. • 6 personas si fuera necesario para el abordaje. • Ambiente preparado. • Pulsosímetro. • Tensiómetro y estetoscopio. • Tubo de mayo. • Oxígeno • Aspirador de secreciones y monitor cardiaco. • Contar con corticoides, soluciones cristaloides, salinas etc. en el stock. 	

EsSALUD - HNERM
EMERGENCIA SALUD MENTAL

Nº de pasos	Descripción de la acción	Responsable
1	Realizar valoración inicial al paciente confrontando datos con el familiar de forma rápida (revisar historia clínica), determinar el nivel de agitación psicomotriz y la necesidad de sedación (existencia de enfermedades orgánica, RAMS, alergias y riesgos antes de la sedación).	Enf.
2	Preparar, persuadir al paciente para la sedación según nivel de agitación. Educar a la familia el abordaje de ser necesario.	Enf.
3	Solicitar apoyo de los servicios de HI y HII en caso de gran agitación y rechazo internamiento del paciente (tocar timbre de apoyo, seguir pasos de guía de procedimiento de abordaje de paciente agitado).	Enf y Tec. Enf.
4	Controlar funciones vitales PA, P, R, y saturación de oxígeno antes de la sedación, dependiendo de la valoración inicial.	Enf.
5	Administrar medicación endovenoso prescrita colocando simultáneamente el oxímetro por 5 minutos o según alteración de las funciones vitales. Diazepan 10mg. 2-3 amp. EV, Midazolam 15 mg EV. ,Haldol 5mg.1-2 amp. IM, clorpromzina 25mg 1-2 amp.IM	Enf.
6	Controlar funciones vitales luego de la administración EV.	Enf.
7	Observar tórax y abdomen, piel e identificar signos y síntomas de complicación por sedación o RAMS : Hipoxemia, hipotensión arterial, reacciones anafilácticas, apnea, cianosis, piel fría, palidez, taquicardia, bradipnea, arritmias etc. y brindar atención oportuna (ver guía de atención de RAMS).	Enf. Enf.
8	Evaluar el nivel de sedación según escala RAMSAY.	Enf. y Tec.
9	Ubicar al paciente en posición decúbito dorsal derecho o izquierdo (fácil visibilidad del personal) según el nivel de sedación, posición semifowler si lo requiere por alguna patología preexistente.	Enf.
10	Monitorear las funciones vitales, saturación de oxígeno, nivel de sedación, a los 5, 10 y 30 minutos, luego cada hora durante las dos primeras horas.	Enf.
11	Monitorear vías aéreas permeables, ejecutar maniobra frente – mentón (hiperextensión), y colocar tubo de mayo si fuera necesario.	Enf. y Tec.
12	Administrar oxígeno PRN según la saturación de oxígeno del paciente (usar dispositivo adecuado).	Enf. y Tec.
13	Colocar monitor cardiaco en caso bradicardia o taquiarritmia posterior a la administración de psicofármacos.	Enf.

EsSALUD - HNERM
EMERGENCIA SALUD MENTAL

14	Aspirar secreciones si fuera necesario.	Enf. y Tec. Enf. Enfer.
15	Colocar sujeción mecánica si fuera necesario. (Ver guía de atención).	
16	Registrar las acciones de enfermería en la historia clínica.	

Referencias bibliográfica:

- Farmacología, Juan C, Alvarado año 2000.UNMSM.
- Módulos de programas de especialización UNT. Urgencias y emergencias.
- Enfermería psiquiátrica GAIL. W. Stuart, 8 ediciones 2006.España.
- Manual de psiquiatría de urgencias, Harold Kaplan .España 1996.

Elaborado por:

“Comité de Mejoramiento de los procesos de atención de enfermería “

Emergencia de Salud Mental.