

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERIA**



**CUIDADO DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON AGITACIÓN
PSICOMOTRIZ EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL
VICTOR LARCO HERRERA 2017**

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:

LIC. YNES RODRÍGUEZ CHIPANA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN
SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA**

ASESOR:

Mg. LAURA PATRICIA ROA CAMPOS

LIMA – PERÚ

2017

INDICE

| | |
|---|----|
| RESUMEN | 03 |
| ABSTRACT | 04 |
| INTRODUCCIÓN | 05 |
| CAPÍTULO I: MARCO TEORICO | |
| 1.1 Emergencia Psiquiátrica | 06 |
| 1.2 Agitación Psicomotriz | 06 |
| 1.3 La esquizofrenia | 10 |
| 1.4 Cuidado de enfermería en general a pacientes con agitación psicomotriz y esquizofrenia | 18 |
| 1.5 Teoría de enfermería Hildegart Peplau | 20 |
| CAPITULO II: APLICACIÓN DEL PCE - EBE | |
| 2.1 Valoración por dominios | 25 |
| 2.2 Priorización de diagnósticos de enfermería | 27 |
| 2.3 Esquema de proceso: Atención de enfermería | 28 |
| CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | |
| 3.1. Conclusiones | 34 |
| 3.2. Recomendaciones | 35 |
| REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS | 36 |
| ANEXOS | 38 |

RESUMEN

El presente trabajo académico consiste en un caso clínico de un paciente adulto de 49 años de edad, con diagnóstico médico de Agitación Psicomotriz, quien acude al servicio de emergencia, donde se le brinda cuidados aplicando el Proceso de Cuidados de enfermería (PCE), método científico como la base del ejercicio del profesional de enfermería.

En la práctica asistencial el Proceso de Cuidados de Enfermería permite a los profesionales prestar cuidados que demanda el paciente, familia y comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica, sistemática, personalizada, considerando en todo momento el cuidado humanizado.

El presente caso clínico ha sido desarrollado en tres capítulos. Capítulo 1, marco teórico, capítulo 2 aplicación de procesos de cuidado de enfermería, capítulo 3 las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexo.

Haciendo uso a la taxonomía NANDA, NIC NOC, fundamentado en la Teoría de Hildegart Peplau.

PALABRAS CLAVE: Agitación, psicomotriz, cuidados, enfermería.

ABSTRACT

This academic work consists in a clinical case of a 49 year old adult patient with a medical diagnosis of Psychomotor Agitation, who goes to the emergency service where care is provided using the Nursing Care Process, a scientific method as a basis for the professional practice of nursing.

In healthcare practice, the Nursing Care Process allows professionals to offer the care that the patient, family and community demand in a structured, homogeneous, systematic and personalized way considering humanized care at all times.

This clinical case has been developed in three chapters. Chapter 1, theoretical background, chapter 2 application of nursing care processes, chapter 3 conclusions, recommendations, references and appendices.

Using the NANDA, NIC, NOC taxonomy, founded on the Theory of Hildegard Peplau.

KEYWORDS: Agitation, psychomotor, care, nursing.

INTRODUCCIÓN

La Agitación psicomotriz es una Emergencia Psiquiátrica más frecuente y es de vital importancia, debido a que este tipo de alteración influye tanto en el estado físico como mental del enfermo, por lo que permanece en vigilancia constante. El profesional de enfermería es la responsable de orientar y conciliar con el paciente, así como realizar los procedimientos y tratamientos prescritos a estos pacientes con alteraciones mentales.

El ingreso de pacientes con agitación psicomotriz es frecuente en el servicio de Emergencia en el Hospital Víctor Larco Herrera.

Agitación Psicomotriz, cuadro psicopatológico que se caracteriza por una actividad motora intensa y sin finalidad productiva (moverse nerviosamente con incapacidad para mantenerse sentado, caminar velozmente, gritar, quejarse en voz alta, etc.). Normalmente se acompaña con ansiedad, irritabilidad y dificultad para relacionarse ante estímulos del exterior.

En el presente estudio se abordarán los cuidados de enfermería en un paciente con agitación psicomotriz, en el Hospital Víctor Larco Herrera en el Servicio de Emergencia en el año 2017. Se desarrollará a la vez, conceptos básicos y un caso clínico, con el objetivo de orientar a las Enfermeras en la Aplicación del Proceso de Cuidados de Enfermería, como herramienta científica en el ejercicio de nuestra profesión, cuidado individualizado, integral y humanizado, haciendo uso la taxonomía NANDA NIC-NOC, fundamentado en la teoría de HILDEGARD PEPLAU, y está desarrollado en tres capítulos:

Capítulo I: Marco Teórico, Capítulo II: Aplicación de proceso de cuidados de Enfermería, Capítulo III: Tenemos las conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas, anexos.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1 EMERGENCIA PSIQUIATRICA

Es el cambio repentino de la conducta debido a la alteración del pensamiento, percepción, voluntad y conciencia, poniendo en riesgo su salud y /o vida del paciente o de los demás

1.2 AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

Definición: Cuadro psicopatológico que se caracteriza por una actividad motora intensa y sin finalidad productiva (moverse nerviosamente con incapacidad para mantenerse sentado, caminar velozmente o en círculos, frotarse las manos y la ropa, gritar y quejarse en voz alta, etc.). Normalmente se acompaña de ansiedad, irritabilidad y dificultad para reaccionar ante estímulos del exterior.

Se puede producir como consecuencia del estado demencial, trastornos afectivos, trastornos paranoicos, trastornos graves de la personalidad, incluso por enfermedades somáticas.

Es un síndrome englobado en los trastornos de la conducta, caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora con acompañamiento de alteraciones de la esfera emocional.

Nos centramos en las formas de presentación aguda, que precisan atención inmediata. La intensidad del cuadro puede variar desde una mínima inquietud a una actividad de movimientos extrema sin finalidad alguna. Cuando esa hiperactividad tiene un objetivo determinado, hablamos de agresividad o violencia, que puede manifestarse como hostilidad, brusquedad con tendencia a la autodestrucción.

Etiología:

Las causas son:

Psiquiátricos

Orgánicos o derivados del abuso de sustancias.

Orgánicos:

Delirium debido a enfermedad médica.

Trastornos neurológicos: traumatismos craneo encefálicos y politraumatismos, tumores intracraneales.

Intoxicaciones:

Alcohol

Estimulantes (cocaína, anfetaminas y otros)

Cannabis

Neurolépticos

Síndrome de abstinencia:

Alcohol (delirium tremens)

Benzodiacepinas

Opiáceos

Causas de agitación no orgánica

Psiquiátrica:**Psicótica:**

Esquizofrenia y trastorno esquizo afectivo

Episodio Maniaco

Trastornos por ideas delirantes (paranoia)

No psicótica:

Crisis de angustia

Crisis de histérico

Trastorno de personalidad

Alteración de conducta

Fisiopatología

Algunas sustancias llamadas neurotransmisores, más conocidas como mediadores de la conducta, son las llamadas catecolaminas. Estos precursores son llamados neuropéptidos.

1. Disfunción colinérgica
 - Disminución de acetilcolina
 - Disminución de glutamato
 - Disminución de acetiltransferasa
2. Disfunción serotoninérgica
3. Disfunción de betaendorfinas
4. Respuesta inflamatorias
 - a. Liberación de citoquinas
 - b. Modificación de la Barrera Hematoencefálica

Valoración de riesgos

Hablamos de los riesgos potenciales tanto para el paciente como para su entorno, incluidos los profesionales que lo atienden. Fundamentalmente son el desarrollo de violencia en forma de hetera o auto agresividad y el riesgo vital secundario a la posible etiología orgánica de la agitación.

- Aumento creciente de la actividad motora.
- Presencia de gestos y actitudes violentas: amenazas verbales, gritos o exhibición de violencia sobre objetos.
- Sospecha de consumo de tóxicos.
- Antecedentes de conducta violenta.

Intervención de Enfermería en pacientes con Agitación Psicomotriz

Nuestra intervención debe garantizar en todo momento la seguridad de las personas implicadas, especialmente del paciente y los profesionales que lo atienden.

Espacio físico adecuado para la atención al paciente con agitación psicomotriz.

Amplio, tranquilo, libre de objetos contundentes o afilados.

Medidas de contención son el elemento básico inicial para intentar controlar la agitación del paciente.

Contención verbal: Si es posible constituye el primer paso para intentar controlar la conducta del paciente

Contención mecánica:

Es un procedimiento que permite limitar los movimientos del paciente con agitación psicomotriz mediante sistemas de inmovilización física, es un método de aplicación temporal hasta que se controle la conducta del paciente o resulte efectiva la sedación farmacológica.

Contención física: inmovilización mediante correas

Es una técnica de enfermería pero que va a precisar la ayuda de todo el personal, entre 4 y 5 personas, para que resulte más efectiva.

Se realizara en habitación separada de otros pacientes o familiares.

Eliminar objetos peligrosos.

Técnica:

Ideal actuar 1 persona por cada extremidad y otra para el control de la cabeza, una persona dirige.

Colocar al sujeto de espaldas sobre la cama.

Sujetar con las correas entre 2 personas (brazo y pierna) contralaterales según la intensidad del cuadro.

La cabeza ligeramente incorporada para evitar aspiraciones.

Contención farmacológica (sedación):

Debe utilizarse en la mayor parte de los casos, tanto psiquiátricos como orgánicos. En los casos de cuadros tóxicos (abstinencia e intoxicación), demencia, delirium y otros, existen particularidades importantes por lo que se remite a los capítulos específicos.

Neurolépticos:

El objetivo principal de la contención farmacológica es la sedación del paciente y no el control.

Contención farmacológica – (NIC):

Medida terapéutica que consiste en la administración de psicofármaco con el fin de provocar una reacción suficiente en el paciente que logre el control de un episodio de agitación. El objetivo de la contención farmacológica es tranquilizar al paciente lo antes posible mediante la utilización de fármacos con el fin de evitar que se lesione a sí mismo o a las personas que lo rodean, su uso está indicado en agitación psicomotriz.

Debe utilizarse siempre que sea posible, la vía oral será la primera opción, especialmente en los casos menos severos. Cuando esta sea rechazada o resulte inapropiada, el fármaco se administra por vía parenteral, concretamente vía intramuscular.

La vía intravenosa solo se utilizará excepcionalmente y con extrema cautela, supervisando y monitoreando al paciente, ya que presenta más riesgos de hipertensión y cardiorrespiratorios.

Los fármacos de modo genérico son:

Los neurolépticos y los benzodiazepinas

- Haloperidol: es el fármaco que ha demostrado mayor efectividad. En pautas de entre 2.5 – 5 mg. vía oral o intramuscular, pudiendo repetirse a intervalos de 30 - 60 minutos si fuera necesario, dosis máxima 100 mg. al día

1.3 LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más debilitantes y desconcertantes. Es un trastorno fundamental de la personalidad, una distorsión del pensamiento. Los que la padecen tienen frecuentemente sentimiento de estar controlados por fuerzas extrañas.

La percepción puede distorsionarse más allá de la realidad, haciendo que las personas oigan o vean cosas que no están ahí. Las personas con esquizofrenia pasan por periodos en los cuales están mejor y peor: la remisión y recaída. Pueden vivir por largos periodos sin ningún síntoma, pero como la esquizofrenia es a menudo una enfermedad crónica, requiere atención médica continua, como la hipertensión y la diabetes.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud ofrece la siguiente definición de la esquizofrenia.

“Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones”

Se conserva tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficit cognoscitivo. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros, y pueden presentarse ideas delirantes en los actos y pensamientos del individuo afectado.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, pero también suelen presentarse otros trastornos de la percepción: los colores pueden parecer excesivamente vividos y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objetivo principal. El pensamiento se vuelve más vago, elíptico, oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Las características de la afectividad son: la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos.

Síntomas:

La esquizofrenia es una enfermedad que presenta muchos y variados síntomas. Pero ninguno es específico de ella; pues pueden encontrarse también en otras enfermedades mentales. Resulta difícil diagnosticar a un paciente con esquizofrenia, aunque los síntomas hagan sospechar la enfermedad.

Los primeros indicios de esquizofrenia probablemente pasan desapercibidos por la familia y los amigos. Las personas que sufren de esquizofrenia muchas veces exhiben uno o más de los siguientes síntomas, durante las primeras etapas de la enfermedad.

- Prolongada sensación de tensión
- Falta de sueño
- Mala concentración
- Aislamiento social
- Cambio en la personalidad

Causas: No se ha descubierto aun la causa de la esquizofrenia. En los últimos años se han logrado algunos avances que permiten señalar a diversos factores responsables del trastorno.

Alteraciones precoces del desarrollo del cerebro. Conjuntamente, estos hallazgos apoyan la teoría de que la esquizofrenia puede tener su origen en alteraciones del desarrollo cerebral muy precozmente, en concreto, durante el desarrollo del cerebro embrionario.

Predisposición genética: Aunque el mecanismo de transmisión no se conoce, si se sabe que el riesgo de padecer la enfermedad es mayor cuando existen antecedentes familiares de la misma, que si tales antecedentes no están presentes. Sin embargo, la presencia de antecedentes no es una condición necesaria ni suficiente; muchos pacientes no los presentan y muchos sanos, sí. Esto indica que otros factores no genéticos también juegan un papel importante en la génesis del trastorno.

Alteraciones en sustancias del cerebro: Se ha descubierto que diversas sustancias llamadas neurotransmisores se encargan de que las neuronas se comuniquen adecuadamente, pueden estar desequilibrados en la esquizofrenia. Los estudios sobre estas sustancias están siendo muy importantes para el diseño de fármacos cada vez más efectivos.

Infecciones del embarazo y complicaciones del parto: Está en estudio si algunas infecciones por virus que padezca la madre durante el embarazo, pueden ser responsables de alteraciones del desarrollo cerebral normal del feto y que, a cierta edad, provoquen la enfermedad.

Otros factores como estrés, factores ambientales.

Síntomas: Los síntomas positivos consisten en aquello que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar, como delirios, las alucinaciones y las conductas extravagantes. En las fases agudas de la enfermedad, la excitación de los sentidos provoca trastornos en el cerebro, por lo que el paciente ve, oye, huele o siente cosas que no existen. Esta percepción provoca miedo en el enfermo, que puede tener delirios de ser perseguido o espiado. Las conexiones lógicas del pensamiento se pierden y el discurso resulta incoherente.

Las ideas delirantes: Son falsas creencias de las que la persona está firmemente convencida a pesar de la ausencia de pruebas concretas. Las personas que experimentan delirios pueden creer que son perseguidas, que tienen poderes o talentos especiales o que sus pensamientos o acciones están bajo el control de una fuerza extrema.

Las alucinaciones: Son sensopercepciones sensoriales imaginarias. Los tipos de alucinaciones más habituales en la esquizofrenia son las auditivas, en forma de voces imaginarias. Otras alucinaciones menos frecuentes consisten en ver, sentir, saborear u oler cosas que no existen y que son percibidas como reales por quien las padece.

Los enfermos que sufren trastornos del pensamiento, tienen una forma de pensar confundida que se revela en el contenido y en la forma de lo que

dicen. La conversación puede resultar difícil de seguir, porque salta de un tema a otro con poca o ninguna conexión lógica.

Comportamiento extraño: Algunas personas con esquizofrenia se comportan de forma extraña o trasgreden normas y costumbre sociales (por ejemplo se desnudan en público). Pueden hacer gestos raros y muecas o adoptar expresiones faciales incongruentes y posturas extrañas sin razón aparente.

Los síntomas positivos se reconocen con relativa facilidad, difieren de lo normal. Sin embargo, las ideas delirantes y las alucinaciones no justifican el diagnóstico de esquizofrenia. Estos mismos síntomas se suelen dar en personas que abusan de alcohol o las drogas o que sufren depresión grave u otras enfermedades.

Los síntomas negativos, las recaídas suelen venir provocadas por:

- Acontecimientos estresantes.
- Relaciones conflictivas prolongadas
- Interrupción o reducción de la dosis de los medicamentos.

También se producen recaídas sin un factor desencadenante evidente, aun cuando el paciente tome una dosis que hasta ese momento era adecuada. Aquello que el paciente deja de hacer y que los individuos serios suelen realizar cotidianamente. Pensar con fluidez y con lógica, experimentar sentimientos hacia las personas y las cosas, voluntad para emprender las tareas cotidianas.

Síntomas negativos

Pobreza afectiva: Las personas con esquizofrenia suelen presentar un estado emocional aplanado, de forma que no responden a lo que pasa a su alrededor. La persona afectada puede parecer mal encaminada, sin objetivos, alegremente inoportuna y a menudo impulsiva.

Perdida de vitalidad: La esquizofrenia reduce la motivación de las personas y disminuye su capacidad de trabajar o de participar en

diversiones. Surge en ellos la indecisión, negativismo y pasividad, mezclados con impulsos súbitos.

Pobreza de pensamiento: Sufren una notable reducción de la cantidad y calidad de su pensamiento. Rara vez con espontaneidad y contestan a las preguntas con respuestas cortas sin ningún detalle.

A diferencia de los síntomas positivos, los negativos constituyen déficit más sutil del funcionamiento y no suelen reconocerse como síntomas de la enfermedad. Los síntomas negativos pueden deberse a una depresión (que puede manifestarse a la vez que la esquizofrenia) o constituir la respuesta a un ambiente poco estimulante (como una estancia prolongada en el hospital) o presentarse realmente como efectos secundarios de algunos antipsicóticos. Suele ser difícil determinar si los síntomas negativos forman parte de la propia esquizofrenia o son resultado de otro tipo de problemas.

Trastornos de la enfermedad

- **Trastornos del pensamiento:** El pensamiento pierde fluidez y coherencia, y al paciente le resulta casi imposible concentrarse o utilizar su mente incluso para operaciones sencillas. El paciente dice cosas que para los que le rodean no tiene sentido.
- **Falsas creencias:** Se denomina delirios, ideas absolutamente falsas que el paciente cree ciegamente y que persisten a pesar de intentar explicárselo. Creerse perseguido por alguien, creer que hablan de él en los medios de comunicación o en carteles, creer que le miran, etc.
- **Alucinaciones:** Consisten en percibir cosas, sonidos o sensaciones que en realidad no existen. Por ejemplo, oír voces, ver objetos inexistentes, oler cuando no huele a nada y tener sabor a algo, que el paciente puede interpretar como si le envenenaran la comida.
- **Negación de la enfermedad:** Es uno de los síntomas que más daño hace al paciente, a familiares y a profesionales. Se trata de

negar absolutamente que exista la enfermedad, el paciente no es consciente de que está enfermo.

- **Alteración del sentido de sí mismo:** La persona siente que algo ha cambiado en su cuerpo, que ya no es el de antes, que no estén claros los límites entre uno mismo y el mundo en el que vive. Puede llegar incluso a defender que los miembros no le pertenecen o que por dentro está vacío.
- **Cambios en las emociones:** La afectividad, en términos generales, da un gran cambio generándose al principio alteraciones de las emociones sin motivo, con cambios de afecto hacia los familiares, amigos y conocidos. El cambio puede acelerarse y llegar casi a la ausencia de sentimientos que se trasluce en una cara inexpresiva y en un absoluto desinterés por cuanto le rodea.
- **Aislamiento:** El paciente se encierra en el mismo y en su mundo interior, rompiendo con el exterior y abandonando todos sus contactos anteriores. Se manifiesta por no salir de casa, estar encerrado en su habitación y evitar la compañía de los demás.
- **Falta de motivación:** El paciente se encuentra absolutamente desmotivado para hacer cosas, aunque sea algo sencillo y se manifiesta por una pérdida progresiva en el autocuidado, la limpieza y el orden.
- **Angustia y depresión:** El paciente puede llegar a encontrarse enormemente inquieto y ansioso por el sentimiento de que algo grave está ocurriendo y de que no puede hacer nada por evitarlo.

Tratamiento:

Los medicamentos antipsicóticos generalmente son eficaces en el tratamiento de algunos síntomas de la esquizofrenia, especialmente las alucinaciones y delirios. Desdichadamente, estos medicamentos posiblemente no ayuden con otros síntomas, tales como la falta de motivación y de expresividad emocional.

Más aun, los antipsicóticos antiguos (llamados “neurolépticos”), como por ejemplo haloperidol (Haldol®) o clorpromazina (Thorazine®), pueden producir efectos secundarios como una disminución de la motivación y de la expresividad emocional. Por lo general, una reducción de la dosis, o un cambio de medicamento, reducen estos efectos secundarios.

Las nuevas medicinas, entre ellas olanzapina (Zyprexa®), quetiapina (Seroquel®), risperidona (Risperdal®), ziprasidone (Geodon®) y aripiprazole (Ability®) parecen producir estos problemas con menos frecuencia o intensidad. Cuando los pacientes con esquizofrenia se deprimen, los otros síntomas, como la psicosis, parecen empeorar.

Los antipsicóticos de “Segunda generación” están ayudando a muchas de las personas con esquizofrenia a reintegrarse a la sociedad y a mejorar su calidad de vida. El tratamiento mejora el pronóstico a largo plazo, por lo que muchas personas se recuperan de la esquizofrenia si reciben un tratamiento eficaz y adecuado al comienzo del trastorno.

Efectos Secundarios

Los medicamentos antipsicóticos, al igual que prácticamente todos los medicamentos, producen efectos indeseados junto con los efectos beneficiosos. Durante las fases iniciales del tratamiento con medicamentos, los pacientes pueden sufrir efectos secundarios tales como somnolencia, inquietud, espasmos musculares, temblores, boca seca o visión nublada. La mayoría de estos efectos pueden corregirse reduciendo la dosis o pueden ser controlados por otros medicamentos. Cada paciente puede reaccionar de una manera diferente a un mismo medicamento. Es decir, tomando el mismo medicamento un paciente puede desarrollar un efecto secundario, mientras que otro paciente no desarrolla ninguno o desarrolla un efecto secundario diferente. El paciente puede sentirse mejor con un medicamento que con otro.

Los medicamentos antipsicóticos desarrollados en los últimos años, también conocidos como “antipsicóticos atípicos”, conllevan un riesgo

menor de producir DT que los medicamentos más antiguos, también conocidos como “antipsicóticos típicos”. Pero, a pesar de que los nuevos medicamentos tienen en general menores riesgos, no están completamente libres de efectos secundarios. Pueden producir aumento de peso, si se administran en dosis demasiado altas, pueden producir problemas tales como aislamiento social y síntomas parecidos a la enfermedad de Parkinson, un trastorno del movimiento del cuerpo. Pero los antipsicóticos atípicos representan un avance significativo en el tratamiento, y su uso óptimo en los pacientes esquizofrénicos está siendo investigado actualmente.

Otras intervenciones

Intervenciones psicosociales: Para ayudar a los pacientes y sus familiares a resolver problemas, hacer frente al estrés, afrontar la enfermedad, sus complicaciones y prevenir las recaídas. Las intervenciones psicosociales refuerzan la capacidad de la persona para enfrentarse al estrés o adaptarse a los efectos de la enfermedad.

Rehabilitación social: Para ayudar a los pacientes a reintegrarse en la comunidad y recuperar la actividad educativa y laboral.

1.4 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Hablar lentamente y en tono suave, nunca gritar o mostrarse amenazantes, pues ello provoca un aumento de la agresividad. Es importante que el personal se mantenga al cuidado de paciente en todo momento.
- Aceptar la conducta la sin reprochar a la persona sus gritos, palabras y actitudes amenazantes.
- No avergonzarlos por sus actos ni utilizar el refuerzo negativo.
- Explicar al paciente la razón por la cual se le ha inmovilizado, garantizándole verbalmente que va a recibir los cuidados que precisa.

-Explicar al paciente y a los familiares el procedimiento, el objetivo y la duración de la Intervención en términos comprensibles.

-Seguir los cinco principios de administración de medicación.

Tomar nota los antecedentes médicos y de alergias del paciente.

-Monitorizar la respuesta del paciente a la medicación.

-Monitorizar el nivel de conciencia.

-Monitorizar los signos vitales.

Proporcionar el nivel de supervisión / vigilancia adecuado para controlar al paciente y permitir las acciones terapéuticos, según sea necesario.

-Proporcionar confort psicológico al paciente, según sea necesario.

-Monitorizar el color, la temperatura, la sensibilidad y el estado de la piel.

-Colocar al paciente para facilitar su comodidad y prevenir la aspiración y las lesiones cutáneas.

-Ayudar a realizar cambios periódicos de la posición de cuerpo.

Ayudar con las necesidades relacionados con la nutrición la excreción la hidratación y la higiene personal...

-Cuidados físicos, mantenimiento de la hidratación, nutrición e higiene.

-Administración del tratamiento farmacológico: asegurando la toma y detectándola aparición de efectos secundarios.

-Orientar al paciente en la realidad, ganarse la confianza escuchando sus ideas delirantes, evitar negar o discutir las alteraciones del pensamiento que expresen en la comunicación verbal (pero nunca dar a entender que se aceptan) estar el mayor tiempo posible a su lado para transmitir seguridad, hacerle seguir los horarios de sueño y alimentación, disminuir los estímulos externos.

-Asegurar un entorno de seguridad para el paciente.

-Acompañar al paciente durante periodos regulares no abrumar con palabras, hacerle cumplir la rutina del servicio y normas.

-Brindar la oportunidad para que aprenda que sus sentimientos son válidos y no difieren mucho de los demás.

-Comenzar con interacciones uno a uno, y después hacer avances para que el paciente pueda integrarse a pequeños grupos, según los tolere.

-Proteger al paciente de tendencias autodestructivas (retirar objetos que puedan utilizarse en conductas autodestructivas).

-Disminuir la conducta inhibida, proporcionar una actividad estructurada a objetivos.

-Aumentar la autoestima y los sentimientos de valía.

-Dirigir las actividades para ayudar al paciente ha aceptar la realidad y a mantenerse en contacto con ella, usar las terapias recreativas ocupacionales cuando sea apropiado.

1.5 TEORÍA DE HILDEGARD PEPLAU

La teoría de Hildegard Peplau, se centra en las relaciones interpersonales que las personas establecen a medida que pasan a través de las etapas del desarrollo. El propósito de la enfermería es educar al paciente y a su familia y ayudar al paciente a alcanzar un desarrollo maduro de la personalidad.

El profesional de enfermería desarrolla una relación con el paciente en la que el primero se constituye en una persona a la que recurrir, consejero y representante. Cuando el paciente necesita ayuda, el profesional de enfermería comenta la naturaleza del problema y explica los servicios disponibles.

Esta teoría permite que los profesionales de enfermería dejen de centrarse en la atención biofísica de la enfermedad y acercarse a los

sentimientos y los comportamientos frente a la enfermedad, ellos pueden ser explorados e incorporados a las intervenciones de enfermería.

En la relación enfermera y paciente, describe cuatro fases:

- 1. Orientación:** En esta fase el paciente tiene una necesidad insatisfecha y por tanto precisa apoyo profesional, la enfermera le ayuda a reconocer y entender sus problemas.
- 2. Identificación:** El paciente se relaciona o identifica con aquellos que pueden ayudarlo (relación) la enfermera le ayuda a desarrollar fuerzas positivas para llegar a satisfacer sus necesidades.
- 3. Exploración:** El paciente intenta aprovechar al máximo todo lo que se le brinda a través de su relación con la enfermera.
- 4. Resolución:** Los objetivos iniciales van cambiando progresivamente y en la medida que el paciente se hace menos dependiente se va liberando de su identificación con el enfermero/a.

Metaparadigma:

Enfermería: Proceso terapéutico que funciona en termino de cooperación en otros procesos humanos haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades.

Persona: Son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la enfermedad.

Salud: Implica un movimiento hacia delante de la personalidad y otros procesos humanos, en una dirección de una vida creativa, constructiva, productiva, tanto a nivel personal como comunitario.

Entorno: Las fuerzas que existen fuera del organismo y el contexto de la cultura sin embargo las condiciones generales que normalmente determinan la salud incluyen siempre el proceso interpersonal.

CAPITULO II: APLICACIONES DEL PAE EBE

Datos de filiación:

| | |
|-----------------------|---------------|
| Nombre: | W.D.M.S. |
| Edad: | 49 años |
| Sexo: | Masculino |
| Religión: | Católico |
| Estado civil: | Soltero |
| Ocupación: | S/ ocupación |
| Domicilio: | Surco |
| Idioma: | Castellano |
| Nivel de Instrucción: | Sec. Completa |
| Fecha de ingreso: | 04/09/17 |

Antecedentes:

Psiquiátricos:

Esquizofrenia.

Consumo de cocaína y marihuana a los 15 años se atendió en Hospital Hermilio Valdizan con medicación.

Risperidona 2mg tab. Vía oral (1 noche) Diagnostico F20.0

MOTIVO INGRESO

Paciente ingresa al servicio de emergencia traído por policías y familiares, a la hora de 9:30am aproximadamente, en mal estado general, amenazante con palabras soeces, altisonante hostil con los puños cerrados, gritando he puesto láminas de seguridad al palacio de gobierno de Fujimori, mi hermano es un malito lo voy a denunciar, déjenme ir, no colabora con la entrevista por lo que lo ingresan a la sala, se le realiza

contención mecánica en miembros superiores y miembros inferiores, se le administra: Haloperidol 5mg amp IM (2)

Midazolam 5mg amp IM (1)

Situación problemática

Paciente adulto maduro de 49 años de edad con iniciales W.D.M.S. ingresa a la sala de emergencia, a la entrevista el hermano refiere “amenaza a mi madre, esconde cuchillo debajo de su cama, se encierra en su cuarto, no quiere comer, no toma medicinas, no trabaja, ha roto la puerta, es mantenido por mi madre que tiene 81 años, insulta a los vecinos, ya estamos cansados, hartos”.

A la valoración se observa al paciente en mal estado general, aparenta edad cronológica, responde al llamado, no establece contacto visual, hostil, altisonante, inquieto, ira contenida, puños cerrados, cejas fruncidas vociferando “quiero salir de aquí no estoy loco, sáquenme de aquí llamen a mi madre”.

FV: P.A: 110/70 mmhg P: 86 R: 22 T: 36.2 °C

Conciencia: Despierto, parcialmente orientado en TEP

Lenguaje: Claro, tono altisonante

Pensamientos: Delusivo de daño.

Percepción: No se evidencia conducta alucinatoria

Afectividad: Irritable

Memoria: Alterada

Conciencia de enfermedad: No

Diagnóstico médico:

Síndrome Agitación psicomotriz

F.20.0 Esquizofrenia paranoide

D/C F.19 Trastornos mentales del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de sus otras sustancias psicótropas

Tratamiento médico:

| Medicamento | Dosis | Cantidad | Horario |
|--------------------|--------|----------|---------|
| Haloperidol | 5 mg | 2 amp | C/8h |
| Midazolán | 5 mg | 1 amp | C/12h |
| Clonazepam | 2 mg | 1 tab | M-N |
| Valproato de Sodio | 500 mg | 1 tab | M-T-N |

Exámenes auxiliares: Fecha 04/09/17

| | Resultado | Normal |
|---------------------|------------|-----------|
| Glucosa | 72 mg/dl | 75 – 15 |
| Urea | 20 mg/dl | 10 – 50 |
| Creatinina | 1.35 mg/dl | 0.7 – 1.2 |
| Fosfatasa Alcalina | 67 u/ml | 53 – 128 |
| TGO | 58 u/ml | < 37 |
| TGP | 37 u/ml | < 40 |
| Bilirrubina Total | 0.75 mg/dl | 0.1 – 0.2 |
| Bilirrubina Directa | 0.25 mg/dl | 0.1 – 0.3 |

Examen de orina normal

Cocaína / Marihuana negativo

2.1 VALORACIÓN SEGÚN: DOMINIOS

| Tipo de Datos | Dominio |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Datos Subjetivos: Hermano refiere: Está agresivo, ha roto la puerta, tira las cosas, grita, ya no lo podemos controlar. - Datos Objetivos: Manifiesta resistencia ante su ingreso se muestra agresivo, hostil, altisonante, con los puños apretados, seños fruncido, camina de un lado a otro, irritable, vocifera, amenaza al hermano. | Dominio: 11 Seguridad / Protección |

| Tipos de Datos | Dominio |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Datos Subjetivos: No quiero que me pongan las ampollas, me da mucho sueño, me pongo sonso, no me deja hacer nada, ya no quiero las ampollas, dígame al doctor. - Datos objetivos: Paciente con los ojos cerrados, lenguaje lento, se duerme en la entrevista. | Dominio: 11 Seguridad / Protección |

| Tipos de Datos | Dominio |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Datos Subjetivos: No quiero estar aquí, quiero salir, no estoy loco, llamen a mi madre, me han traído a la fuerza, quiero salir. - Datos objetivos: Paciente intenta salir corriendo por la puerta, mira a su alrededor, quiere abrir las ventanas, camina de un lado a otro, hipervigilante, furioso, irritable. | Dominio: 11 Seguridad / Protección |

| Tipos de Datos | Dominio |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Datos Subjetivos: Paciente grita: quiero salir de acá, no quiero estar en este lugar, no estoy loco. Que me van a hacer. Llaman a mi madre. Te voy a denunciar, tú tienes la culpa (al hermano). - Datos Objetivos: Paciente camina de un lugar a otro. Parcial contacto visual, hipervigilante, mira de un lado a otro permanentemente irritable, nervioso, inquieto. | <p>Dominio: 9 Afrontamiento / Tolerancia al Estrés</p> |

| Tipos de Datos | Dominio |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Datos Subjetivos: Paciente grita quiero salir de aquí, suéltanme quiero no estoy loco, me molesta las manos, suéltanme. - Datos Objetivos: Vocifera que lo suelten, lenguaje altisonante, forcejea las manos. Se observa fuentes de presión y enrojecimiento en la muñeca derecha. | <p>Dominio: 11 Seguridad / Protección</p> |

| Tipos de Datos | Dominio |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Datos Subjetivos: Hermano refiere: Estoy cansado cada vez que se pone mal, tengo que ir a traer, mi madre no puede tiene 81 años. No tengo buenas relaciones con él, es malcriado, atrevido, no respeta a nadie, ya no quiero saber nada. - Datos Objetivos: Hermano molesto, alterado, quiere dejar al paciente y retirarse. | <p>Dominio: 7 Rol / Relaciones</p> |

2.2 PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- Riesgo de violencia dirigido a otra R/C conducta agresiva, secundaria a trastorno del pensamiento.
- Riesgo de caída R/C efecto secundario de medicamentos (antipsicótico y ansiolítico).
- Riesgo de fuga R/C a no conciencia de enfermedad mental enfermedad mental.
- Ansiedad R/C negativa de hospitalización
- Deterioro de la integridad cutánea R/C fuerzas de cizallamiento presión (sujeciones).
- Alteración de los procesos familiares R/C conducta agresiva.

2.3 ESQUEMA DE PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

| Valoración | Diagnostico | Planificación Objetivo | Intervención | Evaluación |
|--|--|--|---|---|
| <p>Datos Subjetivos: Hermano refiere: Está agresivo, ha roto la puerta, tira las cosas, grita, ya no lo podemos controlar.</p> <p>Datos Objetivos: Paciente manifiesta resistencia ante su ingreso se muestra agresivo, hostil, altisonante, con los puños apretados, seños fruncido, camina de un lado a otro, irritable, vocifera, amenaza al hermano.</p> | <p>Riesgo de violencia dirigido a otros R/C conductas agresivas, secundaria a enfermedad mental.</p> | <p>Paciente controla conducta violenta, después de las intervenciones de enfermería durante la estancia en el área de emergencia</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Se establece una comunicación comprensiva, persuasiva y firme con tono de voz suave, sin provocaciones ni juicios de su conducta. - Se retira objetos que pueden ser peligrosos para la integridad el paciente y de la persona que está a su alrededor, como sillas, mesa de noche, lámparas. - Se brinda ambiente tranquilo y agradable, individual, sin ruidos, menos transitado, para disminuir la agresividad del paciente. - Se le explica los procedimientos que se le va a realiza, incluidas las posibles sensaciones que se han experimentado durante el procedimiento. - Se controla funciones vitales: P.A, pulso, respiración. - Se administra tratamiento farmacológico, según prescripción médica: Haloperidol 5mg amp. IM (2) Midazolam 5mg amp. IM (1) - Se le explica al paciente que determinada acción no es un castigo sino tiene una función terapéutica y que será suprimido en la brevedad posible. - Se le realiza contención física según indicación médica, siempre de ambas manos y pies no dejando extremidades libres hasta su sedación. - Se realiza los registros de enfermería. | <p>Paciente queda más tranquilo. Muestra aparente atención.</p> |

| Valoración | Diagnostico | Planificación Objetivo | Intervención | Evaluación |
|--|--|---|---|---|
| <p>Datos Subjetivos: Tengo sueño, no quiero que me pongan las ampollas, me da sueño, me vuelvo tonto, no puedo hacer nada, tengo mucho sueño.</p> <p>Datos Objetivos: Paciente permanece con los ojos cerrados, lenguaje tono bajo, lento, recibe antipsicótico y ansiolítico.</p> | <p>Riesgo de caída R/C efecto de medicamentos (antipsicótico y ansiolítico).</p> | <p>Paciente logrará evitar caída. Después de las intervenciones de enfermería en el servicio de emergencia.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse si lo precisa. - Se monitoriza control de funciones vitales: P.A, P, R, T. - Se proporciona supervisión y vigilancia adecuado para controlar al paciente y permitir las acciones terapéuticas según sea necesario. - Se desarrolla estrategias para control de los efectos secundarios de los fármacos. - Se controla la marcha, equilibrio y el cansancio al andar. - Se ayuda a la deambulación y aseo a intervalos frecuentes programados. - Se identifica conductas y factores que afectan el riesgo de caída. - Se evalúa el nivel de sedación cada dos horas. - Se realiza los registros de enfermería. | <p>Paciente queda sin lesión física (caída)</p> |

| Valoración | Diagnostico | Planificación Objetivo | Intervención | Evaluación |
|---|---|---|--|--|
| <p>Datos Subjetivos: No quiero estar aquí, quiero salir, no estoy loco, llamen a mi madre, quiero salir.</p> <p>Datos objetivos: Paciente intenta salir corriendo por la puerta, mira a su alrededor, quiere abrir las ventanas, camina de un lado a otro, hipervigilante, furioso.</p> | <p>Riesgo de fuga R/C ambiente desconocido: secundario a estado mental.</p> | <p>Paciente logrará controlar ideas de fuga, después de la intervención de enfermería durante la estancia en el área de emergencia.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Se le explica al paciente todo el proceso de hospitalización y se le ofrece seguridad y comodidad. - Se le ubica a un ambiente seguro (puerta cerrada o con alarma en las salidas y ventanas cerradas). - Se comunica el riesgo de fuga al resto del equipo de enfermería y personal de vigilancia. - Se familiariza al paciente con el ambiente y la rutina para disminuir la ansiedad. - Se administra medicamento farmacológico indicado: Haloperidol 5mg amp. IM (2) Midazolam 5mg amp. IM (1) - Se le anima a que busque al personal de enfermería cuando experimente sentimiento conflictivo (ansiedad, ira y miedo que puedan ocasionar la fuga). - Se le realiza contención física según indicación médica. - Se realiza los registros de enfermería. | <p>Paciente queda en observación por riesgo de fuga.</p> |

| Valoración | Diagnostico | Planificación Objetivo | Intervención | Evaluación |
|--|---|--|---|----------------------------------|
| <p>Datos Subjetivos: Quiero salir... no quiero estar en este lugar, no estoy loco, llamen a mi madre. Te voy a denunciar, tú tienes la culpa (al hermano).</p> <p>Datos Objetivos: Paciente camina de un lugar a otro. Parcial contacto visual, hipervigilante, mira de un lado a otro permanentemente, irritable, nervioso, inquieto, amenaza al hermano.</p> | <p>Ansiedad R/C entorno desconocido: Hospitalización.</p> | <p>Paciente controlará su ansiedad, después de las intervenciones de enfermería durante su estadía en el área de emergencia.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Se le brinda información de la enfermedad y motivo de hospitalización utilizando términos claros y concretos que despierten interés en el paciente. - Se le explica los procedimientos que se le va a realizar, incluidas las posibles sensaciones que se han experimentado durante el procedimiento. - Se le brinda un ambiente tranquilo, sin ruidos. - Se administra tratamiento farmacéutico, según prescripción médica: Haloperidol 5mg amp. IM (2) Midazolam 5mg amp. IM (1) Clonazepam 2mg tab. VO (1) - Se fomenta escucha activa y relación de confianza. - Se observa si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. - Se permanece con el paciente para promover la seguridad y reducir miedo. - Se realiza los registros de enfermería. | <p>Paciente queda tranquilo.</p> |

| Valoración | Diagnostico | Planificación Objetivo | Intervención | Evaluación |
|---|--|---|---|---|
| <p>Datos Subjetivos: Quiero salir de aquí, suéltense... quiero que me suelten, me molesta las manos, suéltense.</p> <p>Datos Objetivos: Paciente vocífera que lo suelten. Forcejan las manos. Se observa fuentes de presión, muñeca derecha enrojecida y edematizada.</p> | <p>Deterioro de integridad cutánea R/C factores mecánicos, fuerzas de cizallamiento presión, sujeciones.</p> | <p>Paciente recuperará, integridad cutánea.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Se realiza una evaluación continua cada 30 minutos la contención física. - Se verifica que las sujeciones estén adecuadamente colocadas seguros, sin presionar al paciente ni con riesgo de provocarles lesiones cutáneas. - Se le afloja las sujeciones y se valora la piel, color, temperatura y sensibilidad de las extremidades sujetadas cada 15 minutos. - Se brinda un ambiente tranquilo, sin riesgos, nivel de iluminación adecuada y bien ventilada. - Se le administra tratamiento farmacológico: Haloperidol 5mg amp. IM (2) Midazolam 5mg amp. IM (1) - Se le brinda ayuda en las necesidades, relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación, higiene personal. - Se evalúa a intervalos regulares la necesidad del paciente de continuar con la intervención restrictiva. - Se le retira gradualmente la sujeción (una cada vez, si la sujeción es de cuatro puntos), a medida que aumente el autocontrol. - Se observa la respuesta del paciente a la retirada de la sujeción. - Se realiza masajes con cremas que no tengan alcohol sobre zonas con mayor presión. | <p>Paciente en proceso de recuperación.</p> |

| Valoración | Diagnostico | Planificación Objetivo | Intervención | Evaluación |
|---|---|--|---|--|
| <p>Datos Subjetivos: Hermano refiere: Estoy cansado cada vez que se pone mal, tengo que ir a traer, mi madre no puede tiene 81 años. No tengo buenas relaciones con él, es malcriado, atrevido, no respeta a nadie, ya no quiero saber nada.</p> <p>Datos Objetivos: Hermano molesto, incomodo, alterado, quiere dejar al paciente y retirarse.</p> | Alteración de los procesos familiares R/C estado de salud: conducta agresiva. | Se mejorará los procesos familiares después de la intervención de enfermería durante la estancia en el área de emergencia. | <ul style="list-style-type: none"> - Se brinda confianza a la familia y escucha activa. - Se le permite que exprese sus dudas y temores. - Se concientiza a la familia la importancia de que el paciente cumpla con su tratamiento. - La familia acepta la sugerencia para asistir a terapia de familia. - Se ayuda al familiar a identificar estrategias positivas en los cambios de papeles. - Se deriva a servicio social para que busque ayuda de permanencia: casa de reposo. - Se realiza los registros de enfermería. | Mejora procesos familiares: Hermano se muestra más colaborador con el paciente. Familiar intentará buscar otro apoyo, como una casa de reposo. |

CAPITULO III: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 CONCLUSIONES:

- Mediante la aplicación del PAE, se logró disminuir el riesgo de violencia en el paciente psiquiátrico.
- A través del Proceso de Cuidado Enfermero se logra tener un mejor control del paciente para evitar lesión física (caída).
- La planificación personalizada de los cuidados permitió una vigilancia permanente para evitar la fuga del paciente psiquiátrico.
- Aplicando el Proceso de Enfermería se logra disminuir el nivel de ansiedad del paciente psiquiátrico.
- Por medio del PAE se logra garantizar una observación constante, lo que permite evitar autolesiones.
- La planificación personalizada de los cuidados permitió la participación activa de la familia.

3.2 RECOMENDACIONES:

- El personal asistencial en las Emergencias Psiquiátricas debe tener la capacitación continua.
- Durante la aplicación del PAE se tiene que tomar en cuenta el estado de conciencia y monitoreo hemodinámico del paciente.
- Es importante el desarrollo de protocolos y guías para las intervenciones y garantizar la seguridad del paciente.
- El PAE debe garantizar al paciente una comunicación permanente y escucha activa de los procedimientos a seguir.
- Con la aplicación del PAE se debe asegurar una evaluación continua de contención mecánica para evitar lesión cutánea.
- Comprometer a la familia al cuidado y tratamiento del paciente mediante la sensibilización y sesiones educativas.

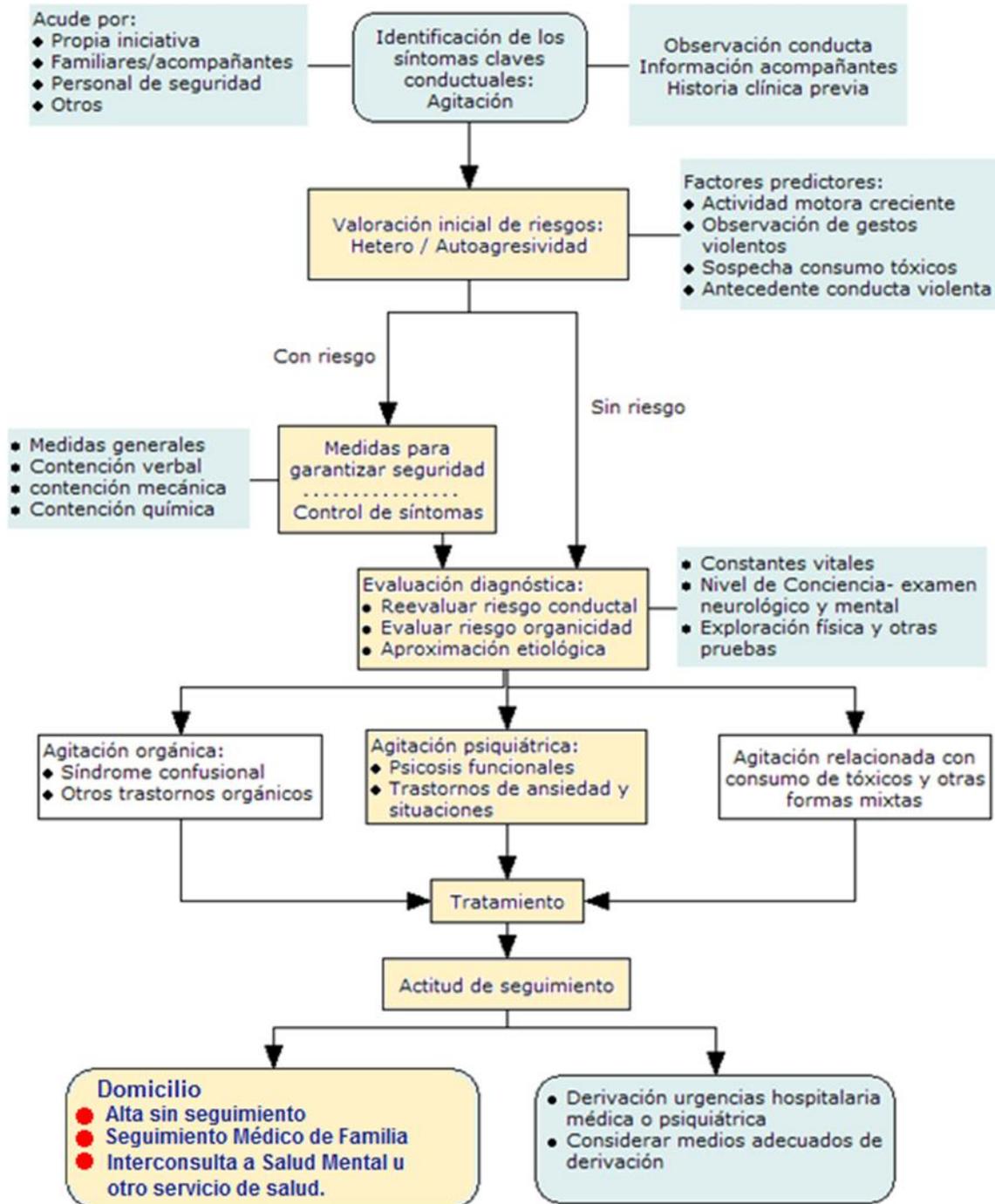
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adorno, V. (agosto, 2015). La agitación psiquiátrica – Avances en su tratamiento -. *Tendencias en la medicina*, (10), 11-16. Recuperado de http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes10p/art_03.pdf [Consulta 31 octubre 2017]
- Báez, F., Nava, V., Ramos, L. & Medina, O. (Agosto, 2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan*, (9). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3125084.pdf> [Consulta 31 de octubre 2017]
- Bernal, F., Bustamante, C., Hernández, M. & Nieves, J. (mayo, 2013). AGITACIÓN EN PACIENTE ADULTO HOSPITALIZADO. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS. *Recién: Revista electrónica científica de enfermería*, (6), pp. 6-10. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44912/1/RECIEN_06_06.pdf [Consulta: 24 de septiembre 2017].
- Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU y los institutos nacionales de la salud. *Medline Plus*. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000928.htm> [Consulta: 24 septiembre 2017]
- Bulechek, G., Butcher, H. & Dochterman, J. (2014). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 6^{ta} ed. Barcelona: Elsevier Health Sciences.
- Carpenito, L. J. (2002). *Manual de diagnósticos de enfermería*. 9^a Ed. Barcelona: Mc Graw–Hill Interamericana.
- Cortez, G. & Castillo, F. (2012). *Guía para elaborar NANDA, NIC, NOC Proceso de Atención de Enfermería en especialidades*. 6^a ed. Lima: Rodhas.
- Farmacias ahumadas. (2017). *Haloperidol*. Santiago: Farmacias ahumada. Recuperado de <http://www.farmaciasahumada.cl/fasa/MFT/PRODUCTO/P3118.HTM> [Consulta: 27 de octubre 2017]

- Farmacias ahumadas. (2017). *Clonazepam*. Santiago: Farmacias ahumada. Recuperado de <http://www.farmaciasahumada.cl/fasa/MFT/PRODUCTO/P8509.HTM> [Consulta: 27 de octubre 2017]
- Gallego, V. F., Pérez, E. M., Aquilino, J. S., Angulo, C. C., & ESTARLICH, M. C. G. (2009). Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias*, 21, 121-132.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2012). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014*. Barcelona: Elsevier.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2015). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017*. Barcelona: Elsevier.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2017). *Enfermería*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/topics/nursing/es/> [Consulta: 31 de octubre 2017]
- Potter, Y. P., & Perry, A. (1996). *Fundamentos de Enfermería Teoría y práctica*. 3ta. Ed. Madrid: Harcourt.
- Smith, S. F., & Duell, D. J. (1996). *Enfermería Básica y Clínica*, Editorial el Manual Moderno
- Téllez, J. M., Villena, A., Morena, S., Pascual, P., & López-García, C. *El paciente agitado*. Guías Clínicas. 2005; 5 (34).
- Vives, J. F. (2011). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica: Valoración y cuidados*. Editorial Médica Panamericana.
- World Health Organization. (2004). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Panamericana

ANEXOS

Protocolo de atención



Paciente agitado



Contención mecánica

