

CAPÍTULO XVI

Manejo de enfermería en urgencias psiquiátricas

Maribel Pinilla Alarcón, Enf.
Docente Universidad Javeriana

La enfermedad mental en Colombia se impone como un gran reto para la salud pública moderna debido a su alta incidencia, su potencial cronicidad y severidad y las consecuencias para la familia y la sociedad en general.

El aumento en las cifras de trastornos psiquiátricos y el cambio en el entorno legal de la seguridad social obligan a los entes oficiales y privados a fortalecer las áreas de diagnóstico en psiquiatría y orientar los tratamientos en forma pertinente y oportuna.

Esta guía de *Intervención de Enfermería en Urgencias Psiquiátricas*, describe en forma breve los trastornos que con mayor frecuencia se presentan en el servicio de urgencias y el abordaje inmediato de estos pacientes, en forma oportuna y acertada por parte del personal de enfermería. Estas entidades clínicas son el paciente suicida, el paciente depresivo, el paciente en crisis de ansiedad, el paciente violento, el paciente abusador de sustancias y la psicosis aguda.

PACIENTE SUICIDA

Se define como una conducta que corresponde al acto de matarse de manera intencional e inequívoca. El Ministerio de Salud en su informe “*Situación de Salud en Colombia, Indicadores Básicos para el 2002*”, reportó una tasa de mortalidad específica en 1999 por

suicidios y lesiones autoinflingidas de 5,2 por 100.000 habitantes.

Se ha encontrado una fuerte asociación entre pacientes que intentan suicidarse y aquellos que padecen depresión, personas que han tenido pérdidas significativas, desempleo, enfermedad crónica y de mal pronóstico, disfunción familiar, historia familiar de suicidio, personas viudas, separadas y solteras y abuso de alcohol o drogas. Así mismo, se ha encontrado que los niños y los ancianos son los grupos más vulnerables.

Algunos estudios señalan como rasgos de personalidad predominantes en los suicidas la agresividad, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, aislamiento social, desesperanza e impotencia, pobre concepto de sí mismo, escasa capacidad para resolver problemas, resentimiento y necesidad de control externo.

PACIENTE DEPRESIVO

Los pacientes deprimidos representan entre 10 y 20 % de la población total de enfermos y en la población de pacientes psiquiátricos se aproximan al 50 %. Sólo un 10% llega a la consulta psiquiátrica y el 90% restante es manejado por médicos generales o internistas. Según la OMS cada año se registran mínimo 100.000.000 de nuevos casos clínicos de depresión y para el año 2020 la depresión mayor será la segunda causa de cargas de en-

fermedad, medida en años de vida ajustados por discapacidad, después de la enfermedad isquémica cardíaca.

Existen diversas hipótesis sobre la fisiopatología de la depresión, entre otras, predisposición genética; disminución de las aminas en el SNC (norepineprina, serotonina y dopamina); la teoría intrapersonal de tendencia por el trastorno afectivo cuando uno o ambos padres están deprimidos y la teoría del aprendizaje en la cual se afirma que las personas aprenden a estar deprimidas como respuesta a la falta de control sobre las experiencias de la vida.

La afección depresiva se puede clasificar en tres estados:

- **Reacción situacional:** es aquella reacción depresiva que se desarrolla a partir de un disgusto o una desilusión. El paciente reconoce la causa de su malestar, sin embargo, rechaza el tratamiento puesto que considera “normal” lo que siente.
- **Depresión crónica:** el paciente presenta pocos o ninguno de los síntomas de depresión pero manifiesta estar deprimido. El cuadro predominante es de insatisfacción crónica por la vida. Cuando el paciente acude a urgencias casi siempre lo hace por solicitud de familiares o amigos debido a agravamiento de los síntomas, especialmente de tipo suicida, y en ocasiones se presenta dificultad de manejo, puesto que el paciente se encuentra “habitado” a los síntomas y rechaza el tratamiento.
- **Depresión grave:** es el estado en el cual el paciente muestra signos de tristeza, desesperación y agitación o lentificación de la actividad psicomotriz. En la entrevista se queja de síntomas orgánicos como anorexia, pérdida de peso, cefalea, cansancio, pérdida de interés y concentración, confiesa sentirse desvalido, desesperado, inútil,

culpable y con frecuencia expresa ideas suicidas. Cuando el cuadro adquiere proporciones psicóticas, pueden presentarse alucinaciones y delirio.

PACIENTE CON CRISIS DE ANSIEDAD

La ansiedad se produce como resultado de una amenaza al yo, la autoestima o la identidad.

- **Nivel uno o estado de ansiedad leve:** el paciente es consciente de los múltiples estímulos ambientales, aún es capaz de resolver problemas, puede comprender la información y conserva la capacidad de introspección, presenta un ligero aumento de los signos vitales.
- **Nivel dos o estado de ansiedad moderada:** el paciente es consciente de los estímulos ambientales, aunque los enfoca sobre su problema inmediato, expresa sus preocupaciones, coopera con el profesional, es capaz de obedecer órdenes e instrucciones y muestra un aumento de las respuestas fisiológicas (mioclonías faciales o temblor de labios).
- **Nivel tres o estado de ansiedad grave:** el paciente se centra en detalles mínimos y no comprende la situación global, responde a múltiples estímulos, es incapaz de centrarse en acontecimientos prioritarios, muestra reacciones de sobresalto, exhibe conductas regresivas, muestra agitación, insomnio y dromomanía, tiene dificultad para recibir órdenes, aumenta el tono de voz, tiene dificultad para sostener una conversación con sentido, disminuye el contacto visual y depende del personal para resolver sus problemas.
- **Nivel cuatro o crisis de angustia:** el paciente no puede resolver problemas o pensar de forma lógica, otros tienen que darle control, parece aterrorizado, retraído y desligado, muestra intenso nerviosismo y aprehen-

sión, permanece ajeno a la situación ambiental y absorbo en sí mismo, puede no ser comunicativo y existe desorganización de la personalidad. Puede presentar disnea, mala coordinación motora, propensión a los accidentes, palidez mucocutánea,

PACIENTE VIOLENTO

Se define como la agresión contra una persona u objeto con la intención de dañarlo o destruirlo. La violencia es la exteriorización de emociones de miedo o ira con el fin de lograr los objetivos deseados. También puede ser el resultado de psicosis, conducta antisocial o enfermedad orgánica como consumo de tóxicos, delirios, confusión mental de origen neurológico, entre otras.

La conducta homicida es violencia con la intención de matar dirigida hacia otra persona. Durante un encuentro violento u homicida puede existir un alto grado de pánico, con la consiguiente pérdida de la capacidad de razonamiento. Puede emplearse también como defensa de seres queridos cuando una persona se siente atacada emocional o físicamente. El paciente puede ser el atacante o la víctima.

PACIENTE PSICÓTICO

La conducta psicótica es el resultado de un proceso patológico agudo o crónico, con la consiguiente distorsión de las percepciones, pensamiento desorganizado, deterioro del razonamiento y la toma de las decisiones y conducta regresiva. Las entidades diagnósticas en las cuales aparecen estos síntomas son:

Esquizofrenia: hay notoria alteración del pensamiento, con un lenguaje incoherente e ilógico y la presencia de delirios, alucinaciones, generalmente auditivas, afecto embotado y

gran deterioro del funcionamiento social, laboral y del autocuidado.

TRASTORNOS AFECTIVO BIPOLAR

- Estado de manía: se caracteriza por estado de ánimo eufórico, exaltado y expansivo con tendencia a la irritación, lenguaje locuaz, circunstancial y con fuga de ideas, delirio de grandeza, hiperactividad, insomnio y anorexia. La irritación y la alteración de la vida regular del paciente y de las personas cercanas, son frecuentes.
- Depresión: puede haber delirio, alucinaciones, catatonía, ideación e intento suicida.

Trastorno paranoide: es un delirio sistematizado al cual corresponde un comportamiento y una respuesta afectiva inadecuada. El paciente suele ser suspicaz aislado, hipersensible e hipervigilante.

Psicosis reactiva breve: es un cuadro súbito, precipitado por un estrés psicosocial importante, la sintomatología es dramática y se presentan conductas histriónicas. Consta de delirios, alucinaciones, conducta desorganizada o catatonía, afecto intenso o perplejidad.

Catatonía: puede estar presente en diferentes cuadros, compromete fundamentalmente el sistema psicomotor, presentando inmovilidad o excitación, además hay posturas extrañas, catalepsia, rigidez, mutismo y negativismo.

PACIENTE ABUSADOR DE SUSTANCIAS

Una sustancia psicoactiva es definida como aquella que puede alterar el estado de conciencia. Todas las sustancias psicoactivas están sujetas a abuso y dependencia. Se con-

sidera abuso cuando el uso es recurrente causando alteraciones en el trabajo y en el hogar, además es físicamente riesgoso y ocasiona problemas legales. Se considera dependencia cuando hay tolerancia y se presenta síndrome de abstinencia cuando se interrumpe el consumo de la misma.

Intoxicación aguda por alcohol etílico: es la más frecuente en los servicios de Urgencias. El consumo de etanol se asocia con 45-70% de los accidentes automovilísticos y con otros tipos de accidentes con fuego, caídas, ahogamientos, homicidios, lesiones personales, suicidios, violencia familiar y abandono del hogar. Así mismo, se relaciona con cuadros de cirrosis, hemorragia de vías digestivas y pancreatitis. A largo plazo produce alteraciones en todos los sistemas como demencia, neuropatías, miocardiopatía, arritmias, riesgo de ECV y IAM, anemias por déficit de folatos y vitamina B12.

Delirium tremens: es un síndrome grave, potencialmente mortal, que ocurre en aproximadamente el 5% de los pacientes que siendo alcohólicos incurren en abstinencia súbita de alcohol. Su aparición ocurre, generalmente, a las 72 horas de haber tomado la última copa de alcohol, sin embargo, puede desarrollarse sin que haya un cambio en el patrón de bebida. Se caracteriza por signos y síntomas neuropsiquiátricos como temblor, alucinaciones, confusión, agitación e hiperactividad autonómica como midriasis, diaforesis, taquicardia y taquipnea.

Intoxicación por cocaína: la confirmación clínica del diagnóstico es facilitado por los antecedentes del paciente (drogadicto reconocido) y porque la intoxicación es habitualmente fácil de reconocer ante un cuadro con signos de estimulación del sistema nervioso central como midriasis, sudoración, hipertensión arterial y taquicardia y trastornos psíquicos como agitación y psicosis paranoide.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La intervención de enfermería en el manejo del paciente psiquiátrico en urgencias se divide en las medidas generales que deben ser aplicadas con todos los pacientes y las medidas específicas de acuerdo con el cuadro clínico de la enfermedad.

MEDIDAS GENERALES

- Realizar la evaluación clínica del paciente con el fin de obtener datos subjetivos de la enfermedad actual, revisión por sistemas y antecedentes, y datos objetivos de la exploración física, signos vitales, lesiones sufridas, grado de ansiedad y riesgo de auto-destrucción o de lesión de los demás.
- Monitoreo de los signos vitales: mantener la vía aérea permeable y la ventilación en pacientes con riesgo de obstrucción y depresión respiratoria secundaria a intoxicación exógena, abuso de sustancias y administración de ansiolíticos y antipsicóticos; monitoreo electrocardiográfico de pacientes con abuso de cocaína, delirium tremens, abuso de benzodiazepinas; vigilar la aparición de convulsiones y manejo de la hipotermia o hipertermia.
- Valorar el nivel de conciencia del paciente.
- Mantener la hidratación.
- Manejar la intoxicación exógena.
- Tratar las lesiones sufridas como resultado de conducta psicótica, intento de suicidio o violencia.
- La enfermera debe realizar intervención terapéutica breve. Aunque generalmente el paciente no expresa espontáneamente la necesidad de ayuda, la enfermera debe construir una relación de confianza, presentarse y explicarle al paciente su papel. Es importante que la enfermera establezca una relación normal con el paciente, mostrándose comunicativa y darle la sensación de estar siempre dispuesta a escucharlo.

- No dramatizar la situación y la labor de la enfermera no debe incluir la investigación del caso ni hacer preguntas al paciente relacionadas con sus ideas.
- La persona debe ser abordada con empatía (ponerse en la situación del otro), respeto, tranquilidad y ser acrítico. Adoptar una actitud de aceptación del paciente.
- Trabajar en equipo multidisciplinario para tomar decisiones con relación al tratamiento del paciente.
- Verificar que se realice la consulta psiquiátrica y que en las hojas de órdenes médicas quede consignado el tratamiento a seguir.
- Explicar al paciente los procedimientos que se le realizan, en forma simple y comprensible.
- Ubicar el paciente en una habitación segura y visible para el personal.
- Prevenir lesiones controlando todo lo que pueda resultar nocivo (objetos cortantes tales como cubiertos, cristales de gafas, vasos, muebles; productos cáusticos como lejías, jabones, antisépticos; medicamentos y otros elementos como ventanas, tomas de corriente, cinturones, entre otros).
- Explicar al paciente los procedimientos tendientes a evitar riesgo de lesiones. El paciente debe entender el respeto por su estado pero también por la vida.
- Sujetar el paciente con medios mecánicos, cuando sea necesario.
- Si los procesos del pensamiento están alterados, orientar el paciente en la realidad (respecto al tiempo, lugar, la identidad personal, la autoestima y los obstáculos subjetivos para la salud).
- Animar al paciente a que exprese sus sentimientos y percepciones; hacer énfasis en las percepciones reales. Usar frases claras y concisas.
- Animar al paciente a hablar sobre su papel y expectativas dentro de la familia buscando que desarrolle un sistema de apoyo.
- Investigar si se pueden emplear las creencias espirituales y sistemas de apoyo para influir en los sentimientos y situaciones del paciente.
- Remitir el paciente a grupos de apoyo o redes sociales.
- Enseñar al paciente los efectos de las drogas de las que abusa.
- Enseñar al paciente técnicas de solución de problemas, toma de decisiones, comunicación y relajación.
- Ayudar al paciente a que identifique las conductas que necesitan cambios y las conductas de afrontamiento eficaz durante los cambios.
- Restringir las visitas si es necesario.
- Si el paciente muestra una alteración en el mantenimiento de la salud, identificar el tipo de deterioro y remitirlo para el seguimiento adecuado.
- Vigilar hábitos de alimentación, eliminación, autocuidado y sueño.
- Ayudar al paciente a reconocer las causas y los efectos de su enfermedad. Indagar el grado de deficiencia de conocimientos y proporcionarle información sobre su problema.
- Verificar que el paciente consume los medicamentos administrados por vía oral.
- Enseñar al paciente el uso adecuado de los medicamentos prescritos por el médico.
- Informar al paciente y la familia la situación y el manejo que se va a realizar.
- Informar a la familia y amigos el horario de visitas y las cosas que pueden o no traerle al paciente.

SUJECIÓN 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 inminente 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.
- Mantener contacto verbal con intervalos regulares mientras está despierto.
 - En lo posible, asignar un auxiliar del mismo sexo del paciente para que se ocupe de sus cuidados personales.
 - Ofrecer alimentos y líquidos.
 - Ayudar al paciente en la higiene personal.
 - Asistir el paciente durante la eliminación: acompañarlo al baño o proporcionarle un recipiente (pato, orinal).
 - Realizar las actividades de prevención de riesgos de la inmovilidad: masajes, cambios de posición, ejercicios pasivos. Vigilar signos y síntomas de tromboembolismo.
 - Monitoría de los signos vitales.
 - Retirar todos los objetos peligrosos de su entorno.
 - Las restricciones se eliminan cuando el paciente esté bajo control. Se inicia involucrando al paciente en planes para acostumbrarlo progresivamente a la seguridad.

CONTRAINDICACIONES

Trastornos hemorrágicos, enfermedad ulcerosa péptica, hipertensión y hepatopatía severas.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE EL PERIODO DE INMOVILIZACIÓN

- Mantener la dignidad y la autoestima porque la pérdida de control y la imposición de sujeciones mecánicas pueden resultar muy penosas para el paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Explicar la situación a los otros pacientes sin revelar la información que el paciente considere confidencial.
- Revisar periódicamente el estado de la inmovilización por seguridad y comodidad del paciente.
- Después de contener el paciente, el médico debe comenzar el tratamiento mediante una intervención verbal.
- Administrar antipsicóticos y ansiolíticos, adicional a la sujeción, la mayoría de los pacientes necesitan medicación.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESPECÍFICOS

PACIENTE SUICIDA

El primer paso en la intervención es establecer una relación en la que la enfermera asuma un papel de autoridad, cuyo objetivo es establecer la letalidad, por lo tanto se recomienda:

- Tomar en serio todas las amenazas suicidas, incluso si parecen manipuladoras.
- Preguntar directamente sobre las ideas de suicidio; las personas suicidas generalmente sienten alivio al preguntarles sobre esto. No disuadir el paciente de sus intenciones ni proponerle que hable de algo distinto del suicidio.
- Considerar el suicidio en pacientes que tienen sentimientos de desesperanza.
- Indagar en pacientes deprimidos o que súbitamente mejoran, puesto que es posi-

ble que resolvieron sus problemas decidiendo suicidarse.

- Preguntar a la familia sobre la conducta del paciente en caso de que éste no hable sobre su potencial suicida.
- Por ningún motivo el paciente potencialmente autodestructivo debe abandonar el servicio de urgencias sin ser evaluado por psiquiatría.
- Establecer un contrato verbal y escrito con el paciente para que no abandone el servicio de urgencias ni se haga daño.
- Mantener el paciente acompañado por la familia o un amigo mientras exista alto riesgo de suicidio.
- La habitación del paciente no debe presentar riesgos donde el paciente pueda cortarse o colgarse. Existen más formas de suicidio que medidas que se puedan tomar, por lo tanto, la medida más eficaz es permanecer con el paciente.
- Comprobar el estado del paciente cada 15 minutos. Explicarle al paciente que recibirá protección hasta que sea capaz de resistir los impulsos suicidas.
- Hacer que el paciente escriba una lista de razones para vivir y razones para morir. Permitirle hablar del suicidio frente a otras alternativas de solución a sus problemas.
- Una excesiva demostración de vitalidad por parte del personal de salud empeora las cosas; comentarios tales como “pero si la vida es bella”, “es una cobardía matarse” no ayudan al paciente.
- Hablar sobre la muerte, lo que significa, lo que piensa y los sentimientos que alberga sobre ella.
- Comentar sobre el impacto del suicidio en los supervivientes.
- En caso de concretarse el suicidio, se le debe dar oportunidad a la familia para hablar de la muerte, los miedos y el enojo; ayudarle a anticipar las necesidades futuras y remitirla a terapia y grupos de apoyo.

PACIENTE DEPRESIVO

- El eje central de la atención de urgencias es dejar claro para el paciente y la familia que la depresión no es una “debilidad moral” o “falta de carácter” sino una enfermedad seria, potencialmente mortal y susceptible de respuesta al tratamiento adecuado.
- Ante un deterioro general de la salud, ayudar al paciente a identificar el tipo de deterioro y las modificaciones necesarias en su estilo de vida.
- Evaluar el estado nutricional e iniciar el tratamiento pertinente (por ejemplo, corregir la deshidratación).
- Evaluar el riesgo de suicidio por intoxicación o traumatismo.
- En algunas ocasiones está indicado dormir en habitación compartida, debido a que la soledad puede potenciar el suicidio.
- Es importante explicarle al paciente, aunque no está en condiciones de entenderlo, ésta es una etapa pasajera de su vida.
- No es conveniente el exceso de visitas, sin embargo, ayuda la presencia de las personas más allegadas al paciente siempre con su consentimiento.
- Controlar la ingesta y reforzar los hábitos higiénicos del paciente.
- Reconocer y celebrar los pequeños logros del paciente.

PACIENTE CON CRISIS DE ANSIEDAD

- Reforzar la aceptación y la autoestima admitiendo la ansiedad del paciente y ofreciéndole consuelo.
- Ayudar a identificar el acontecimiento desencadenante, determinar las medidas adoptadas para resolver el problema y las medidas habituales de afrontamiento. Una vez identificadas las opciones disponibles, se selecciona la más adecuada y se le ofrece ayuda directa.

- Corregir la hiperventilación mediante el uso de una máscara de reinhalación, técnicas de control de la respiración y ejercicios de relajación.
- Administrar los ansiolíticos prescritos por el médico.
- Si hay trastornos del sueño, enseñarle al paciente medidas de higiene relacionadas con el sueño tales como no hacer ejercicios dos horas antes de acostarse, no ingerir bebidas colas o café, acostarse en el momento que sienta sueño, no ver películas que le generen estrés, usar la cama exclusivamente para dormir, tomar un baño caliente y beber una bebida caliente.

PACIENTE VIOLENTO

- Frente a un paciente agitado se debe tomar medidas encaminadas a evitar lesiones en el paciente hasta que pueda ser sedado, tales como, proporcionarle una habitación tranquila y separada de los demás pacientes pero con compañía permanente.
- El médico debe informar claramente al paciente el motivo de ingreso a urgencias. Sin embargo, en algunos casos excepcionales el paciente debe ser engañado para lograr la admisión.
- Cuando se decida sujetar al paciente, la acción debe ser rápida y con cooperación de todos los miembros del equipo de salud; en lo posible explicarle el procedimiento en forma clara y simple antes de actuar.
- En el momento de la reducción del paciente procurar no dañarlo y en ningún caso golpearlo deliberadamente.
- Aplicar sujeción mecánica. No es la sujeción del paciente lo que garantiza su seguridad, sino la atención de enfermería; por lo tanto el control permanente del paciente durante el estado de agitación es esencial.
- No solicitar colaboración a otros pacientes para la sujeción del paciente. Si se realiza

en presencia de otros pacientes, hablar con ellos después de resolver la situación, para tranquilizarlos.

- Administrar sedación por vía intramuscular o intravenosa de acuerdo con la prescripción médica, lo antes posible. Solicitar ayuda para administración de los medicamentos.
- Disminuir los estímulos ambientales (ruido, luz, frío).
- Tranquilizar a la familia con frases como “han hecho lo que debían”, “el paciente está más tranquilo y seguro”.
- Registrar en la historia clínica y comunicar la información obtenida de la observación del paciente y los cambios de comportamiento. Especialmente, dejar constancia del procedimiento de sujeción física.
- Si el paciente se encuentra bajo custodia policial, seguir los trámites pertinentes de acuerdo con la indicación del organismo judicial correspondiente.
- Retirar restos de vendas y tijeras de la habitación, tras hacer uso de ellos durante la inmovilización.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. De Leo D, Carollo G, Dello Buono, et al. Suicide rates associated tele-help / tele-check services for the elderly at home. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 632-634.
2. Fontaine KL, Cook JS. *Enfermería Psiquiátrica*. Segunda edición. McGraw-Hill Interamericana. Barcelona, 1993.
3. Hyman E. *Manual de urgencias psiquiátricas*. Segunda Edición. Salvat Editores. Barcelona, 1987.
4. Jiménez I, Morales M, Gelves C, et al. El análisis del suicidio a través de la autopsia psicológica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 1998; 28:198-203.
5. Litman R. 500 psychological Autopsies. *Journal of Forensic Sciences*. 1989; 34: 638-646.
6. Ministerio de Salud y Cruz Roja Colombiana. *Manual de Primeros Auxilios Mentales*. Bogotá, 1996.
7. Ministerio de Salud. *Política nacional de salud mental*. Documento Final. Colombia, 1997.

8. Morales M, Jiménez Y. El suicidio desde la perspectiva forense. *Rev Col Psiquiatría*. 1996; 25: 29-37.
9. Orrego S. El Profesional de enfermería en urgencias psiquiátricas 2001. www.cpp.com.ar/articulos/crisis.htm.
10. Pinilla M. Primer Congreso Nacional de Pacientes Depresivos: manejos básicos en la depresión. Asociación de Psiquiatría Biológica. Bogotá, 2002.
11. Polly G, Gail P, Engman S. Urgencias de salud mental. En: *Enfermería de Urgencias*. Editado por Emergency Nurses Association. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 2001.
12. Shawler C. Problemas de salud mental. En: *Urgencias en Enfermería*. Editado por P Stinton, P Sturt. Editorial Océano. Barcelona, 2000.
13. Toro RJ, Yepes LE. Fundamentos de medicina: psiquiatría. Tercera edición. Corporación para las Investigaciones Biológicas (CIB). Medellín, 1997.
14. Torres F, Ciment CE, Castrillón E, et al. Guías de práctica clínica basada en la evidencia: urgencias psiquiátricas. Instituto del Seguro Social (ISS) y Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ASCOFAME). Bogotá, 1998.