

## La sujeción del paciente con agitación psicomotriz

*Rafael Antonio Estévez Ramos,\* Ihosvany Basset Machado,\* Ma. Guadalupe del Rocío Guerrero Lara,\*\* José Trinidad López Vázquez,\*\* María Luisa Leal García\*\**

### RESUMEN

**Introducción:** La sujeción terapéutica se puede relacionar con la inmovilización, la cual se entiende como el uso de procedimientos físicos mecánicos o farmacológicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, a fin de controlar su actividad física y protegerlo de las lesiones que sobre sí mismo o a otras personas pudiera ocasionar. **Objetivo:** Realizar una revisión acerca de la sujeción del paciente con agitación psicomotriz como medida terapéutica. **Metodología:** Se llevó a cabo una revisión documental de la literatura existente para describir las diferentes formas de sujeción del paciente con agitación psicomotriz, intentando un acercamiento a los modelos que se siguen en las instituciones de salud de México. **Conclusiones:** Existe la necesidad de crear un procedimiento estándar para sujetar al paciente con agitación psicomotriz, que preserve sus derechos fundamentales y a la vez garantice su integridad física y moral, para lo cual es imprescindible el planteamiento de estándares en indicadores que sean capaces de evaluar el procedimiento en cuestión.

**Palabras clave:** Sujeción, agitación, estándares e indicadores.

## The subjection of the patient with psychomotor agitation

### ABSTRACT

**Introduction:** The therapeutic subjection can be related to the immobilization, which is understood as the use of mechanical or pharmacological physical procedures directed to limit the movements of part or all the body of a patient, in order to control its physical activity and to protect it of the injuries that on itself or to other people could cause. **Objective:** To make a revision about the subjection of the patient with psychomotor agitation like therapeutic measurement. **Methodology:** A documentary revision of existing Literature was carried out to describe the different forms from subjection of the patient with psychomotor agitation, trying an approach to the models that are followed in the institutions of health of Mexico. **Conclusions:** The necessity exists to create a standard procedure to hold to the patient with psychomotor agitation, that preserves its fundamental rights and simultaneously it guarantees his physical and moral integrity, for which is essential the exposition of standards in indicators that are able to evaluate the procedure at issue.

**Key words:** Subjection, agitation, standards and indicators.

www.medigraphic.org.mx

\* *Maestro en Enfermería. Candidato a Doctor en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ).*  
\*\* *Doctor en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. UAQ.*

*Correspondencia: Rafael Antonio Estévez Ramos. E-mail: restevzr@hotmail.com Tel. 5860 1907, cel. 55 4190 3043*

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

## INTRODUCCIÓN

La agitación psicomotriz 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 (Fernández et al, 2009).

El síndrome de **agitación psicomotriz** no constituye en sí mismo una enfermedad, sino una conducta que puede ser manifestación de gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos (consumo de tóxicos, ideas delirantes, confusión mental de origen neurológico, etc.). Varios estudios muestran que aproximadamente el 10% de los individuos que llegan a los hospitales psiquiátricos presentan conductas violentas hacia otros individuos antes de su ingreso (Secker et al, 2003).

En la aparición de una conducta de violencia o agitación, en general se imbrica gran variedad de factores, tanto innatos como ambientales, que interactúan entre sí y que deben ser identificados por el clínico en la evaluación del paciente, entre otras razones porque pueden tener implicaciones terapéuticas. Será relevante discriminar si el origen del cuadro de agitación es de tipo psíquico o físico. Este aspecto es muy importante dada la dificultad en la valoración del paciente, por su falta de colaboración y la relación que esta conducta puede tener con problemas somáticos graves. Por tanto, y en cuanto sea posible, se deberá realizar una historia clínica completa y la exploración somática del paciente (Gavilán et al, 2009).

La agitación psicomotriz es considerada una urgencia psiquiátrica; sus repercusiones pueden ser graves e incluso fatales, tanto para el individuo que la padece como para las personas que lo rodean; es un síndrome inespecífico, de muy variada etiología, que se caracteriza por una alteración del comportamiento motor. Ésta consiste en un aumento desproporcionado y desorganizado de la motricidad, acompañado de una activación vegetativa (sudoración profusa, taquicardia, midriasis...), ansiedad severa, pánico u otros estados emocionales intensos. Su manejo presenta algunas dificultades, ya que generalmente se trata de un paciente escasamente colaborador y que puede presentar conductas agresivas o violentas, lo que entorpece mucho la labor médica habitual y en especial en el Área de Urgencias hospitalarias. Existe la tendencia a subestimar este cuadro, a atribuirlo a enfermedades psiquiátricas y derivarlo directamente a una valoración especializada en este campo. Sin embargo, en su etiología confluyen trastornos psiquiátricos, en ocasiones banales y a veces más graves, y trastornos orgánicos que suponen un grave riesgo para la vida del paciente. La exclusión de estas posibles causas orgánicas constituye el primer y crucial paso en la evaluación del

paciente agitado, para evitar así morbilidad y mortalidad innecesaria (Citrome L, J Volavka 1999).

Se define la **urgencia psiquiátrica** como la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta es en tal grado disruptivo que el paciente mismo, la familia o la sociedad consideran que se requiere atención inmediata. Según Oca, 2009, la urgencia psiquiátrica puede presentarse en condiciones que:

- a) Manifiestan una alteración psicológica aguda (ansiedad, pánico, depresión, trastornos de adaptación).
- b) Implican riesgo de daño personal o interpersonal (agresión suicidio, homicidio).
- c) Evidencian un comportamiento profundamente desorganizado (psicosis, delirio).

Las urgencias psiquiátricas que requieren ingreso pueden ser motivadas por la necesidad inicial de detener una situación de riesgo, tanto para el paciente como para los que le rodean (Oca, 2009).

### Elementos de la urgencia psiquiátrica

En la aproximación a la urgencia psiquiátrica deben considerarse cuatro elementos:

1. El paciente, quien con su cuadro clínico requerirá de estudio cuidadoso, exámenes pertinentes y el tratamiento necesario.
2. El ambiente humano circundante, cuya influencia debe evaluarse para la acción procedente.
3. El ambiente físico, que debe ser examinado por el médico para identificar peligros o facilidades potenciales, y
4. El médico, quien, como experto, habrá de resolver la urgencia. Su competencia profesional y personalidad jugarán un papel decisivo.

### Cuidados y tipos de intervención en las urgencias psiquiátricas

Hay, esquemáticamente, cuatro tipos de intervención en el abordaje y tratamiento de urgencias psiquiátricas:

- a) Intervención verbal: la comunicación es primordial. Con las transacciones explícitas, la ganancia siempre es alta y los riesgos menores. La comunicación debe ser directa, comprensiva, persuasiva y firme.
- b) Intervención farmacológica: referida al empleo adecuado, seguro y juicioso de los psicofármacos que, en la actualidad, constituye un recurso de privilegio técnico en el tratamiento. Es indispensable el conocimiento cabal de la psicofarmacología.

- c) Intervención física: implica restricción por la fuerza humana o contención mecánica. Será necesaria en algunos casos para proteger al paciente o a los demás. El médico comandará con seguridad las acciones evitando involucrarse personalmente en actos de fuerza; la experiencia demuestra que cuando los pacientes se restablecen suelen agradecer el haberseles cuidado.
- d) Solicitud de ayuda: que deberá ser hecha sin demora, cuando la situación lo requiera, al especialista o a las entidades que en casos singulares deben intervenir (Madoz et al, 2009).

### Evaluación de la urgencia psiquiátrica (Belart, 2009)

La aproximación al paciente en urgencia psiquiátrica es, en principio, similar a la de cualquier urgencia médica. En el curso de la intervención, la entrevista tomará la dirección que la información y los hallazgos le indiquen para establecer el diagnóstico. La entrevista y el examen se adecuarán, lógicamente, a las circunstancias.

Si, por definición, la urgencia demanda intervención pronta, hay que ser, sin embargo, cuidadosos y conservadores ante la sospecha de un cuadro orgánico; igualmente, en algunas urgencias de etiología psicológica es pertinente obtener toda la información posible, pues podría tornarse difícil su consecución ulterior.

El médico debe realizar una rápida evaluación mental y proceder al examen físico, recordando que muchas enfermedades orgánicas tienen una expresión psicológica. Siempre considerará seriamente las ideas e intentos de suicidio u homicidio, así como los riesgos de agresión. Si la información ofrecida por el paciente no fuera digna de crédito o hubiere imposibilidad de obtenerla directamente, se recurrirá a los familiares o acompañantes.

En la evaluación debe ponerse especial énfasis en lo siguiente:

#### 1. Historia clínica

- a) Referencia detallada de la queja principal.
- b) Cambios recientes en el curso de su vida (especialmente enfermedades físicas y pérdidas).
- c) Uso de drogas.
- d) Historia anterior de enfermedades médicas psiquiátricas y respuesta al tratamiento.
- e) Historia familiar.
- f) Historia personal.

#### 2. Examen mental

Debe realizarse de forma tan completa como sea posible.

#### 3. Examen físico

En los casos difíciles, debe ser realizado con la inmediatez que la situación de urgencia demande.

#### 4. Solicitud de exámenes auxiliares pertinentes

#### 5. Disposiciones y tratamiento

De acuerdo a las discusiones clínicas y al diagnóstico presuntivo

### Evaluación del paciente con agitación psicomotriz

Hay que tener en cuenta una serie de normas generales que deben ser aplicadas al evaluar a estos pacientes (Belart, 2009). Ante la llegada de un paciente agitado debemos realizar una serie de acciones encaminadas a evitar lesiones en el paciente hasta que esté sedado. Le proporcionaremos una habitación tranquila y separada de los demás, pues la sobreestimulación externa puede incrementar la agitación. Es importante que el paciente note nuestra presencia.

El personal de Enfermería establecerá las medidas oportunas, como:

1. Informar al paciente de las medidas que vamos a tomar y explicarle qué es para evitar riesgos de lesiones.
2. Retirar objetos punzantes, gafas, prótesis, cinturones u objetos de la habitación que sean innecesarios.
3. Si es preciso, aplicar sujeción mecánica sin dejar extremidades libres, hasta su sedación. La sujeción mecánica debe ser consultada previamente al médico y material adecuado. En caso contrario, se usarán vendas reforzadas con materiales suaves (como el algodón) para evitar quemaduras por abrasión al forcejear. Las sujeciones han de ser firmes, permitiendo un mínimo movimiento y, sobre todo, controlando que no aparezcan signos de cianosis o dolor distal en manos y pies. No dejar restos de vendas o cualquier otra cosa como tijeras y algodón en la habitación.
4. La sujeción del paciente no garantiza su seguridad, sino la atención y el cuidado de Enfermería, por ello es imprescindible mantener el control permanente del paciente durante su cuadro de agitación; es esencial también detectar signos o síntomas que puedan surgir (convulsiones, cianosis, fiebres altas, contenidos delirantes, dolor, etc.).
5. Es importante registrar y comunicar la información obtenida de la observación del paciente al médico, sobre todo cuando se observan cambios de su comportamiento o los signos antes descritos.

6. Aplicación del tratamiento prescrito (normalmente vía IM o IV) cuanto antes para lograr su sedación.
7. Restringir los estímulos (ruidos, luz), procurar una temperatura agradable.
8. Recoger las pertenencias y objetos personales del paciente, entregándolos a la familia o poniéndolos a buen recaudo. Es un buen momento para tranquilizar a los familiares: “han hecho lo que debían”, “el paciente está más tranquilo y seguro” etc.; se les informará del horario de visita y de lo que pueden traer o no.

Un alto porcentaje de la información sobre antecedentes e inicio del cuadro clínico se deberá obtener de los familiares y acompañantes, en virtud de que la colaboración del paciente habitualmente es escasa. Además, es conveniente que antes de evaluarlo se conozca el número máximo de características clínicas, para conocer las posibilidades de manejo.

Para mayor seguridad, es recomendable interponer entre el médico y el paciente una mesa, tener la salida expedita y no estar la puerta cerrada con el paciente violento, aun cuando ello no siempre es factible. No conviene situarse por encima del nivel del paciente, ya que puede ser interpretado como una provocación. Lo ideal es sentarse ambos en torno a una mesa y a la misma altura.

Para dirigirse al paciente hay que emplear un tono de voz suave, calmado, seguro y sin prejuicios. Nunca se deben realizar comentarios provocativos del tipo: “compórtese como una persona razonable”.

Es preferible quedarse a solas con el paciente o en todo caso, con otra persona que garantice la integridad del facultativo. Tan negativo es un exceso de medidas de seguridad como una excesiva confianza. En consecuencia, será bueno rodearse de pocas personas, pero con experiencia en la reducción de enfermos agitados. En todos los casos es recomendable tener cerca de la puerta al personal de seguridad.

El personal de Enfermería no debe mostrar miedo y aparecer con actitud de seguridad y aplomo. No obstante, se debe evitar cualquier tipo de confrontación con el paciente y buscar todo tipo de alianzas que otorguen seguridad al mismo, especialmente en aquellos que presenten perplejidad o muestren sintomatología paranoide.

En cuanto al diagnóstico diferencial del paciente, debe hacerse de manera instantánea, ya que hay que decidir cómo proceder, si empleando sólo medios físicos de contención hasta que ceda, utilizando una psicoterapia explicativa y de apoyo, o empleando medicación específica.

### SUJECIÓN DEL PACIENTE

En el campo de la psiquiatría siempre se han empleado tratamientos de tipo somático. A medida que avanzan las

investigaciones sobre la fisiopatología de las enfermedades mentales, se van desarrollando nuevas modalidades de tratamientos, más perfectas y sofisticadas. Al mismo tiempo, se siguen manteniendo modalidades terapéuticas tales como las restricciones, que fue uno de los primeros métodos de asistencia de Enfermería para los pacientes psiquiátricos.

### La sujeción terapéutica

La sujeción mecánica es una técnica ampliamente utilizada por el personal de Enfermería en los hospitales bajo prescripción médica. Su uso provoca situaciones de conflicto emocional e inconvenientes en el propio personal de Enfermería (Marqués, 2007). Hablar de sujeción mecánica es poco concreto; para entenderla es necesario explicar motivos, situaciones, expectativas profesionales, tipo de enfermos y problemáticas.

Para algunos, la sujeción terapéutica se puede relacionar con la inmovilización, la cual se entiende como el uso de procedimientos físicos mecánicos o farmacológicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, a fin de controlar su actividad física y protegerlo de las lesiones que sobre sí mismo o a otras personas pudiera ocasionar (Fernández et al, 2009).

En el caso de esta investigación, únicamente se hará referencia a la sujeción mecánica, la cual consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, las muñecas, los tobillos, etc. En esta era de preocupación por los derechos humanos y las libertades civiles, las sujeciones mecánicas o el aislamiento deben aplicarse con suma discreción y con las máximas garantías de seguridad.

Ante esta situación, la principal acción de Enfermería es impedir las conductas que obligan a utilizar las sujeciones mecánicas, debiendo ser éste el último recurso a emplear como parte de la terapéutica psiquiátrica (Secretaría de Salud, 1995).

### Indicaciones

- Pacientes con conducta agresiva que signifique riesgo para él mismo, para el personal sanitario, familiares u otras personas.
- Cuando el paciente se niega a recibir el tratamiento y esto pueda afectar su salud.
- Cuando la agresividad no es controlada con la contención verbal o medicamentos (Secretaría de Salud, 1995, Terapia Ocupacional, 2005).

*“Otras circunstancias, ajenas a una acción terapéutica o preventiva, quedan fuera de estas indicaciones, por lo que*

la inmovilización estaría contraindicada en los siguientes casos:" (Comité Asistencial de Ética, 2009).

1. Inmovilización efectuada para suplir falta de medios y/o recursos materiales o humanos para el correcto manejo de un paciente.
2. Obviamente no se utilizarán como procedimiento coercitivo ante pacientes molestos de conductas inadecuadas.
3. Cuando existe una situación de violencia delictiva (puesto que es cuestión de orden público).

Es frecuente que los pacientes sujetos se calmen después de transcurrido un tiempo.

### Principios generales

Aunque no hay una normatividad que regule la actuación ante situaciones de violencia (muchas veces se improvisa), estos principios generales son aplicables en cualquier situación (Lledo y Castellanos, 2009).

1. Ejecutar la sujeción con un mínimo de cuatro personas.
2. Al dirigirse al paciente deberá emplearse un tono enérgico, firme y comprensivo.
3. Disponer de planes de acción previos.
4. Evitar público presente.
5. Despojar al paciente y al personal de todos los objetos peligrosos (gafas, relojes, pulseras, aretes, etc.).
6. La sujeción se realiza sólo si el paciente muestra signos de violencia.
7. Cada una de las extremidades será sujeta por un miembro del equipo.
8. La sujeción debe de permitir la administración de medicamentos.
9. Disponer de sedantes parenterales.
10. Nunca emplear la sujeción como castigo.
11. El personal no deberá mostrar cólera.
12. Mantener una actitud amable, respetuosa, evitando golpearle o someterlo a posturas humillantes.
13. Se sujetarán las extremidades en la zona más distal.
14. La sujeción siempre debe de estar prescrita por el médico.
15. Se debe de registrar la razón de la contención, la duración, el curso del tratamiento y la respuesta del paciente.
16. Emplear sistemas homologados de sujeción física.

Para lo cual el personal debe de:

1. Distraer al paciente: se intervendrá cuando esté presente un número suficiente de personas (cuatro o cinco), se informará al resto de los compañeros a través del teléfono o la alarma. Mientras, se deberá vigilar y distraer

la atención del paciente. El personal se colocará a una distancia adecuada. Se le informará que está perdiendo el control pero que se le va a ayudar si él lo desea. Todo ello en un tono firme pero comprensivo.

2. Contar con un plan de actuación preacordado.
3. Tener la preparación necesaria: el personal debe despojarse y despojar al paciente de todo objeto peligroso para la integridad física de ambos (gafas, relojes, pulseras, pendientes, etc.).
4. Evitar la presencia de espectadores, pues el paciente puede adoptar una posición más heroica que la que tendría al estar solo. Además de que aumentaría la ansiedad en los demás pacientes (especialmente en aquéllos paranoides).
5. Conocer el momento de la intervención: cuando muestre signos de violencia inmediata o ejecute actos violentos contra objetos; si observa personas cerca, actuará contra ellas. El momento indicado será: mientras destruye los objetos, cuando se detiene a recuperar fuerzas.
6. El número de personas será de cuatro o cinco; es importante que el grupo sea lo más numeroso posible, porque una demostración de fuerza puede ser suficiente para interrumpir la acción. Cada una de las extremidades será sujeta por un miembro del equipo.
7. Actitud del personal: se va a reducir a un paciente con intención terapéutica. Debe disponerse de sedantes parenterales. Nunca utilizarlo como un castigo.
8. El personal será en todo momento profesional, no mostrará cólera, ni afán de castigo; la actitud será enérgica pero amable, respetuosa, evitando golpearle o someterlo a posturas humillantes; se actuará impidiéndole el movimiento; hay que evitar insultos, blasfemias.
9. Sujeción: cada miembro del personal tiene asignada una extremidad. Se deben evitar los huesos largos y tórax, por riesgo de lesiones. Se sujetarán las extremidades en la zona más distal.
10. Siempre debe estar autorizada por el médico, aunque sea de forma verbal, pero de preferencia por escrito en la hoja de prescripciones médicas.
11. Se debe registrar minuciosamente la razón de la contención, la duración, el curso del tratamiento y la respuesta del paciente mientras esté sujeto.

### Equipo de sujeción

- Cinturón abdominal.
- Arnés.
- Tiras para cambios posturales.
- Muñequeras.
- Tobilleras.
- Botones y llaves magnéticos (Terapia Ocupacional, 2005 - Protocolo General, 2009).

### Técnica de la sujeción terapéutica

1. Informarle al paciente los motivos por los cuales se le va a sujetar.
2. Contar con 4 personas como mínimo para realizar el procedimiento.
3. Un integrante deberá de mantener siempre comunicación visual con el paciente, buscando la manera de calmarlo. "De esta manera se ayuda al paciente a aliviar su temor al desamparo, impotencia y pérdida de control".
4. Las extremidades inferiores deberán de sujetarse a nivel de los tobillos, extendidas y ligeramente abiertas.
5. Las extremidades inferiores se colocarán al lado del cuerpo, los cuales se sujetarán por la muñeca y las tiras al travesero de la cama.
6. El tronco se debe sujetar firmemente a la cama con la correa más ancha, cuidando que no esté floja o apretada, ya que podría deslizarse por ella y ahorcarse, o dificultarle la respiración.
7. Colocar la sujeción de manera que permita la ministración de líquidos o alimentos orales, y soluciones intravenosas, preferentemente a nivel del antebrazo.
8. Mantener la cabeza del paciente ligeramente levantada para disminuir el sentimiento de indefensión y reducir la posibilidad de broncoaspiración.
9. Verificar de manera periódica las sujeciones, garantizando la seguridad y comodidad del paciente.
10. Luego de la contención, se debe proporcionar psicoterapia al paciente.
11. Si es necesario, se prescribirán antipsicóticos.
12. Eliminar las restricciones a intervalos de cinco minutos, una vez que el paciente esté bajo control, hasta que tenga sólo dos. Éstas se retirarán simultáneamente, aplicándolas el menor tiempo posible (Lledo y Castellanos, 2009).

### Prevenir los tromboembolismos

- a) Para evitar tromboembolismos, sobre todo en ancianos, debe liberarse una extremidad cada 30 minutos.
- b) Para una inmovilización superior a las 24 h o en pacientes con factores de riesgo, se requerirá hacer profilaxis de trombosis con heparina de bajo peso molecular (HBPM).

### Acciones de enfermería en un paciente sujeto terapéuticamente

En virtud de que la pérdida de control y la sujeción mecánica puede resultar penosa para el paciente, es necesario (Fernández et al 2009):

- Mantener la dignidad y la autoestima.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Explicar la situación a los otros pacientes sin revelar la información que el paciente considere confidencial.
- Mantener contacto verbal con intervalos regulares mientras se halle despierto.
- Asignar a un auxiliar del mismo sexo del paciente para que se ocupe de sus cuidados personales.
- Implicar al paciente en planes para poder finalizar la sujeción mecánica.
- Desacostumbrar progresivamente al paciente a la seguridad que supone un entorno de aislamiento.
- Mantener la integridad física porque ellos no van a poder atender sus necesidades fisiológicas y pueden sufrir los riesgos que implica la inmovilidad.
- Comprobar las constantes vitales periódicamente.
- Ayudar al paciente en la higiene personal.
- Acompañarle al cuarto de baño o proporcionarle cuña u orinal.
- Regular y controlar la temperatura de la habitación.
- Realizar los cambios posturales necesarios.
- Almohadillar las sujeciones.
- Ofrecer alimentos y líquidos.
- Observarle frecuentemente y retirar todos los objetos peligrosos de su entorno.

### CONCLUSIONES

La agitación psicomotriz es un síndrome, un conjunto de signos y síntomas psíquicos clásicamente englobados en los trastornos de la conciencia o conducta motora, por hiperactividad, situándolos en el polo opuesto a la inhibición psicomotriz. Aunque no existe una definición y criterios unánimes en la actualidad, conceptualmente puede decirse que se trata de un síndrome caracterizado por aumento significativo de la actividad motora, acompañado por alteración de la esfera emocional (ansiedad severa, miedo, pánico, cólera, euforia, etc.). De intensidad variable, puede presentarse de una mínima inquietud psicomotriz hasta movimientos totalmente incoordinados y sin finalidad alguna.

Es necesario distinguir agitación de agresividad o violencia. La agitación puede incluir ambas, pero la mayoría de las conductas violentas se presentan en individuos no definibles como pacientes mentales u orgánicos. En los pacientes con enfermedad psiquiátrica, el riesgo de presentar una conducta violenta se incrementa significativamente por el consumo abusivo de sustancias tóxicas.

Así mismo, hay que distinguir la agitación del *delirium*. El *delirium* es un síndrome caracterizado por una alteración del nivel de conciencia, casi siempre fluctuante y debido a una disfunción cerebral global, resultante de enfermedad

neurológica, médica o de intoxicación o retirada de tóxicos. Estos pacientes pueden presentar estados de agitación, pero también estados letárgicos o de escasa respuesta a estímulos (*delirium* “tranquilo”), lo que hace más complicado su reconocimiento.

A pesar de las particularidades de atención de los pacientes psiquiátricos, el Sector Salud no ha emitido e implementado instrumentos que permitan medir la atención de Enfermería en dichos pacientes. Tampoco ha creado sistemas de evaluación para las intervenciones de Enfermería dirigidas a las personas hospitalizadas con trastornos mentales, por lo que es necesario crear estrategias que guíen la práctica profesional con el fin de garantizar los derechos de los pacientes.

La medición de la atención de Enfermería es tan importante como extensa; las instituciones de atención psiquiátrica no pueden estar ajenas a esto; sabemos que la salud mental es factor importante para el desarrollo progresivo y armónico de la sociedad, por ello la necesidad de crear un procedimiento estándar para sujetar al paciente con agitación psicomotriz, que preserve sus derechos fundamentales y a la vez garantice su integridad física y moral, para lo cual es imprescindible el planteamiento de estándares en indicadores capaces de evaluar el procedimiento en cuestión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández V, Murcia E, Sinisterra J, Casal Gómez MC. 2009. Manejo inicial del paciente agitado. [http://www.semes.org/revista/vol21\\_2/10.pdf](http://www.semes.org/revista/vol21_2/10.pdf). Consultado 12 de diciembre del 2009.
2. Secker J, Benson A, Balfe E, Lipsedge M, Robinson S, Walker J. Understanding the social context of violent and aggressive incidents on an inpatient unit. *J Psychiatr Mental Health Nur* 2004; 11: 172-178.
3. Gavilán C, González JA, Porras S. Actitud ante el paciente agitado en urgencias hospitalarias. <http://knol.google.com/k/actitud-ante-el-paciente-agitado-en-urgencias-hospitalarias#>. Consultado el 23 de febrero del 2010.
4. Citrome L, Volavka J. 1999. Violent patients in the emergency setting. *Psychiat Clin North America* 2009; 22 (4): 789-801.
5. Oca L. Urgencias Psiquiátricas. [http://www.normon.es/media/manual\\_8/capitulo\\_51.pdf](http://www.normon.es/media/manual_8/capitulo_51.pdf). Consultado el 4 de mayo del 2010.
6. Madoz C, Martínez M, Otaño M. 2009. El paciente agitado, <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/17.Psiquiatricas/El%20paciente%20agitado.pdf>
7. Belart MJ. 2009. Urgencias Psiquiátricas. <http://www.mailxmail.com/curso-urgencias-psiquiaticas/agitacion-psicomotriz>. Consultado el 2 de noviembre del 2009.
8. Marqués S. 2007. La vivencia de la sujeción mecánica experimentada por el personal de Enfermería de una Unidad Psiquiátrica. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2538918>. Consultado 25 de Septiembre de 2010.
9. Secretaría de Salud. 1995. NOM 025. SSA. Para la prestación de Servicios de Salud en Unidades psiquiátricas. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/025ssa24.html> recuperado 30 de Junio del 2009.
10. Comité Asistencial de Ética. Hospital Universitario de Asturias. 2009. Reflexiones sobre los aspectos éticos de la inmovilización de pacientes. <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/websdepartam/documento-2CAE.htm>. Consultado el 30 de octubre del 2009.11. Lledo J, Castellanos FJ. 2009. Protocolo de la sujeción mecánica y terapéutica. <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Artsujecion.shtml>. Consultado el 1 de septiembre del 2009.
12. Terapia-Ocupacional. 2005. [http://es.wikipedia.org/wiki/Terapia\\_occupacional](http://es.wikipedia.org/wiki/Terapia_occupacional) Consultado el 3 de noviembre del 2009.
13. Protocolo General. 2009. Sujeción mecánica. [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dprt\\_SujecionMecanica.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalRamonCajal&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185649&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dprt_SujecionMecanica.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalRamonCajal&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185649&ssbinary=true). Consultado el 30 de octubre del 2009.