MULTIETNIAS

CORPORACIÒN SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LOS GRUPOS ETNICOS Y CULTURALES

CENTRO DE COMUNIDAD Y CUIDADO SILVANIA

URGENCIA PSIQUIÁTRICA

Situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta son en tal grado disruptivos que el paciente mismo, la familia o la sociedad considera que requiere atención inmediata.

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Situación que se presenta (incluso en individuos sin un trastorno psiquiátrico subyacente) a consecuencia de un estrés vital grave, cuando se sobrepasan los recursos psicológicos del individuo. (Distinto de urgencia psiquiátrica)

LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA PUEDE PRESENTARSE

1. En manifestaciones de una alteración psicológica aguda como ansiedad, pánico, depresión, trastornos de adaptación.
2. Expresando la intencionalidad de un daño personal o interpersonal, como agresión, suicidio, homicidio …
3. Con evidencia de un comportamiento profundamente desorganizado, como en la psicosis, el delirio …
4. Agitación psicomotriz.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS MÁS FRECUENTES.

- Síndrome de agitación psicomotriz
- Paciente psicótico
- Paciente en crisis de ansiedad.
- Paciente suicida
- Urgencias relacionadas con el alcohol / abuso de sustancias.

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ.

Es la actividad motora exagerada, desorganizada, asociada a exaltación y excitabilidad mental. Es la situación en la que el paciente precisa de una mayor cantidad de cuidados de enfermería por la complejidad de su manejo y tratamiento. Garantizando la seguridad del mismo y disminuir su vulnerabilidad.

ACTUACIÓN - MEDIDAS GENERALES COMO LLEVAR LA ENTREVISTA.

La sala de la entrevista no debe contener ningún objeto que pueda ser usado como arma. Debe estar situado en un lugar no aislado y de rápido acceso para el personal instruido en proceso de urgencia. No debe ser posible cerrar la puerta desde dentro y debe tener fácil accesibilidad a la puerta de salida o incluso debe tener dos puertas de entrada.

• Nos presentamos explicando el motivo por el que estamos allí (con actitud de ayuda).

• Mantener actitud tranquilizadora firme y segura.

• Mostrar respeto hacia el paciente sin dañar su autoestima, utilizando un tono de voz calmado y neutral.

• Escucha atenta empática, sin prisas, que facilite su capacidad de pensamiento y verbalización de problemas.

• Procuraremos evitar un interrogatorio minucioso y largo.

• Implantación de límites a su conducta que no sea interpretado como amenaza o emergencia que puedan aumentar la irritación y llevar a una crisis de agitación.

• Evitar discutir, responder con actitud hostil, desafiante o agresiva a su argumento, esto puede provocar un aumento notable de la violencia, especialmente en pacientes con trastornos de la personalidad.

• No hay que distanciarse, ni mirar fijamente a los ojos, ni desde un nivel más alto. Manteniendo siempre la distancia de seguridad.

• Estar pendiente de posibles signos amenazantes que indiquen violencia inmediata: tono de hablar alto, grave, amenazante y vulgar, elevada tensión muscular, hiperactividad generalizada, deambulación, golpear objetos.

MEDIDAS GENERALES DE SEGURIDAD

Aunque se debe intentar respetar la privacidad de la entrevista, es prioritario salvaguardar la seguridad.

• Si la situación lo permite, la entrevista se realizará a solas con el paciente, estaremos situados lo más próximo a la salida y con la suficiente distancia de seguridad.

• El acompañante podrá estar presente si el paciente lo permite y si actúa como elemento tranquilizador.

• Si el riesgo de violencia es elevado, el encuentro se hará con la puerta abierta y con otras personas fuera o próximos a la puerta, o incluso de pie y presentes en la habitación.

• Nunca debemos exponernos a riesgos innecesarios.

• La presencia de personal suficiente tiene carácter persuasivo y tranquilizador. En casos extremos, no debemos esperar a ser agredidos para avisar a personal de seguridad o policía (las fuerzas de seguridad tienen la obligación legal de colaborar, en caso contrario "delito de denegación de auxilio y omisión de socorro")

SI EL PACIENTE AMENAZA CON ARMAS

• Se interrumpe inmediatamente la entrevista, ya que esta situación excluye la actuación del personal sanitario, no discutiremos y avisaremos al personal de seguridad y/o la policía.

• Nunca se ha de acudir sólo a la habitación de un paciente agitado.

MANEJO DEL PACIENTE SUICIDA.

• Establecer relación donde la enfermera asuma un papel de autoridad.

• Tomar en serio todas las amenazas.

• Preguntar directamente sobre ideas de suicidio.

• Preguntar a compañeros sobre la conducta del paciente en caso de no obtener información suficiente.

• No abandonará el servicio de urgencia sin ser evaluado previamente por un médico.

• Mantener al paciente acompañado (solo si actúa como elemento tranquilizador).

• Comentarios como "...pero si la vida es bella", "es una cobardía matarse" no ayudan al paciente.

• Comentar con el paciente el impacto del su suicidio a sus seres queridos si los tiene.

• Retirar objetos peligrosos de su entorno.

MANEJO DEL PACIENTE DEPRESIVO.

• El objetivo de la relación es hacerle sentir que comprendemos sus sentimientos negativos. "comprendo lo que te pasa", "te vamos a ayudar"

• Dejar claro que la depresión es una enfermedad, susceptible de tratamiento.

• Explicar al paciente que esto es una etapa pasajera de su vida.

• Reconocer y celebrar los pequeños logros del paciente.

• Evaluar el estado general de salud.

• Evaluar riesgo de suicidio.

• No se debe decir: "ánimo no pasa nada", "Venga, tienes que animarte"

MANEJO DEL PACIENTE EN CRISIS DE ANSIEDAD.

• La actitud del enfermero debe resultar tranquilizadora para el enfermo.

• Ayudar a identificar el desencadenante, determinar las medidas adoptadas para resolver el problema y las medidas habituales de afrontamiento; seleccionar las más adecuadas

• Corregir la hiperventilación mediante "bolsa de papel", técnicas de control de la respiración y ejercicios de relajación.

• Mantener al paciente acompañado (solo si actúa como elemento tranquilizador).

• Administrar los ansiolíticos prescritos por el médico.

MANEJO DEL PACIENTE PSICÓTICO.

• En el abordaje del paciente con síntomas psicóticos es importante no caer en la confrontación directa.

• Para pacientes con delirios y alucinaciones son tan reales como el resto de la realidad.

• Debemos limitarnos a confirmar su presencia y tratar de ganar la confianza del paciente derivando su atención hacia síntomas más fáciles de aceptar (ansiedad, insomnio). No se trata de enfrentarse al delirio ni de darle la razón.

•Hay que hacerle ver que comprendemos que su experiencia es real, pero sugerirle que quizás haya otra explicación, orientándole hacia nuestra realidad.

• Se recomienda mantener una actitud empática y no crítica, realizar la entrevista sin impaciencia ni desconfianza, con preguntas y explicaciones breves y sencillas. ƒ El paciente psicótico tiene dificultades para organizar sus pensamientos de forma lógica y ajustada a la realidad y utiliza un lenguaje confuso y desconcertante para el entrevistador.

MANEJO DEL PACIENTE VIOLENTO.

• Si el estado del sujeto no es de agresividad manifiesta y está en disposición de recibir ayuda, se intentará calmarlo hablando con él.

• Permitirle que elija con quien y donde quiere hablar y si quiere hacerlo sentado o de pie.

• Evitar la presencia de público innecesario.

• Mantener un distanciamiento físico. No tocarle ni decirle cosas que le puedan excitar.

• No humillarlo, ni hacerle sentirse rechazado. Poner límites a su conducta, pero nunca amenazándole o mostrándole cólera hacia él.

• Si el sujeto tiene alucinaciones, o cree que le persiguen para matarle o hacerle daño, no discutir con él ni decirle que delira o miente, ya que podría excitarse más.

• Hacerle ver que se la puede ayudar pero advirtiéndole que no se hablará con él mientras adopte una actitud agresiva.

• Tomar medidas encaminadas a evitar lesiones en el paciente hasta que pueda ser sedado.

• Cuando se decida sujetar al paciente la acción debe ser rápida y coordinada.

• La reducción se hará sin dañarlo y sin golpearlo deliberadamente.

• Disminuir los estímulos ambientales (ruido, luz, frio,…)

• Retirar objetos peligrosos de su entorno.

PISTAS DE VIOLENCIA INMINENTE. SIGNOS PRODRÓMICOS (síntomas iniciales a una enfermedad).

• Hiperactividad. Paseos constantes.

• Golpes contra la mesa, puerta, mobiliario, etc.

• Tono de habla amenazante grave o vulgar.

• Discusiones con otros pacientes o personal.

• Tensión manifiesta en la expresión facial o muscular. Ante un paciente armado prevalece la seguridad del personal. No se valorará hasta que entregue el arma, si se niega saldremos de la habitación (con cualquier otra excusa) y se avisará al personal de seguridad y el personal de las fuerzas de seguridad.

TIPOS DE CONTENCIÓN

• emocional o verbal

• ambiental

• farmacológica

• física o mecánica.

CONTENCIÓN EN PSIQUIATRIA.

Es un procedimiento terapéutico que consiste en recibir, proteger y cuidar al paciente en crisis emocional y/o agitación psicomotora y que debe ser realizado por una persona debidamente capacitada.

CONTENCIÓN EMOCIONAL.

• Procedimiento que tiene como objetivo, tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional, la que puede derivar en conductas perturbadoras. Puede ser precedente y/o simplificar la contención farmacológica.

• Si es posible, constituye el primer paso para intentar controlar la conducta del paciente, buscando el momento más adecuado para realizar nuestra intervención.

• Palabras claves: escuchar, persuadir.

ACTITUD DE LOS PROFESIONALES

• Debemos ser capaces de trasmitir verbal y no verbalmente al paciente que nuestra intención es de protección frente a su enfermedad.

• Evitaremos mostrar miedo, para ello tenemos que haber creado previamente las condiciones de seguridad.

• Mostraremos seguridad en lo que hacemos, control de la situación y firmeza.

DESARROLLO DE LA ENTREVISTA EN CONTENCIÓN EMOCIONAL

• Nos presentaremos ante el paciente.

• Mantendremos la distancia de seguridad.

• Evitaremos el contacto visual fijo durante largo tiempo, pues puede ser percibido como amenazante.

• Procuraremos estar a la misma altura.

• Seremos respetuosos utilizaremos un tono de voz calmado y neutral.

• Le dejaremos hablar, el paciente debe sentirse escuchado.

• Evitaremos un interrogatorio minucioso y largo, es mejor usar eufemismos que preguntas directas.

• Evitaremos discutir, responder con una actitud hostil, desafiante o agresiva a sus argumentos.

• Evitaremos realizar juicios de valor sobre su actitud, si lo hacemos probablemente provoquemos un incremento del riesgo de la violencia, especialmente con pacientes con trastornos de la personalidad.

• Utilizaremos frases empáticas.

CONTENCIÓN AMBIENTAL

• Conjunto de acciones realizadas por el equipo que atiende a una persona en crisis emocional y/o agitación psicomotora. Estas contemplan espacios adecuados, una buena disposición del personal, control de los estímulos visuales, auditivos y desplazamientos, lo que busca promover confianza mutua y una rápida y eficaz actuación del equipo y aminorar el cuadro de agitación que se presenta.

• Palabra clave: aplacar.

CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA

• Procedimiento de tipo invasivo que contempla administrar una sustancia en el cuerpo de la persona agitada o alterada por crisis emocional, con el objetivo de aliviar la sintomatología, para continuar con el tratamiento del cuadro de base.

• Explicar si el estado de conciencia lo permite, el procedimiento, sus objetivos, sus consecuencias y derivaciones.

• Si la situación impidiese el procedimiento, inmovilizar mecánicamente de forma temporal.

• Palabra clave: explicar.

CONTENCIÓN FÍSICA O MECÁNICA

• Solo y únicamente lo puede realizar personal de enfermería

• Es un procedimiento que permite limitar los movimientos del paciente mediante sistemas de inmovilización física.

• En atención primaria y en situaciones de urgencia, resulta útil y eficaz

• Ante el fracaso de la contención verbal o cuando inicialmente no es posible.

• Tendrá como objetivos salvaguardar la seguridad del paciente y de los profesionales que le atienden, impedir en su caso la manipulación de medidas aplicadas como vías o sondas probablemente necesarias en agitaciones de causa orgánica o par evitar la fuga de un paciente que acude involuntariamente.

• Método de aplicación TEMPORAL hasta que se controle la conducta del paciente o resulte efectiva la sedación farmacológica.

• En persona mayores puede ser más efectiva con más seguridad que la sedación farmacológica.

• Palabra clave: proteger.

• Inmovilización mediante correas

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

• La exhibición de fuerza puede resultar de por sí disuasorio, y en algunos casos suficiente.

• Mejor utilizar correas comercializadas de cuero que vendas, sábanas o similares.

• Se realizará en habitación separada de otros pacientes.

• Eliminar objetos peligrosos próximos.

TÉCNICA DE CONTENCIÓN FÍSICA

• Solo y únicamente lo puede realizar personal de enfermería

• Se le indica al paciente que se va a proceder a su inmovilización para su protección y correcta atención.

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

• Colocar al sujeto de espaldas sobre el suelo o la camilla.

• Sujetar con las correas entre 2 puntos (brazo y pierna contralaterales) y 5 puntos (todas las extremidades y cintura), según la intensidad del cuadro.

• La cabeza ligeramente incorporada para evitar aspiraciones. Evitar la opresión del cuello y abdomen.

• Ante violencia extrema la inmovilización la deben realizar las fuerzas de seguridad.

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE INMOVILIZADO

• El paciente debe ser controlado mientras esté inmovilizado

• Aflojar periódica y rotatoriamente las ataduras.

• Control de las constantes vitales.

• Asegurar la correcta hidratación sobre todo ante necesidad de sedación prolongada (riesgo de rabdomiólisis), vigilar la vía aérea y la higiene, especialmente en ancianos.

• Si la inmovilización va a ser prolongada (medio hospitalario) administrar anticoagulación con HBPM por riesgo de TVP.

FASES DE LA CONTENCIÓN EN PSIQUIATRÍA

1º contención emocional.

2º contención emocional + contención ambiental.

3º contención emocional + contención ambiental + contención farmacológica.

4º contención emocional + contención ambiental + contención farmacológica + contención física o mecánica.

Tipos	Características	Responsable	Observación
Emocional.	Procedimiento gratificante para la persona afectada y el personal. Duración indefinida	Personas entrenadas con capacidad de escuchar y acoger	No siempre es posible.
Ambiental	Posible de implementar con adecuada capacitación en actitud y manejo del ambiente. Efectiva y continua en un equipo cohesionado y con liderazgo claro.	Equipo con disponibilidad de elementos entenados desde la institución.	Es necesario controlar los estímulos del ambiente.
Farmacológica	Procedimiento efectivo y frecuente. Pudiera estar determinado por demanda. De aplicación a veces.	Médico - Jefe de enfermería. Personal entrenado en enfermería con buena disposición hacia las personas que sufren (enfermera, auxiliar)	Efectivo para retomar condiciones del tratamiento.
Física	Necesario cuando los anteriores procedimientos no son aplicables o no son efectivos. Potencialmente violento. Puede involucrar consecuencias negativas para la relación terapéutica.	El equipo clínico con experiencia en el procedimiento o con acreditada capacitación en este tipo de abordaje.	Es importante minimizar la violencia y evitar daño físico.

¿CUÁNDO SE DEBE HOSPITALIZAR O DERIVAR A UN PACIENTE DE SALUD MENTAL DE FORMA URGENTE?

• El paciente es una amenaza para su integridad o la de terceros.

• La actividad psicótica intensa que genera importante ansiedad y angustia.

• Dudoso cumplimiento del tratamiento ambulatorio, fracaso terapéutico o necesidad de empleo de medidas terapéuticas no disponible en los recursos del CPS.