MANEJO E INTERVENCION EN CRISIS

1. OBJETIVO

El objetivo básico de la contención es evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de su entorno (familia, otros pacientes o el propio personal sanitario e incluso de las instalaciones de la fundación). Para conseguir este objetivo se limita con procedimientos físicos, farmacológicos o mecánicos, los movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente.

2. PRINCIPIOS ETICOS

La dignidad de los seres humanos supone que nadie puede ser usado exclusivamente para obtener beneficios y que se le debe tratar con respeto a su imagen, intimidad, valores y en definitiva su libertad.

La contención física de una persona pudiera vulnerar, en principio, el derecho fundamental a la autonomía y su dignidad; sin embargo, solo se entendería si el beneficio supera ampliamente el perjuicio que ésta limitación pudiera causar (Autonomía vs Beneficencia).
Requisitos éticos para la contención física:

1. Que los procedimientos sean realizados garantizando la privacidad y los medios físicos y humanos adecuados.
2. Que la contención física no se prolongue más allá de lo necesario.
3. Que se ajuste al protocolo establecido en la Fundación.

Cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente o para terceros, cabe la posibilidad de que sea el propio médico- Psiquiatra o Psicólogo quien decida la intervención, sin la participación del paciente.

Los detalles del procedimiento deben registrarse en la historia clínica y adicional el jefe de casa o cuidador deberá dejarlo registrado en la Bitácora diaria, adicional el Psicólogo (a) que trabaja con el(a) usuario/(a) deberá dejar registrado las novedades e intervenciones en la carpeta inmovilizaciones quedará registrado las intervenciones que se realice y los espacios en los que el método de contención sea retirado, cada vez que suceda, el paciente deberá firmar y de no ser posible , firmara un testigo y el terapeuta.

Solo podrá ser sometido un paciente a un procedimiento sin su consentimiento, cuando la ausencia de tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud o la de terceros, ciñéndose a las condiciones de protección, supervisión y control.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

La inmovilización es un procedimiento realizado en situaciones difíciles e inherentes al que hacer de los profesionales de la salud mental.

Normalmente, esta conducta se lleva a cabo en contravía de los deseos del paciente y representa una privación de la libertad, un derecho fundamental del ser humano; pero debido a que se intenta evitar el daño que pueda causar a sí mismo y a su entorno un paciente quien de alguna manera tenga alterada la capacidad de relacionarse con la realidad; y se considera un procedimiento médico que en ninguna circunstancia debe ser punitivo.

El uso del aislamiento y de la restricción mecánica ha sido descrito en diversas situaciones de tipo clínico, algunas de las cuales están acompañadas de críticas o cuestionamientos éticos que dependen de la postura teórica del autor que las enuncia.

Dentro de las recomendaciones está el emplear las medidas restrictivas sólo cuando:

- Se debe prevenir el daño a sí mismo o los otros y han fallado otras formas.
- Se tiene potencial de daño al entorno físico o control de conductas disruptivas.
- Se intenta disminuir el estímulo ambiental.
- Se tiene solicitud expresa del paciente.

Existen tres intervenciones que se consideran parte de las técnicas para controlar a los pacientes con agitación o violencia:

a. CONTENCIÓN VERBAL

Es una medida terapéutica útil en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total. Para afrontar adecuadamente situaciones donde un sujeto puede tener un comportamiento hostil, existen estrategias que pueden facilitar al profesional pasar de ser un estímulo potencialmente amenazante, a ser un apoyo más o menos inocuo.

Busca lograr una alianza con el paciente que permita realizar una evaluación diagnóstica de presunción. - Negociar soluciones terapéuticas en base a las propuestas que haga el paciente y a las que puede brindarle la Institución. - Disminuir la hostilidad y la agresividad. Prevenir posibles ataques violentos. - Informar del carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autocontrol.

PROCEDIMIENTO Y TECNICAS

Pautas para mantener la seguridad del profesional, del paciente y de los que les rodean

- Antes de hablar con el paciente, informarse lo máximo posible sobre él: antecedentes, situación clínica, para conocer las posibilidades de manejo que ofrece la situación
- Colocarse fuera del espacio personal del paciente (algo más lejos del alcance de sus brazos), y del lado no dominante del paciente (el lado en el que no lleva reloj)
- Asegurarse una vía de salida accesible. Si es posible, hablar en un despacho que dé intimidad, pero con la puerta abierta o semi abierta y el profesional cercano a ella. No habrá obstáculos para salir del despacho, ni para el paciente ni para quien hable con él. Una mesa interpuesta entre ambos aumenta la seguridad.
- Evitar que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta.
- No realizar las intervenciones en solitario, siempre que sea posible. Pautas de actuación no verbales
- Los gestos no han de ser amenazantes, ni defensivos. Pero se debe realizar con firmeza sin mostrar ante el paciente miedo o ansiedad.
- No mirar de forma directa y continuada al paciente. Las miradas fijas aumentan la hostilidad de cualquier individuo, sin embargo, evitarlas lo puede interpretar como signo de debilidad y miedo. Mantener al paciente dentro del campo visual.
- Intentar que paciente y profesional estén sentados a la misma altura, siempre que sea posible

Pautas ambientales

- Invitar a otras personas, especialmente si irritan al paciente, a abandonar el despacho
- Reducir los posibles factores de irritación: luz, ruido, corrientes de aire...
- Evitar las interrupciones: llamadas de teléfono, dudas administrativas...
  Directrices comunicacionales
- Escuchar con calma al paciente. Permitirle expresar los motivos de sus temores o enfados. No interrumpir el discurso del paciente.
- Hablar con el paciente en tono suave, relajado y seguro, y no de forma intimidatoria o provocativa. No elevar el tono de voz.
- Responder de forma tranquila, nunca con la misma hostilidad
- Se ha de ser flexible en el diálogo. Sin embargo, los límites de la Institución y del personal que trabaja en ella deben estar bien esclarecidos.
- Reservarse los propios juicios acerca de lo que "debería" y "no debería" hacer el paciente.
- No buscar la confrontación de ideas, razones.., sino alianzas sencillas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad. Ofrecerle salidas airosas y ayuda.

Ante el riesgo de violencia inminente:
- Advertir al paciente de que la violencia no es aceptable,
- Proponerle la resolución de cualquier problema por la vía del diálogo
- Ofrecerle tratamiento farmacológico que le ayude a ver las cosas más Relajadamente,
- Informarle de que se recurrirá a la sujeción mecánica si la ocasión lo Requiere.
- Hacer una exhibición de fuerza (que el paciente vea personal sanitario, e incluso vigilantes de seguridad dispuestos a poner en práctica la sujeción)

PRECAUCIONES (lo que nunca se debe hacer):

- Rechazar la irritación.
- Negarse a escuchar.
- Continuar la negociación, habiendo comprobado que no se poseen las habilidades necesarias y/o que el paciente rechaza al profesional.
- Ofrecer medicación "para que esté más tranquilo". Normalmente el paciente responde que ya está lo suficientemente tranquilo y provoca más hostilidad. Por ello se aconseja ofrecer medicación "para ayudar a ver las cosas más relajadas", "para no pasar este momento tan desagradable sin apoyo", "para lograr que dialogue con el suficiente bienestar"" para disminuir el nivel de tensión y que pueda encontrarse psicológicamente mejor"...

b. CONTENCION MECANICA

Procedimiento mediante el cual se limitan parcial o totalmente los movimientos del cuerpo. De última elección en pacientes en estado de agitación psicomotora. En casos en los cuales haya fallado la contención verbal. O bien como coadyuvante de ambas (cuando se tiene la convicción de que tales medidas serán ineficaces).

Así mismo es de anotar que la IPS , trabaja en procesos de rehabilitación por consumo de sustancias psicoactivas y por lo tanto no es unidad de salud mental , el personal asistencial con que se cuenta en Auxiliar de Enfermería, Enfermera Jefe y Médico Psiquiatra, pero no laboran las 24 horas del día.

Se debería recurrir a éste procedimiento únicamente para:

- Evitar daños a las instalaciones de la Fundación.
- Prevención de lesiones al propio paciente (golpes, autolesiones...)
- Prevención de lesiones a otras personas (familiares, otros pacientes, personal sanitario)
- Evitar daños materiales en el servicio donde se encuentra el paciente
- Para evitar la fuga del paciente si se considera que existe el riesgo y que el paciente corre peligro, no estando capacitado para tomar tal decisión.
- Si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación.
- Una expresión verbal excesiva, anormal, en tono alto y agresivo.
- Amenazas francas.
- Conducta corporal de agitación, agresividad, amenazas, golpea objetos.
- Agresión franca.
- Autoagresión.
- Amenaza franca de suicidio.

Decisión.

La decisión de inmovilización será tomada única y exclusivamente por el Psicólogo encargado. Dado que el Médico – Psiquiatra labora por horas, adicional si resultara imposible contactarlo y ante una situación de riesgo inminente, el jefe de casa, o auxiliar de enfermería, está expresamente autorizado para realizar el procedimiento de inmovilización comunicándoselo al Psicólogo para recibir las instrucciones correspondientes.

Nunca debe usarse como:

- Reemplazo de la contención verbal

Procedimiento:

Debe realizarse con la participación de 2 o más personas quienes se ocuparán cada una, de una extremidad y la cabeza. Una de éstas personas dirigirá y coordinará la operación.

Recursos Materiales.

- inmovilizadores

Técnicas de inmovilización o contención física (

- Es importante no mostrar agresividad física o verbal hacia el paciente.
- Debe iniciarse informando al paciente el motivo de la inmovilización, describiendo brevemente el procedimiento y los criterios que se usarán para retirar la contención.

- Actuar firmemente pero con respeto, tranquilidad y seguridad.

- Acompañar la actividad con contención verbal sin responder a insultos y agresiones.

- Debe darse tiempo al paciente para aceptar las demandas verbales, para que colabore y se acueste voluntariamente en la cama.

- Evitar en lo posible los espectadores.

- El respeto y la comprensión hacia el paciente a la hora de proceder a su inmovilización, son fundamentales.

- Antes de llevar a cabo la contención y durante el acercamiento al paciente, es necesario:

- Poseer toda la información posible de sus antecedentes.
- Situarse fuera de su espacio personal y del lado no dominante.
- Asegurarse una vía de escape, en caso de ser necesario.
- No perderlo de vista, sin mirarlo directamente.
- Nunca enfrentarse a solas con el paciente
- Si la presencia de alguna persona lo irrita especialmente, es conveniente que abandone la habitación.
- Si es necesario llevarla a cabo en el suelo, debe estar boca arriba (decúbito supino).

Una inmovilización efectiva es aquella que se realiza en forma rápida y segura evitando para todos contusiones con el mobiliario u objetos punzantes (vidrios, tijeras, anillos, relojes, pulseras, gafas).

Una vez finalizada la contención y antes de retirarse, se debe comprobar que las sujeciones estén bien colocadas.

Siempre se invitará al paciente a que colabore con el personal indicándole que es una medida de protección transitoria y que no es castigo.

En caso de no colaboración, cada uno tomará una extremidad del paciente sujetándola por las articulaciones distales (pierna-rodilla y tobillo. Brazo-codo y muñeca) y extendiéndola de modo que se limiten sus movimientos en todo momento. Cuando deba trasladarse, se procederá a inmovilizar los miembros superiores por las muñecas quedando las manos en la región posterior del mismo; seguidamente, se inmovilizarán los miembros inferiores a nivel de los tobillos y se empleará una colcha para el traslado propiamente dicho. La persona a cargo de la cabeza permanecerá dentro del campo visual del paciente e intentará tranquilizarlo.

Consideraciones sobre los cuidados durante la inmovilización y su retirada

El paciente inmovilizado deberá estar siendo supervisado cada hora por una persona responsable. Psicólogo terapeuta, jefe de Casa o un interno que lleve un proceso favorable en la fundación y que no genere aversión al paciente, quien vigilará los riesgos de

complicaciones derivadas de la inmovilización (lesión de piel en extremidades, obstrucción de la circulación venosa, bronco aspiración, dificultad para respirar por compresión torácica...)

Un paciente debe mantenerse inmovilizado únicamente hasta conseguir el efecto terapéutico buscado (retorno a la calma y seguridad para el mismo y para su entorno).

La decisión de retirar la inmovilización será evaluada cada 2 horas y tomada después del consenso del equipo terapéutico. Al momento de retirarla, deben estar presentes al menos dos personas, ojalá cuatro por si es necesario inmovilizar nuevamente. Se explicará al paciente el procedimiento y se negociará con el las pautas de conducta.

Riesgos de la inmovilización

• Psicológicos.
• Estrangulación.
• Muerte.
• Lesiones en los tejidos blandos.
• Fracturas.
• Caídas.
• Deshidratación.
• Incontinencia.
• Aspiración.
• Vómito.
• Aumento de la agitación.
• Aumento del riesgo del síndrome neuroléptico maligno.
• Obstaculización de la circulación sanguínea (cianosis).
• Compresión nerviosa.
• Hematoma

NOTA: Nunca se debe dar por finalizada la intervención una vez que cede el episodio agudo, pues la mayoría de estos cuadros se presentan porque hay factores psicopatológicos subyacentes en el paciente por lo tanto, debe continuarse el tratamiento a largo plazo.

c. CONTENCION FARMACOLOGICA

Cuando las medidas de la contención verbal y mecánica no han sido eficaces en paciente , puede recurrirse al uso de medicamentos. El objetivo es lograr la tranquilización lo antes posible, con el fin de que no se lesione a sí mismo o a las personas que le rodean. Puesto que la contención farmacológica presenta efectos adversos (accidentes, caídas, pérdida de la movilidad), debe evitarse en lo posible; sin embargo, de ser indispensable, únicamente será prescrita por el psiquiatra encargado.

Es de aclarar que nunca debe usarse como castigo ni por comodidad de quienes laboran en la IPS ; en la elección de psicofármaco, es preferible elegir un síntoma “blanco” (ansiedad, psicosis, manía, impulsividad o descontrol agresivo) y, en consecuencia, el medicamento adecuado al mismo, que utilizar la medicación como contención química.

SÍNTOMAS “BLANCO” Y MEDICAMENTOS ADECUADOS

Ansiedad: Lorazepam, Clonazepam, Difenhidramina, levomepromazina.

Psicosis o Manía: Risperidona, Olanzapina, Haloperidol (IM) más Lorazepam vía oral. Impulsividad o Descontrol Agresivo: Risperidona, Olanzapina.

En general, se prefiere el uso de medicación oral por el menor riesgo de eventos adversos, particularmente, en los antipsicóticos que minimizan el riesgo de extrapiramidalismo. La dosis y el tiempo del tratamiento será el indicado únicamente por el Psiquiatra.

OTROS MEDICAMENTOS EN EL USO DE LA CONTENCIÓN FARMACOLOGICA.

Los fármacos más utilizados son los neurolépticos, en forma de neuroleptización rápida, que se puede realizar de diversas maneras, algunas de las cuales se exponen a continuación:

• Haloperidol: puede administrarse en dosis de 5 mg por vía intramuscular (IM), cada 20 o 30 minutos, hasta que ceda la agitación, con un máximo de 30-40 mg/día.

Los neurolépticos deben ser empleados con precaución en los pacientes con trastorno mental orgánico. Un efecto paradójico de la neuroleptización rápida es el aumento de la agitación psicomotriz con acatisia, que suele responder a la administración de 1-2 mg por vía oral (VO) de lorazepam.

Pueden utilizarse benzodiacepinas para la sedación en un cuadro de agitación psicomotriz. Cuando se administran por VO, suacción puede resultar demasiado lenta; mientras que su absorción por vía IM es muy irregular, y por lo tanto imprevisible el momento en que realizarán su efecto.

Las benzodiacepinas se pueden considerar los fármacos de elección para sedar a los pacientes que tienen alguna enfermedad somática concomitante. Una pauta aconsejable es administrar lorazepam en dosis de 1-2 mg por VO cada 6 horas, ya que esta es la benzodiacepina, junto con el oxacepam, que se metaboliza por un proceso deglucuronización y no tiene metabolitos activos, lo que la hace ser relativamente segura en pacientes ancianos y con enfermedades hepáticas, y en concreto la absorción del lorazepam es más rápida que la del oxacepam

Los antipsicóticos atípicos se pueden usar en caso de agitación psicomotora, y algunos de ellos tienen presentación para uso parenteral(IM); En caso de que el paciente reciba la VO, se recomienda la clozapina de 25 a 100 mg o la olanzapina de 5 a 10 mg. Estos son los medicamentos que han sido más utilizados; sin embargo, podría plantearse el uso de otros, como el aripiprazol, la quetiapina y la ziprasidona. De este último y de la olanzapina existe presentación parenteral. La ziprasidona se utiliza en dosis IM de 10 mg con dosis subsecuentes de 5 a 20 mg cada 4 a 6 horas, hasta un máximo de 80 mg, seguido de ziprasidona VO de 80 a 200 mg/día. La ziprasidona puede producir cambios electrocardiográficos, por lo cual se recomienda vigilar este aspecto. La olanzapina se recomienda en dosis de 10 mg IM, y se puede repetir una dosis de 5 a 10 mg a las 2 horas y administrar una tercera (última) de hasta 10 mg, 4 horasespués de la segunda inyección. Dosis totales diarias superiores a 30mg no se han evaluado en estudios clínicos.

OBSERVACIONES:

La institución, deberá comunicarse con el familiar- acudiente del paciente para informar la situación y las medidas a tomar , Una vez sea retirado el método de contención y luego de realizar los compromisos con el paciente, quedará registrado en la historia clínica o en la carpeta denominada inmovilizaciones, a la vez el psicólogo tratante deberá dejar por escrito y firmado por el paciente los compromisos que adquiere y la responsabilidad sobre sus actos. Por otra parte la contención

mecánica se debe utilizar cuando la vida del paciente o de su entorno se encuentre en riesgo, por ejemplo al manifestar su deseo de quitarse la vida y encontrarle elementos con los que pueda hacerlo o al intentar hacerlo con sus compañeros o miembros que hacer parte del centro.

1. BIBLIOGRAFIA

- Urueña R. Guillermo. Guía de Manejo de Agitación Psicomotora Fundación Niña María. Agosto de 2011.
- Hospital Universitario Príncipe de Asturias..Ana Seoane lago, Thamar Alava Cascon, Margarita blanco prieto, Helena Díaz moreno. Protocolo de Contención de Pacientes. Abril 2005.
- Allen M, Currier G, Carpenter D, Ross R y Docherty J. Expert consensus guidelines on the treatment of behavioral emergencies. J Psychiatr Pract. 2005 Nov;11(Suppl 1):5-108.
  Correas J, Viloria L. Paciente agitado-violento. En: Chinchilla A, editor. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson; 2003. p. 109-21.
  Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. Am J Psychiatry. 1994;151(11):1584-91.
  Shorr RI, Guillen K, Rosenblatt LC, Walker K, Caudle CE, Kritchevsky SB. Restraint use, restraint orders, and the risk of falls in hospitalized patients. J Am Geriatr Soc. 2002;50(3):526-9.