

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

USO DE VIDEOVIGILANCIA EN SALUD MENTAL PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE

Autor principal ARACELI SALAS FERNÁNDEZ

CoAutor 1 MARIA BENAVIDES ORTIZ

CoAutor 2

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Salud Mental

Palabras clave SALUD MENTAL VIGILANCIA AUTOLISIS CONTROL

» Resumen

En los cuidados de los pacientes de salud mental día a día nos encontramos con la necesidad de vigilar a determinados pacientes que por su patología, precisan en momentos concretos y esporádicos de su proceso de enfermedad, de una vigilancia continua por el riesgo autolítico que presentan.

Una solución a este tipo de cuidados que precisan es la instauración y uso de cámaras de vigilancia para así permitir el descanso del paciente y favorecer la sensación de intimidad y normalidad en su vida diaria. Consiguiendo así una observación continua de su estado sin necesidad de interrumpirlo constantemente. Esto favorece sobre todo el descanso nocturno, no interrumpiendo así el patrón del sueño, que en este tipo de pacientes ya se encuentra de por sí modificado.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Se observó la necesidad de instaurar una vigilancia continua a determinados pacientes con riesgo de auto heteroagresividad para garantizar su seguridad y la de su entorno.

La posibilidad de usar cámaras de vídeo nos permite una vigilancia sin interrupciones de los pacientes en determinadas áreas que de otra forma sería imposible.

Una de sus funciones sería la vigilancia nocturna de estos pacientes a través de las cámaras para favorecer así y permitir el descanso nocturno, ya que son pacientes con el patrón del sueño alterado y al entrar a su habitación para valorar su estado, se les despertaba y no conseguían conciliar el sueño si no era con ayuda de medicación hipnótica. En estos casos aplicamos el siguiente diagnóstico NANDA:

* 00095 deterioro del patrón del sueño;

relacionado con interrupción para procedimientos terapéuticos o controles

y manifestado por disminución de la proporción de sueño REM (rebote REM, Hiperactividad, Labilidad emocional, agitación e irreflexión, características polisomnográficas atípicas).

OBJETIVOS NOC:

0003 Descanso.

0004 Sueño.

1402 Control de la ansiedad.

2100 Nivel de comodidad.

INTERVENCIONES NIC:

1850 Fomentar el sueño.

5820 Disminución de la ansiedad.

6482 Manejo ambiental: confort.

También se observó que se dieron casos de suicidios en determinados momentos de gran carga de trabajo del personal, durante las horas de las comidas y en los aseos, así como en los cambios de turno del personal o entre las rondas nocturnas de vigilancia.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

En pacientes con riesgo de autolisis, es necesario tener una vigilancia extrema. Al estar el paciente sometido a compañía obligatoria para evitar que se autolesione, aparecen en muchos casos cuadros de ansiedad debido a que se ven coartados para realizar cualquier actividad.

Al instaurarse la videovigilancia, los pacientes sienten que gozan de plena libertad y que no son vigilados. Así se les proporciona tranquilidad y capacidad de toma de decisiones.

Desde que se ha instaurado la videovigilancia han disminuido tanto los cuadros de ansiedad y agitación, como los casos de autolisis con resultado adverso para el paciente, ya que en el caso de que se lleven a cabo, se interrumpen a tiempo. También descendió el número de contenciones mecánicas que hubo que realizar para garantizar la integridad física del paciente.

En estos pacientes se aplican los diagnósticos de enfermería NANDA:

* 00140 Riesgo de violencia autodirigida, con los siguientes objetivos e intervenciones:

NOC:

1408 Autocontrol del impulso suicida, con estos indicadores de conducta:

 140801 Expresa sentimientos

 140804 Verbaliza ideas de suicidio, si existen

 140818 Revela planes de suicidio, si existen

 140906 Refiere dormir de forma adecuada

1902 control del riesgo
1302 Afrontamiento de problemas

NIC:
5270 Apoyo emocional
5340 Presencia
4354 Manejo de la conducta: Autolesión
6580 Sujeción física

* 00069 Afrontamiento inefectivo, con los objetivos e intervenciones:

NOC:
0906 Toma de decisiones.
1302 Superación de problemas.
1504 Soporte social

NIC:
5230 Aumentar el afrontamiento.
5440 Aumentar los sistemas de apoyo.
5820 Disminución de la ansiedad.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

La solución fue instaurar cámaras de vigilancia. El coste inicial es mínimo, teniendo en cuenta los grandes beneficios que provoca. El material necesario es cámara, monitor y cableado. Además, al haber una persona a cargo de los monitores, podría realizarse con el mismo número de personal sanitario necesario, ya que para vigilar a estos pacientes ininterrumpidamente, habría que aumentar considerablemente la plantilla de personal, no siendo viable este tipo de cuidado y por tanto, dejando al paciente en situación de riesgo para su salud en determinados momentos.

También disminuye la demanda durante la noche de tratamientos hipnóticos. Al no tener que entrar continuamente en las habitaciones, se favorece el descanso nocturno, no alterando el patrón del sueño, que ya se encuentra de por sí alterado en este tipo de descompensaciones del estado psicopatológico.

Esta ayuda a la enfermería no debe suponer que estemos en horas de vigilia menos horas con los pacientes, ya que el contacto con los mismos nos permite realizar un acompañamiento terapéutico muy necesario para su estabilización.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Lo más complicado fue informarse sobre la normativa y uso de estas cámaras en el ámbito de la sanidad.

Otro obstáculo fue demostrar que el coste iba a ser inferior a los beneficios que se obtendrían a corto plazo. Para ello, se presentaron sendas tablas dónde se mostraba el coste de la inversión en la instalación y mantenimiento de la videovigilancia por un lado y por otro, el gasto en la plantilla de personal, que habría que aumentarlo para asegurar la calidad en los cuidados.

Es preciso formar al personal en el uso del aparataje, solucionar las averías más comunes y lo más importante, saber cuáles son los signos y comportamientos que observando en un monitor nos deben hacer sospechar de que el paciente está al borde de una crisis, ya que la cámara es una barrera a la comunicación que nos puede hacer pasar por alto datos que de otra forma podríamos detectar.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Al informar tanto a pacientes como a familiares sobre esta herramienta de trabajo que brinda seguridad y calidad en los cuidados, ninguno se opuso.

La familia es la más receptiva ante este tipo de cuidados.

Los pacientes en general lo aceptan como positivo para su salud y su recuperación/mejoría. Sólo encontramos algunos casos de oposición en los pacientes inestables. Pero es en estos casos dónde más ayuda nos aportan las cámaras. En estos casos existen diversos criterios de valoración:

1623 Actitud ante conflicto con las terapias
2916 Actitud ante el régimen terapéutico
2908 Actitud ante la enfermedad
2821 Agentes estresantes situacionales

» Propuestas de líneas de investigación.

Estudiar el comportamiento de determinados pacientes en el proceso de su enfermedad o en las descompensaciones que presenten.

Hacer comparativa sobre casos en los que se use la videovigilancia y en los que no, aumentando el campo de aplicación de esta herramienta de trabajo.