

PROTOCOLO DE CUIDADOS ENFERMEROS: PACIENTES CON CONTENCIÓN MECÁNICA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

Autora: MURIAS MOYA, GEMA. Enfermera Especialista en Salud Mental. gmuriasmoya@gmail.com

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Las crisis de agitación se presentan de forma frecuente en la práctica hospitalaria en la unidad de psiquiatría. El paciente agitado es una situación estresante, complicada y muchas veces impredecible, precisando tratamiento o intervenciones coercitivas y/o restrictivas.

La contención mecánica es un procedimiento físico dirigido a limitar los movimientos de un paciente por el personal sanitario cuando es necesario controlar una conducta violenta o de riesgo para el individuo o su entorno. Su indicación sólo está justificada ante el fracaso de otras alternativas, pudiendo ser la primera medida cuando se trata de una agitación grave o riesgo inminente para mantener su entorno seguro y defender su integridad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se describe un plan de cuidados siguiendo los criterios de la taxonomía NANDA, en relación a objetivos NOC y con una serie de intervenciones de enfermería NIC.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICOS NANDA DETECTADOS:

- 00138 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS.
- 00035 RIESGO DE LESIÓN.
- 00128 CONFUSION AGUDA.
- 00130 TRASTORNO DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO.
- 00146 ANSIEDAD.

RESULTADOS NOC:

- 1405 CONTROL DE LOS IMPULSOS.
- 1913 ESTADO DE SEGURIDAD: LESIÓN FÍSICA.
- 1911 CONDUCTA DE SEGURIDAD PERSONAL.
- 1403 CONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO.
- 1402 CONTROL DE LA ANSIEDAD.

INTERVENCIONES NIC:

6486 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD.

- Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos).
- Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.
- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.

6610 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS:

- Instaurar una valoración de riesgos mediante instrumentos fiables y validos.
- Modificar el ambiente para minimizar riesgos.
- Utilizar dispositivos de restricción de las zonas y ambientes que puedan convertirse en situaciones peligrosas, especialmente durante la noche.
- Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar.
- Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados.
- Planificar las actividades de disminución de riesgos, en colaboración con el paciente.

4354 MANEJO DE LA CONDUCTA: AUTOLESION.

- Determinar el motivación de la(s) conducta(s).
- Disponer vigilancia continua del paciente y del ambiente.
- Comunicar el riesgo a los demás cuidadores.
- Anticiparse a las situaciones desencadenantes que puedan provocar la autolesión e intervenir para evitarlas.

6450 MANEJO DE IDEAS ILUSORIAS:

- Establecer la relación de confianza con el paciente.
- Evitar discutir sobre creencias falsas; establecer dudas concretas.
- Animar al paciente a que cuente las ilusiones a los cuidadores antes de actuar sobre ellos.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones en las que es socialmente inaceptable discutir las ilusiones.
- Proteger al paciente y a los demás de las conductas basadas en la ilusión que puedan resultar dañinas.
- Tranquilizar al paciente.

4920 ESCUCHA ACTIVA:

- Mostrar interés en el paciente.
- Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar sentimientos y preocupaciones.
- Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
- Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación.

5820 DISMINUCION DE LA ANSIEDAD:

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Instruir al paciente sobre técnicas de relajación.
- Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos y percepciones.

5880 TÉCNICAS DE RELAJACIÓN:

- Mantener la calma de forma deliberada.
- Facilitar la respiración lenta, profunda e intencionadamente.
- Reducir o eliminar estímulos que crean miedo o ansiedad.
- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.

CONCLUSIONES

El "buen hacer" de las enfermeras consiste en velar por la protección de la salud y en garantizar la seguridad de las personas que están a su cargo. Este buen hacer nos lleva a tener que aplicar medidas terapéuticas, restrictivas a pacientes con riesgo de autoagresión y /o heteroagresión. Por esta razón, puede ser de gran ayuda una serie de pautas de comportamiento que hagan el abordaje de la situación más sencillo.

BIBLIOGRAFIA

- *NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2010 Madrid: Elsevier, 2010.
- * Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier España, 2006.
- * McCloskey Dechertman J, Bulechek G. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier España, 2007.
- * Fornés J, Salgado Gomez J. Principales problemas de Salud Mental e intervención enfermera Madrid: Enfo Ediciones, 2008.