



JUNTA DE EXTREMADURA

# MANEJO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD MENTAL EN SITUACIÓN DE CRISIS EN A. P.

Área de Salud de Badajoz. 2008

ANDRÉS FRANCO ZAMBRANO.

*Enfermero. E.S.M. Valdepasillas. Badajoz.*

ISABEL DE LA SALUD FLORES MATEOS.

*Enfermera Especialista en Enfermería de Salud Mental.*

*Unidad Trastornos Alimentarios. E.S.M Valdepasillas. Badajoz.*

ISABEL M<sup>a</sup> DOMINGUEZ PEREZ.

*Enfermera Especialista en Enfermería de Salud Mental.*

*E.S.M Ciudad Jardín. Badajoz.*

CONCEPCIÓN BENITEZ VEGA.

*Enfermera Especialista en Enfermería de Salud  
Mental.*

*E.S.M Ciudad Jardín. Badajoz.*

NURIA PEREZ DUQUE.

*Enfermera. E.S.M. Jerez de los Caballeros.*

# índice

1. Introducción
2. Medidas generales, como llevar una entrevista.
3. Manejo del paciente : Suicida, Depresivo, En crisis de ansiedad, Psicótico, Violento.
4. Tipos de contención: Emocional/verbal, ambiental, farmacológico, física o mecánica.
5. Traslado del paciente psiquiátrico.
6. Diagnósticos de Enfermería

# 1. introducción

Área de Salud de Badajoz. 2008

# 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.

# 2. MEDIDAS GENERALES

COMO LLEVAR LA  
ENTREVISTA.  
ACTUACIÓN.

- 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.

Área de Salud de Badajoz. 2008

# En la consulta:

- 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 mas próximo a la salida y con la suficiente distancia de seguridad.
- El acompañante podrá estar presente si el paciente lo permite y si actua 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.

# En el domicilio del paciente:

Es mejor acudir con familiares.

Tendremos que ser especialmente respetuosos con el espacio físico del paciente.

Solicitaremos SIEMPRE PERMISO.

Si el paciente vive solo debemos extremar las medidas de seguridad.

***Nunca se ha de acudir sólo al domicilio de un paciente agitado.***



# 3. Manejo del paciente

Área de Salud de Badajoz. 2008

# 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 la familia 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.

## MANEJO DEL PACIENTE SUICIDA.

- Mantener al paciente acompañado por la familia o un amigo (solo si actúa como elemento tranquilizador).
- Comentarlos como “...pero si la vida es bella” , “es una cobardía matarse” no ayudan al paciente.
- Comentar con el paciente el impacto del su suicidio en familiares y seres queridos.
- 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 mas adecuadas
- Corregir la hiperventilación mediante “bolsa de papel”, técnicas de control de la respiración y ejercicios de relajación.
- Mantener al paciente acompañado por la familia o un amigo (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.

## MANEJO DEL PACIENTE PSICÓTICO.

- 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.
- 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 esta 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.



## MANEJO DEL PACIENTE VIOLENTO.

- 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, frío, )
- Retirar objetos peligrosos de su entorno.

# Pistas de violencia inminente. Signos prodrómicos.

- 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 del estado.

## 4. Tipos de contención

- emocional ó verbal
- ambiental
- farmacológica
- física ó 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 transmitir 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.

## Desarrollo de la entrevista en contención emocional:

- 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 farmacológica

- **DEPRIVACIÓN BZD/OPIACEOS/ALCOHOL:** DIAZEPAN / CLONACEPAM (Rivotri®)/ LORACEPAM (orfidal®, idalprem®, loramet®)
- **CUADRO PSICÓTICO:** HALOPERIDOL Y/ Ó LEVOMEPRMAZINA (sinogan®).
- **RIESGO SUICIDA:** LEVOMEPRMAZINA Ó DIACEPAM, CLORACEPATO (tranxilium®)
- **DÉFICIT COGNITIVO O DEMENCIA:** TRATAR CAUSA DESENCADENANTE DE AGITACIÓN: DOLOR, SED, INFECCIÓN – SEDACIÓN CON BZD , CLONACEPAM.
- **CRISIS DE ANSIEDAD:** ALPRAZOLAM (trankimazin®), LORACEPAM (subl./ v.o.) CLONACEPAM Ó DIACEPAM Ó CLORACEPATO (tranxilium®) (i.m.)
- **INTOXICACIÓN BZD:** FLUMAZENILO (anexate®)
- **INTOXICACIÓN OPIÁCEOS:** NALOXONA (naloxone®)
- **INTOXICACIÓN ALCOHOL:** VIT B1, B6, GLUCOSA, HALOPERIDOL (SEDACIÓN), CLONACEPAM / DIACEPAM (si convulsiones)

# Contención farmacológica

ALPRAZOLAM	0.25mg -2 mg v.o./sbl	repetir a los 30' si es preciso.
CLONACEPAM	1mg. i.m.	repetir a los 30' si es preciso
CLORACEPATO	20 mg. i.m.	repetir a los 30' si es preciso.
DIACEPAM	10 mg. i.m.	repetir a los 30' si es preciso.
FLUMAZENILO	0,2 mg. en bolus en 15'', 0,1mg minuto hasta 1 -2 gr.	
HALOPERIDOL	5 mg. i.m.	repetir a los 30' si es preciso.
LEVOMEPRMAZINA	25 mg. i.m.	repetir a los 30' si es preciso.
LORACEPAM	1 - 5 mg. v.o./sbl.	repetir a los 30' si es preciso.
NALOXONA	0,4 mg/ iv	repetir hasta un máximo de 2 mg en los 30' siguientes.
CLORACEPATO DIPOTASICO	25 -50 mg v.o.	

# Contención física o mecánica

- 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.

# Contención física o mecánica

- Método de aplicación TEMPORAL hasta que se controle la conducta del paciente o resulte efectiva la sedación farmacológica.
- En ancianos puede ser más efectiva con más seguridad que la sedación farmacológica.
- Palabra clave: proteger.

# Contención física o mecánica

- 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 o familiares.
- Eliminar objetos peligrosos próximos.

# Técnica de contención física.

- 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 periódicamente y rotatoriamente las ataduras.
- Control de las constantes vitales.
- Asegurar la correcta hidratación sobre todo ante necesidad de sedación prolongada (riesgo de rabdomiolisis), 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.

# Contención. Resumen.

Área de Salud de Badajoz. 2008

<b>Tipos</b>	<b>Características</b>	<b>Responsable</b>	<b>Observación</b>
<b>Emocional</b>	Procedimiento <i>gratificante</i> para la persona afectada y el personal. Duración <i>indefinida</i> .	Personas entrenadas con capacidad de escuchar y acoger (médico, enfermera, auxiliar).	No siempre es posible.
<b>Ambiental</b>	Posible de implementar con adecuada capacitación en actitud y manejo del ambiente. Efectiva y continua en un equipo cohesionado y con liderazgo claro.	Equipo clínico con disponibilidad de elementos entrenados desde la institución.	Es necesario controlar los estímulos del ambiente.
<b>Farmacológica</b>	Procedimiento efectivo y frecuente. Pudiera estar determinado por demanda. De aplicación a veces.	Médico. Personal entrenado en enfermería con buena disposición hacia las personas que sufren (enfermera, auxiliar)	Efectivo para retomar condiciones del tratamiento.
<b>Física</b>	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.

# 5. Traslado del paciente psiquiátrico..

# **¿CUANDO SE DEBE HOSPITALIZAR O DERIVAR A UN PACIENTE DE SALUD MENTAL DE FORMA URGENTE?**

Área de Salud de Badajoz. 2008

*¿Cuándo se debe hospitalizar o derivar a un paciente de Salud Mental de forma urgente?*

- El paciente resulta una amenaza para su integridad o la de terceros.
- La actividad psicótica intensa que genera importante ansiedad y angustia.
- Ausencia de apoyo sociofamiliar y otras emergencias psicosociales.
- Dudoso cumplimiento del tratamiento ambulatorio, fracaso terapéutico o necesidad de empleo de medidas terapéuticas no disponible en los recursos ambulatorios.

# Protocolo traslados psiquiátricos.

DEMANDA DEL CIUDADANO. AVISO 112.



LLAMADA AL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA.



VALORACIÓN Y TRATAMIENTO.



¿HAY TRASLADO AL HOSPITAL? → SI



NO



RECOMENDACIONES.  
CITA PREFERENTE  
E.S.M. DE REFERENCIA.

RIESGO VITAL U.M.E. 112

- \* PACIENTE AGITADO
- \* PACIENTE NO COLABORADOR
- \* PACIENTE SIN ACOMPAÑANTE

CRUZ ROJA  
Y F.C.S.E.

PACIENTE NO AGITADOR  
COLABORADOR Y CON  
ACOMPAÑANTE

AMBULANCIA  
CONVENCIONAL  
COCHE FAMILIAR.

•Estos pacientes podrán ir acompañados por personal de enfermería según criterio del facultativo de E. A. P. **en función de la inestabilidad del paciente.**



# 6. Diagnósticos de Enfermería.

Área de Salud de Badajoz. 2008

# Diagnósticos de Enfermería en el paciente agitado.

*TAXONOMÍA NANDA 2007 - 2008.*

- RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA. 00140
- RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS.  
00138
- ANSIEDAD. 00146
- TRASTORNO DE LOS PROCESOS DEL  
PENSAMIENTO. 00130
- TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL  
(ESPECIFICAR: VISUAL, AUDITIVA,  
CINESTÉSICA,  
GUSTATIVA, TÁCTIL, OLFATORIA.). 00122



Área de Salud de Badajoz. 2008



Área de Salud de Badajoz. 2008



Área de Salud de Badajoz. 2008

Muchas gracias por vuestra  
atención.