



MANUAL
de cuidados de
ENFERMERÍA en
psiquiatría



**Complejo Asistencial
de León**

*Al Dr. Enrique Ortega Herreros
en agradecimiento y como recuerdo
de los años trabajados con él*

Índice

| | |
|--|----|
| Prólogo | 6 |
| Autores | 8 |
| Procedimientos | |
| 1. Admisión del Paciente en Psiquiatría | 9 |
| 2. Contención Mecánica | 12 |
| 3. Pacientes Aislados | 16 |
| 4. Alteraciones del Sueño | 18 |
| 5. Ansiedad | 21 |
| 6. Ansiedad Grave o Pánico | 23 |
| 7. Alteraciones de la Conducta Alimentaria | 25 |
| 8. Alteraciones Psicopatológicas o Reacciones Tóxicas por Alcohol, Drogas y Medicamentos | 28 |
| 9. Conductas Violentas | 31 |
| 10. Demencia | 34 |
| 11. Rechazo del Tratamiento Farmacológico o la Hospitalización | 37 |
| 12. Tratamiento de Terapia Electro/Convulsiva | 40 |

Prólogo

El presente trabajo, que recoge una serie de protocolos de actuación de enfermería en un equipo de Psiquiatría, y más concretamente en una Unidad para enfermos agudos, no es únicamente el resultado de un estudio pormenorizado de situaciones clínicas que acaecen con más o menos frecuencia y que requieren un abordaje específico y fiable.

Más allá de lo técnicamente correcto está y late un deseo de ocuparse del hombre enfermo desde una perspectiva humanista. Es un acto de compromiso del profesional sanitario de Enfermería para mejorar la asistencia técnica y humana.

Es evidente que los cuidados de enfermería requieren una formación profesional cada vez más científica y específica.

Los roles del enfermero/a son pues más específicos y técnicos, pero donde se muestra y se determina el saber fundamental es **al lado** del enfermo; es ahí donde el enfermero/a define desde siempre las señas fundamentales de su identidad y de su que-hacer profesional.

El paciente, al margen de la enfermedad que padece y la aplicación de los tratamientos correspondientes, debe ser visto, valorado y tratado como **una persona**.

A pesar de que históricamente los enfermeros/as han sido formados/as como técnicos más al servicio de los médicos y de las administraciones hospitalarias que al servicio de los enfermos, no creo que haya ningún otro miembro del equipo terapéutico

que haya demostrado más cercanía y comprensión de las necesidades de los pacientes.

Esa presencia constante, día a día, con la realidad del enfermo hace que la enfermería esté en las mejores condiciones para conocer mejor que nadie los verdaderos problemas del mismo.

Si, como es previsible y necesario, existe una buena **coordinación** con el equipo médico, es seguro que el enfermo será el más beneficiado. Y remarco lo de la coordinación pues, al margen de la jerarquía necesaria dentro del equipo, cada grupo profesional debe conservar y defender su autonomía e identidad en sus relaciones interprofesionales, tanto fuera como dentro del equipo terapéutico.

Es así, en esa línea de colaboración, interés y dedicación, como se ha elaborado este conjunto de protocolos que me honro en presentar y con el agradecimiento y admiración más sinceros hacia esas enfermeras que se dedican a la noble tarea de intentar comprender, ayudar y **desgastarse** en la atención de una categoría de personas enfermas, tan problemáticas pero tan necesitadas de comprensión, paciencia y orden.

Febrero 2007

Dr. Enrique Ortega Herreros

Ex - Jefe de Servicio del S. de Psiquiatría

Hospital de León

Coordinadora:

Carmen Natal Jáñez – Supervisora UAP

Autoras:

Angeles Martínez Viñayo – Enfermera de Calidad UAP

Isabel Cadenas Rodríguez – Enfermera UAP

Blanca Zamora García – Ex Enfermera UAP

Carmen Diez López – Enfermera UAP

Monse García Arroyo – Enfermera UAP

Ana Jaén González – Enfermera UAP

Colaboradores:

Enrique Ortega Herreros – Ex Jefe de Psiquiatría HL

J. Fernando Sariñena Rodríguez – Secretario Psiquiatría

Pilar García - Directora de Enfermería

Mercedes Rodríguez – Supervisora de Calidad y Formación

Auxiliares de Enfermería Unidad Agudos de Psiquiatría

Félix Ordás López

Adonia Pertejo Rodríguez

María Jesús Arias García

Arancha Revilla Bernardo

Asunción Barbero Redondo

Alfredo Silván Fidalgo

Trinidad Vegas Sainz

Blanca Rodríguez Fuertes

Admisión del paciente en la Unidad de Psiquiatría

I. DEFINICIÓN

Acciones de enfermería relacionadas con la admisión del enfermo en la Unidad de Psiquiatría.

II. OBJETIVOS:

II.1. General: Homogeneizar las acciones del personal de enfermería en la admisión del enfermo.

II.2. Específicos:

- II.2.1. Facilitar la integración del paciente dentro de la Unidad.
- II.2.2. Establecer canales de comunicación e información adecuados con el enfermo y la familia.
- II.2.3. Reducir el estado de ansiedad producido por el ingreso en el hospital al enfermo y a la familia.
- II.2.4. Valorar la situación del paciente a su ingreso en la Unidad.

III. RECURSOS:

III.1. Personales:

- III.1.1. Enfermeras

- III.1.2. Auxiliares de enfermería.
- III.1.3. Celador: Si fuera necesario.
- III.1.4. Personal de Seguridad: Si fuera necesario.

III.2. Materiales:

- III.2.1. Habitación individual o compartida según el estado del paciente.
- III.2.2. Cama limpia y hecha.
- III.2.3. Caja de prótesis dental s/p.
- III.2.4. Vaso de agua.
- III.2.5. Toalla de aseo, camisón o pijama.
- III.2.6. Sujeción mecánica si fuera preciso.
- III.2.7. Carpetas para la historia del proceso clínico.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA:

- IV.1. Preparación del material.
- IV.2. Recibir y presentarse al paciente utilizando preferentemente el usted.
- IV.3. Acompañar al paciente a la habitación y explicarle normas de funcionamiento de la Unidad, horario de comidas, visitas, manejo de las instalaciones de la habitación si el estado del paciente lo permite.
- IV.5. Retirar ropa de calle y efectos personales entregándolos a la familia o recogidos si viene solo.
- IV.6. Entregar al paciente la ropa a utilizar hasta que el médico le permita utilizar la suya.

- IV.7. Presentar al paciente a los compañeros de habitación si es posible o a otros pacientes ingresados.
- IV.8. Ayudar al paciente a cambiarse de ropa si lo necesita.
- IV.9. Baño general si fuese necesario y explicarle los medios para la higiene habitual si es posible.
- IV.10. Entregar hoja informativa específica de la Unidad a la familia.
- IV.11. Pedir a la familia un teléfono de contacto y el nombre de su médico de familia.
- IV.12. Solicitar información y colaboración del paciente y familiares respecto a objetos potencialmente peligrosos: mecheros, cuchillas, navajas, medicación o tóxicos que siempre se retirarán, etc.
- IV.13. Establecer toda la documentación según normas de Historias Clínicas.
- IV.14. Valorar, planificar y ejecutar las acciones de enfermería según necesidades del paciente.
- IV.15. Registrar actividades.
- IV.16. Informar al Servicio de dietética sobre la dieta del paciente.
- IV.17. Aplicar medidas de seguridad según órdenes médicas de ingreso siguiendo protocolos establecidos para cada caso.

Contención mecánica

I. DEFINICIÓN:

- I.1. Uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo en un paciente a fin de controlar sus actividades físicas y protegerlo de las lesiones que pudiera infringirse a sí mismo o a otros.
- I.2. Conjunto de acciones que se llevan a cabo, con el fin de inmovilizar a un paciente en la cama cuando el resto de medidas tomadas no hayan sido efectivas.

II. OBJETIVOS:

II.1. Generales:

- II.1.1. Inmovilizar a un paciente agitado y/o agresivo
- II.1.2. Facilitar el reposo cuando está indicado.
- II.1.3. Proteger al paciente de las lesiones que pudiera infringirse a sí mismo o a otros.

III. RECURSOS:

III.1. Personales:

- III.1.1. Enfermera.
- III.1.2. Auxiliar de enfermería.
- III.1.3. Personal auxiliar de servicios (PAS/CELADOR). Si fuera necesario.

III.1.4 Personal de Seguridad. Si fuera necesario.

III.2. Materiales:

III.2.1. Sistemas de sujeción propios del hospital.

III.2.2. Dos sujeciones extremidad superior (cortas).

III.2.3. Dos sujeciones extremidad inferior (largas).

III.2.4. Una sujeción de abdomen.

III.2.5. Dos alargados para extremidad inferior.

III.2.6. Pivotes de acero y capuchones de plástico con cierre magnético.

III.2.7. Dos imanes de apertura de los cierres magnéticos.

III.2.8. Habitación individual o de aislamiento.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA:

IV.1. Comprobar la indicación del procedimiento, prescrito por el médico, salvo en los casos de emergencia.

IV.2. La enfermera responsable organiza el equipo, valorando el número de personas necesario para conseguir el objetivo.

IV.3. Acompañar o conducir al paciente a la habitación.

IV.4. Toma de precauciones por parte del personal que intervenga en la inmovilización (guantes y retirada de objetos potencialmente peligrosos, etc.).

IV.5. Determinar tipo de sujeción: Total o parcial.

- IV.6. Determinar posición del enfermo: habitualmente en decúbito supino. En intoxicado o con bajo nivel de conciencia en decúbito lateral izquierdo para prevenir broncoaspiraciones.
- IV.7. Realizar la contención del paciente de forma rápida, coordinada y eficaz.
- IV.8. Revisar el entorno del paciente retirando aquellos objetos que puedan ser peligrosos, incluidos los que el propio paciente posea, ej.: reloj, prótesis, mecheros, etc.
- IV.9. Administrar medicación si está indicada y prescrita por el médico.
- IV.10. Vigilancia continuada del estado del paciente una vez inmovilizado y que se llevará a cabo dependiendo del estado del paciente con una frecuencia que oscilará entre los 15 minutos en caso de intoxicación y/o disminución del nivel de conciencia, los 30 minutos en inmovilización completa y los 60 minutos en inmovilización parcial.
- Mantener la comunicación verbal durante la sujeción para valorar el grado de control del paciente.
 - Comprobación del ajuste de las correas.
 - Vigilar efectos de la medicación utilizada.
 - Comprobar signos vitales.
 - Cabecera incorporada 30° / 45°.
 - Comprobar grado de sedación. Nivel de conciencia.

- Vigilar permeabilidad de las vías aéreas.
 - Comprobar hidratación adecuada del paciente.
 - Facilitar si fuese necesario la micción y/o evacuación intestinal.
 - Se vigilará sujeciones de extremidades para que no dañen la circulación. Si es posible quitar correas cada 2 horas y realizar ejercicios de movilización.
 - Seguir pautas específicas según protocolos y órdenes médicas, incluida la profilaxis con heparina en aquellos casos que lo precisen.
- IV.11. Cuando sea necesario quitar las sujeciones (aseo, alimentación, movilización), quitarlas de una en una (las de las muñecas las últimas); hacer que esté presente el personal suficiente por si hay problemas.
- IV.12. Mantener sujeción hasta la remisión de las causas que lo justifican.
- IV.13. La enfermera anotará en la hoja de enfermería la hora de inicio y de finalización de la sujeción así como las incidencias relevantes que sucedan en el procedimiento mencionado además de comunicárselo al médico responsable.

Pacientes aislados

I. DEFINICIÓN:

- I.1. Conjunto de acciones que se llevan a cabo para evitar o prevenir que un paciente se dañe a sí mismo o a otros.

II. OBJETIVOS:

II.1. Generales:

- II.1.1. Prevenir o disminuir el daño al paciente y al entorno.
- II.1.2. Dar al paciente oportunidades para mantener el autocontrol.

III. RECURSOS:

III.1. Personales:

- III.1.1. Enfermeras.
- III.1.2. Auxiliares de enfermería.
- III.1.3. PAS si necesario.
- III.1.4. Personal de Seguridad: Si fuera necesario.

III.2. Materiales:

- III.2.1. Habitación de aislamiento.
- III.2.2. Sujeción física si fuera necesario.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA DE AISLAMIENTO:

- IV.1. Comprobar la indicación del procedimiento, prescrito por el médico salvo en casos de emergencia.
- IV.2. Observar la conducta del paciente frecuentemente.
- IV.3. Asegurar la disponibilidad de personal suficiente.
- IV.4. Registrar al paciente antes de aislarlo y retirar objetos peligrosos (cinturones, horquillas, joyería, relojes, medias, lápices, etc.).
- IV.5. Eliminar de la habitación los muebles y objetos innecesarios.
- IV.6. Al entrar en la habitación de un paciente aislado hacer que esté presente el personal suficiente.
- IV.7. Dar líquidos y comidas periódicamente en envases desechables.
- IV.8. Ayudar al paciente en el WC y en la higiene personal.
- IV.9. Si se saca al paciente del aislamiento, debe estar vigilado continuamente para movilización, aseo y alimentación.
- IV.10. Mantener la comunicación verbal durante el aislamiento frecuentemente para valorar el grado del control del paciente.
- IV.11. Cuando se deje salir al paciente del aislamiento una persona de plantilla debe acompañarle constantemente para valorar si puede manejar la nueva situación.

Alteraciones del sueño

I. DEFINICIÓN:

- I.1. Estado en el que el paciente experimenta un cambio en la cantidad o calidad del sueño correspondiente a sus necesidades fisiológicas y emocionales.

II. OBJETIVOS:

II.1. Generales:

- II.1.1. Proporcionar medidas de comodidad y rutina para inducir el sueño.
- II.1.2. Aumentar la cantidad y calidad del descanso del paciente durante los periodos de mayor estrés fisiológico y emocional.

III. RECURSOS:

III.1. Personales:

- III.1.1. Enfermeras.
- III.1.2. Auxiliares de enfermería.

III.2. Materiales:

- III.2.1. Habitación tranquila.
- III.2.2. Sujeciones si es necesario.
- III.2.3. Protecciones si es necesario.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA DE AISLAMIENTO:

- IV.1. Identificar factores causales.
 - IV.1.1. Dolor, temor, ansiedad, inmovilidad o actividad, ambiente extraño o ruidoso.
- IV.2. Reducir o eliminar factores ambientales e interrupción del sueño.
 - IV.2.1. Disminuir la cantidad y clase de estímulos que recibe.
 - IV.2.2. Adjudicarle un compañero de habitación compatible si es posible.
 - IV.2.3. Evitar los procedimientos innecesarios durante el periodo de sueño.
 - IV.2.4. Organizar los procedimientos para evitar el menor número de molestias durante el periodo de sueño: administrar medicación s/p prescrita por el médico.
 - IV.2.5. Limitar las visitas durante los periodos de sueño.
- IV.3. Aumentar las actividades del día según resulte necesario.
 - IV.3.1. Limitar la cantidad y duración del sueño durante el día.
 - IV.3.2. Estimular para que permanezca despierto durante el día.

- IV.4. Proporcionar medidas de comodidad para inducir al sueño.
 - IV.4.1. Establecer un horario para irse a la cama y ajustarse a él tan estrictamente como sea posible.
 - IV.4.2. Proporcionar cuidados nocturnos en: baño, higiene, hidratación.
- IV.5. Reducir el riesgo de lesión durante el sueño.
 - IV.5.1. Utilizar sujeciones si es necesario.
 - IV.5.2. Vigilar conducta tan frecuentemente como sea necesario.
 - IV.5.3. Dejar alguna luz encendida si es necesario.
 - IV.5.4. Colocar el timbre de llamada a su alcance.

Ansiedad

I. DEFINICIÓN:

- I.1. Estado en el que el paciente experimenta sentimientos de inquietud y activación del sistema nervioso autónomo como respuesta a amenazas vagas e inespecíficas. La ansiedad varía en intensidad dependiendo de la gravedad de amenaza, tal y como la percibe el paciente.

II. OBJETIVOS:

II.1. Generales:

- II.1.1. Ayudar al paciente a reducir su actual nivel de ansiedad.

III. RECURSOS:

III.1. Personales:

- III.1.1. Enfermeras.
III.1.2. Auxiliares de enfermería.
III.1.3. PAS si fuera necesario.
III.1.4. Personal de Seguridad: Si fuera necesario.

III.2. Materiales:

- III.2.1. Habitación tranquila y silenciosa.
III.2.2. Sujeción física si fuera necesario.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA:

- IV.1. Valorar el nivel de ansiedad.
- IV.2. Proporcionar bienestar y seguridad.
- IV.3. Llevar al paciente a su habitación, limitando el contacto con otros pacientes hasta que haya disminuido la ansiedad.
- IV.4. Valorar la conveniencia de permanencia, y tiempo de la misma, de un personal de enfermería.
- IV.5. Consultar al médico la necesidad de medicación adicional.
- IV.6. Si se desarrollan conductas violentas aplicar protocolo de Riesgo de Violencia.

Ansiedad grave o pánico

I. DEFINICIÓN (Posibles diagnósticos de enfermería):

- I.1. Trastornos de la percepción: Estado en el que el paciente experimenta un estado de cambio negativo sobre la forma en que piensa, siente o se ve a sí mismo.
- I.2. Ansiedad grave: Percepción muy reducida; se centra en detalles dispersos y es incapaz de prestar atención cuando se le pide que lo haga.
- I.3. Pánico: Percepción distorsionada: Aumenta la actividad motora y las respuestas imprevisibles, su comunicación resulta incomprensible.

II. OBJETIVOS:

II.1. Generales:

- II.1.1. Reducir el nivel de ansiedad o pánico mediante:

III. RECURSOS:

III.1. Personales:

- III.1.1. Enfermera.
- III.1.2. Auxiliar de enfermería.
- III.1.3. Celador si fuera necesario.

III.1.4. Personal de Seguridad si fuera necesario.

III.1.5. Médico.

III.2. Materiales:

III.2.1. Habitación individual.

III.2.2. Sujeción mecánica.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA:

IV.1. Valorar frecuentemente la conducta del paciente.

IV.2. Avisar al médico.

IV.3. Limitar el ámbito de movimientos a su habitación para proteger a todos.

IV.4. Utilizar sujeciones físicas si fuera necesario, según protocolo.

IV.5. Mantener precauciones de seguridad según protocolo.

IV.6. Transmitir una sensación de cuidado, seguridad y confianza (conducta en el personal no verbal tranquila).

IV.7. Administrar los medicamentos según órdenes médicas.

Alteraciones de la conducta alimentaria

I. DEFINICIÓN:

- I.1. Alteración en la nutrición.
 - I.1.1. Por defecto: Estado en el que un paciente experimenta o está en riesgo de experimentar una reducción de peso en relación con una inadecuada ingesta de nutrientes.
 - I.1.2. Por exceso: Estado en el que un paciente experimenta o está en riesgo de experimentar un aumento de peso en relación con una ingesta que excede las necesidades metabólicas.

II. OBJETIVOS:

II.1. Generales:

- II.1.1. Identificar los factores que contribuyen a un estado nutricional alterado.
- II.1.2. Adecuar la ingesta de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.
- II.1.3. Identificar conductas alternativas para compensar el exceso de ingesta.

III. RECURSOS:

III.1. Personales:

- III.1.1. Enfermeras.
- III.1.2. Auxiliares de enfermería.

III.2. Materiales:

- III.2.1. Habitación con WC con cerradura.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA DE AISLAMIENTO:

- IV.1. Valorar los efectos causales.
 - IV.1.1. Alteración de la imagen corporal o en la percepción de sí mismo.
 - IV.1.2. Depresión.
 - IV.1.3. Historia de problemas (niñez, influencias socioculturales).
 - IV.1.4. Patrones dietéticos actuales.
 - IV.1.5. Nivel de actividad: ¿Qué ejercicio y con qué frecuencia?
 - IV.1.6. Conocimientos sobre nutrición.
 - IV.1.7. Alteraciones fisiológicas (náuseas, vómitos, fatiga, disfasia, estomatitis).
 - IV.1.8. Estado del pelo, piel, uñas, boca y dientes, amenorrea en las mujeres.

- IV.2. Tallar y pesar según órdenes médicas.
- IV.3. Controlar ingesta de cada comida.
- IV.4. Controlar líquidos y diuresis.
- IV.5. Reposar después de cada comida.
- IV.6. Mantener cerrado el WC de su habitación y acompañar al paciente cuando tenga que usarlo.

Alteraciones psicopatológicas o reacciones tóxicas por alcohol, drogas o medicamentos

I. DEFINICIÓN DE POSIBLES DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

- I.1. Alteración en los procesos del pensamiento: estado en el que el enfermo experimenta una interrupción en actividades mentales, tales como contenido y curso del pensamiento, orientación respecto a la realidad, solución de los problemas, juicio y comprensión relacionada con trastornos de la adaptación (de la personalidad y mentales).
- I.2. Alteraciones sensorio-perceptivas - estado en el que el enfermo experimenta un cambio en la cantidad, o en los patrones de recepción de estímulos, acompañado de una disminución, exageración, distorsión o incapacidad para responder a dicho estímulo, relacionado con percepciones reales.

II. OBJETIVOS:

II.1. Generales:

- II.1.1. Mejorar la capacidad del enfermo para definir la realidad.
- II.1.2. Mejorar la capacidad para comunicarse con los demás.
- II.1.3. Conseguir una percepción realista sobre sí mismo y entorno.

III. RECURSOS:

III.1. Personales:

- III.1.1. Enfermeras.
- III.1.2. Auxiliares de enfermería.
- III.1.3. Celador: Si fuera necesario.
- III.1.4. Personal de Seguridad: Si fuera necesario.

III.2. Materiales:

- III.2.1. Habitación individual.
- III.2.2. Sujeción mecánica.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA:

- IV.1. Recibir al enfermo según protocolo.
- IV.2. Valorar:
 - IV.2.1. Procesos de enfermedad orgánica.
 - IV.2.2. Consumo de drogas legales o ilegales.
- IV.3. Toma de medicamentos tranquilizantes, sedantes, relajantes musculares o antihistamínicos, etc.

- IV.4. Expresión verbal de sospechas, ideas paranoicas, oír voces, ver cosas no presentes en el ambiente externo.
- IV.5. Afirmaciones amenazantes que pueden sugerir o sugieren daño a sí mismo o a otros (voy a pegarte, quiero matarme, quiero irme de aquí, te vas a acordar)
- IV.6. Gritos periódicos o continuos.
- IV.7. Rigidez o aumento de la inquietud.
- IV.8. Temor a lo desconocido (Hospital, personal, otros enfermos).
- IV.9. Mirar fijamente a los ojos, o evitar hacerlo.
- IV.10. Desorientación respecto a tiempo, lugar o persona.
- IV.11. Incapacidad para recordar todo o parte de lo sucedido.
- IV.12. Fomentar comunicación que favorece la sensación de integridad de la persona.
- IV.13. Ayudar al enfermo a definir la realidad, preguntándole su nombre, orientar en tiempo, lugar y persona.
- IV.14. Favorecer el bienestar físico: aseo, alimentación, hidratación, eliminación y vestido.
- IV.15. Prevenir la agitación, utilizando el aislamiento, la medicación pautada y la sujeción física mientras persista la agitación según protocolo.
- IV.16. Identificar el riesgo de violencia que puede estar dirigida hacia sí mismo o hacia los demás, según protocolo.

Conductas violentas

I. DEFINICIÓN DE POSIBLES DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

- I.1. Riesgo de violencia en relación con incapacidad para controlar la conducta: Estado en el que un paciente experimenta una conducta agresiva que está o puede estar dirigida hacia sí mismo o hacia los demás. Puede producirse como respuesta a diversidad de problemas de salud, situaciones (personales, ambientales) y conflictos.
- I.2. Riesgo de violencia en relación con alteraciones sensorio-perceptivas: La incapacidad para evaluar el ambiente de forma realista (es decir, percibir a los individuos u objetos del medio como amedrentadores, amenazantes u hostiles) pueden aumentar el riesgo de violencia.

II. OBJETIVOS:

II.1. Generales:

- II.1.1. Prevenir o disminuir el daño al individuo y a otros.
- II.1.2. Disminuir o eliminar la sintomatología.
- II.1.3. Dar al paciente oportunidades para mantener el autocontrol.

- II.1.4. Ayudar al paciente a desarrollar mecanismos de adaptación adecuados.

III. RECURSOS:

III.1. Personales:

- III.1.1. Enfermeras.
- III.1.2. Auxiliares de enfermería.
- III.1.3. Celador: Si fuera necesario.
- III.1.4. Personal de Seguridad: Si fuera necesario.

III.2. Materiales:

- III.2.1. Habitación individual.
- III.2.2. Sujeción físicas.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA:

IV.1. Valorar conducta frecuentemente.

- IV.1.1. Evaluar nivel de angustia relacionado con:
 - IV.1.1.1. Sentimientos depresivos o de desesperación.
 - IV.1.1.2. Cambios en la conducta, rigidez o aumento de la inquietud.
 - IV.1.1.3. Alteraciones en los procesos del pensamiento: campos perceptivos (delirios, alucinaciones, etc.), alteraciones en el humor, escaso o nulo control de impulsos, aislamiento.

- IV.1.1.4. Alteraciones sensoriales neurológicas, metabólicas, de oxigenación y hormonales.
- IV.1.1.5. Reacción tóxica a medicamentos prescritos o no.
- IV.1.1.6. Consumo de drogas o alcohol.
- IV.2 Mantener la seguridad del paciente y el entorno.
 - IV.2.1. Fomentar la comunicación que favorece la sensación de integridad de la persona.
 - IV.2.2. Ayudar al enfermo a definir la realidad, orientar en tiempo, espacio y persona.
 - IV.2.3. Favorecer el bienestar físico: alimentación, hidratación, aseo, vestido, descanso, espacios físicos y ambiente general.
 - IV.2.4. Actuar de forma adecuada; con pacientes de alto nivel de riesgo tomar precauciones de seguridad inmediata.
- IV.3. Avisar al médico.
- IV.4. Iniciar aislamiento si es necesario según Protocolo.
- IV.5. Utilizar sujeción física si es necesario según Protocolo.
- IV.6. Administrar los medicamentos según órdenes médicas.

Cuidados de enfermería en pacientes con demencia

I. DEFINICIÓN:

- I.1. Alteración y deterioro progresivo de las facultades mentales relacionados con la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio.

II. OBJETIVOS:

II.1. Generales:

- II.1.1. Ayudar al paciente a controlar el comportamiento provocado por un deterioro mental.
- II.1.2. Establecer una comunicación verbal y no verbal lo más eficaz posible y comprender sus necesidades a medida que aumenta su demencia y el deterioro de las técnicas verbales.
- II.1.3. Garantizar la seguridad del paciente a medida que pierde capacidad para controlar los factores potenciales peligrosos del ambiente.
- II.1.4. Disminuir el trastorno del sueño.

- II.1.5. Ayudar al paciente a realizar las tareas de autocuidado y reducir el número de episodios de incontinencia.
- II.1.6. Reducir el riesgo de violencia relacionado con la irritabilidad, frustración y desorientación.

III. RECURSOS:

III.1. Personales:

- III.1.1. Enfermeras.
- III.1.2. Auxiliares de enfermería.
- III.1.3. Celador.
- III.1.4. Personal de Seguridad: Si fuera necesario.

III.2. Materiales:

- III.2.1. Habitación individual.
- III.2.2. Barandillas o sujeción preventiva nocturna.
- III.2.3. Aparatos ortopédicos que faciliten el movimiento.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA:

- IV.1. Recibir al enfermo según protocolo.
- IV.2. Valorar:
 - IV.2.1. Grado de deterioro mental.
 - IV.2.2. Grado de incapacidad para el autocuidado.
 - IV.2.3. Grado de incapacidad para deambular.

- IV.3. Establecer una comunicación verbal y no verbal lo más eficaz posible; dirigirse al paciente de forma abierta y relajada en tono claro y bajo. Identificarse siempre y mirar directamente al paciente.
- IV.4. Administrar medicación prescrita.
- IV.5. Proporcionar un ambiente coherente y rutinario dentro de un entorno seguro sin objetos potencialmente peligrosos.
- IV.6. Higiene:
 - IV.6.1. Ayudar al paciente en el aseo diario, vestido y alimentación.
 - IV.6.2. Planificar un esquema de evacuación para evitar infecciones y conservar la integridad cutánea.
- IV.7. Sueño y descanso:
 - IV.7.1. Proporcionar un ambiente tranquilo, sin ruidos y control de la intensidad de la luz durante la noche.
 - IV.7.2. Realizar actividades enfocadas a evitar el sueño durante el día.
- IV.8. Vigilancia frecuente del estado del paciente.
- IV.9. Si ansiedad grave o pánico ver protocolo de riesgo de violencia.

Rechazo al tratamiento farmacológico y hospitalización

I. DEFINICIÓN:

I.1.1. Comportamiento personal que se desvía de los consejos, recomendaciones o prescripciones hechas por los profesionales de la salud y no lo comunican.

Hay que diferenciarlo en pacientes que han tomado la decisión personal de no colaborar y de no aceptar el tratamiento farmacológico ni el ingreso voluntario y así lo expresan.

II. OBJETIVOS:

II.1. Generales:

- II.1.1. Determinar las causas de rechazo al tratamiento.
- II.1.2. Determinar las causas de rechazo al ingreso.
- II.1.3. Identificar las manifestaciones del rechazo al tratamiento que puedan ir en contra de la salud.

III. RECURSOS:

III.1. Personales:

- III.1.1. Enfermeras.
- III.1.2. Auxiliares de enfermería.

III.2. Materiales:

- III.2.1. Depende de la situación de cada paciente.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA DE AISLAMIENTO:

- IV.1. Comprobar que toma la medicación.
- IV.2. Valorar resultados observando.
 - IV.2.1. Persistencia de los síntomas.
 - IV.2.2. Progresión del proceso de enfermedad.
 - IV.2.3. Efectos secundarios del tratamiento prescrito.
 - IV.2.4. Actitud a la hora de tomar la medicación.
- IV.3. Informar al médico.
- IV.4. Valorar las quejas de la persona en relación con el tratamiento farmacológico.
 - IV.4.1. Aparición y duración.
 - IV.4.2. Con qué los asocia: actividad, comida, sueño, etc.
- IV.5. Enseñar la importancia de seguir el tratamiento prescrito.

- IV.6. Explicar efectos de la medicación.
- IV.7. Tomar las medidas necesarias: en casos de ingreso involuntario: con riesgo de abandono improcedente de la Unidad.
 - IV.7.1. Vigilar conducta frecuentemente.
 - IV.7.2. Tranquilizar al paciente y ayudarlo a aceptar el ingreso.
 - IV.7.3. Avisar al médico.

Terapia electro convulsiva

I. DEFINICIÓN:

- I.1. Procedimiento médico cuyo mecanismo de acción se fundamenta en la inducción de convulsiones estimuladas eléctricamente, siguiendo protocolo médico específico.

II. OBJETIVOS:

II.1. Generales:

- II.1.1. Mantener la atención integral al paciente antes y después de la TEC.

III. RECURSOS:

III.1. Personales:

- III.1.1. Enfermera.
III.1.2. Auxiliar de enfermería.

III.2. Materiales:

- III.2.1. Cama preparada con sujeciones físicas.
III.2.2. Aparato TEC.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA:

El día anterior a la realización del TEC

- IV.1. Enema limpieza 20 horas.

- IV.2. Baño general y especial cuidado del aseo del pelo.
- IV.3. Cortar uñas y retirar esmaltes.
- IV.4. Tomar constantes: TA, Pulso y Temperatura.
- IV.5. Comprobar que el aparato del TEC cuenta con todo el material y accesorios necesarios (electrodos y protector bucal).

El día que se realiza el TEC.

- IV.6. Dieta absoluta desde las 0 horas.
- IV.7. Tomar constantes una hora antes.
- IV.8. Vaciar la vejiga antes de trasladar al paciente al quirófano.
- IV.9. Poner Dodotis.
- IV.10. Recoger pelo si es necesario.
- IV.11. Retirar joyas, dentadura postiza.
- IV.12. Trasladar al paciente a quirófano en cama con sujeción física preventiva.
- IV.13. Trasladar a quirófano el aparato TEC.

Cuidados Post-TEC

- IV.14. Mantener al paciente en reposo una o dos horas con sujeción física preventiva.
- IV.15. Vigilar nivel de conciencia.

- IV.16. Vigilar zona de colocación de electrodos (posible quemadura).
- IV.17. Controlar constantes vitales.
- IV.18. Comprobar tolerancia de líquidos en una o dos horas.

