



Resolución Directoral

Santa Anita, 26 Marzo del 2012.

Visto el Memo N° 086-OGC-HHV-2012, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicitando se apruebe el documento "Guías de Atención de Enfermería" del Hospital Hermilio Valdizán;

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, dispone que la protección de la salud es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, por Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA de fecha 30 de Mayo del 2006 se aprobó el documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" en cuyo componente de la garantía y mejora enfatiza que la seguridad del paciente se constituye en uno de los principales pilares;

Que, mediante Memo N° 086-OGC-HHV-2012, de fecha 27 de Febrero del 2012, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita se apruebe la Guía de Atención de Enfermería del Hospital Hermilio Valdizán;

Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán en su artículo 34° incs. a) y f) establece como objetivos funcionales del Departamento de Enfermería : "a) Prestar atención integral de enfermería a los pacientes en el Hospital, según las normas y protocolos vigentes; y f) Proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de enfermería orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz";

Que, del mismo modo la mencionada norma en su artículo 17° refiere que la Oficina de Gestión de la Calidad tiene entre sus objetivos funcionales Asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente; por lo que es pertinente emitir el respectivo acto resolutivo;

En uso de las facultades conferidas por el Art. 11° inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por R.M. N° 797-2003-SA/DM; y con las visaciones de la Oficina de Asesoría Jurídica, Jefe de la oficina de Gestión de la Calidad y Jefe de Enfermería;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar el documento "GUÍAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA", del Hospital Hermilio Valdizán.

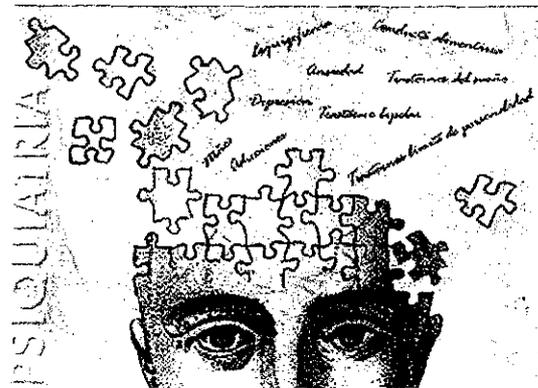
Artículo 2º.- La Oficina de Gestión de la Calidad procederá a la difusión y respectiva socialización del presente documento, de cuyos resultados deberá informar a la Dirección General del Hospital.

Regístrese y Comuníquese,

Patricia R.

Distribución
SDG
ENFERMERIA
OGC
INFORMATICA

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN
Dr. RAFAEL NAVARRO CUEV.
Director General
C.M.P. 4598 - REG. ESP: 109



GUIAS DE ATENCION DE ENFERMERIA

1. GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA – AGITACION PSICOMOTRIZ
(pag. 1 – 7)
2. GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA – CONDUCTA AGRESIVA
(pag. 8 – 12)
3. GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA – CONDUCTA DEPRESIVA
(pag. 13 – 18)
4. GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA – ESQUIZOFRENIA
(pag. 19 – 25)
5. GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA – CONDUCTA SUICIDA
(pag. 26 – 31)

2011

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA

I.- NOMBRE:

AGITACION PSICOMOTRIZ

II.- DEFINICION

Es un cuadro en el cual el paciente presenta hiperactividad motora y piquica con un aumento incontrolable de la movilidad física y una sensación de tensión interna difícil de controlar. El paciente puede moverse constantemente empujar aquello que se le pone por delante presentar desinhibición verbal, falta de conexión y estado afectivo ansioso o colérico pudiendo llegar a la violencia física auto- heteroagresividad.

La agitación psicomotriz es un síndrome englobado en los trastornos de la conducta, caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora con acompañamiento de alteraciones de la esfera emocional.

La intensidad del cuadro puede variar desde una mínima inquietud a una actividad de movimientos extrema sin finalidad alguna. Cuando esa hiperactividad tiene un objetivo determinado hablamos de agresividad o violencia, que puede manifestarse como hostilidad, brusquedad con tendencia a la auto o heterodestrucción.

Las causas pueden ser psiquiátricas, orgánicas o derivadas del abuso de sustancias. En los pacientes psiquiátricos aumenta el riesgo de conducta violenta cuando coexiste consumo abusivo de sustancias. Algunas causas orgánicas pueden tener consecuencias potencialmente graves, incluso fatales.

III. CAUSAS.

Que pueden desencadenar en agitación psicomotriz:

- Orgánicas: como consumo de sustancias psicoactivas, abuso de medicamentos, alteraciones metabólica y/o neurológicas.
- Inicio de brote esquizofrénico o reagudización de la enfermedad.
- Abandono de tratamiento.
- Graves alteraciones del proceso del pensamiento.
- Graves alteraciones neuroperceptivas.
- Trastorno de la conducta y de la personalidad.
- Cuadros de estrés excesivo.
- Cuadro de ansiedad.
- Cuadros de histeria.


LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
ICFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

IV. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Riesgos potenciales tanto para el paciente y como para su entorno, incluido los profesionales que lo atienden. Los siguientes son factores que puede predecir su aparición:

- Aumento creciente de la actividad motora
- Presencia de gestos y actitudes violentas: amenazas verbales, gritos o exhibición de violencia sobre objetos.
- Sospecha de consumo de sustancias tóxicas.
- Antecedentes de conducta violenta previa
- Alteración a nivel de la conciencia y/o presencia de alucinaciones.

Signos prodrómicos:

- Hiperactividad musculoesquelética, paseos constantes por la unidad.
- Signos de ansiedad, taquipnea, hipertensión arterial y taquicardia.
- Alteración del tono de voz.
- Discusión con otros pacientes o personal.
- Golpes contra la mesa u otros objetos.
- Tensión que se manifiesta más significativamente en expresión facial.

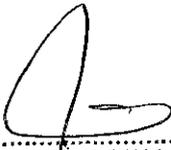
IV.- CUADRO CLINICO

Agitación orgánica

- Delirium debido a enfermedad médica:
- *Trastornos neurológicos*: traumatismos craneoencefálicos, enfermedad cerebrovascular y encefalopatía hipertensiva. Neoplasias primarias y secundarias. Meningitis, encefalitis, abscesos cerebrales, neurosífilis y SIDA. Epilepsia.
- *Trastornos sistémicos*: endocrinológicos, metabólicos, cardiovasculares, deficiencias vitamínicas, intoxicaciones, enfermedades infecciosas, enfermedades oncológicas, enfermedades auto inmunes, fármacos.
- Demencia y sus diferentes tipos

Agitación psiquiátrica

- Esquizofrenia
- Trastornos delirantes y otros trastornos psicóticos
- Fase Maníaca de un trastorno bipolar
- Trastornos no psicóticos:


LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

- Trastornos de ansiedad y por estrés postraumático
- Trastornos de la personalidad
- Trastornos adaptativos
- Trastornos disociativos.

Agitación mixta

- Trastornos relacionados con el consumo de alcohol, alucinógenos, anfetaminas (o sustancias de acción similar), *cannabis*, cafeína, cocaína, fenciclidina (o sustancias de acción similar), inhalantes, nicotina, opiáceos, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

V.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

1. Riesgo de violencia autodirigida relacionado con déficit de control de impulsos.
2. Riesgo de violencia dirigida a otra relacionado con sintomatología psicótica.

VI.- CUIDADOS DE ENFERMERIA

Objetivos:

- a. Prevenir la auto-heteroagresividad física, verbal intrahospitalaria del paciente.
- b. Disminuir progresivamente los factores de riesgo de agitación psicomotriz intrahospitalaria del paciente.
- c. Prevenir que el paciente agrede o se auto agrede.
- d. Calmar al paciente lo más rápido posible, para ello la enfermera utiliza la persuasión, la intervención química.
- e. Reducir la ansiedad del paciente.
- f. Proporcionar un ambiente seguro.

INTERVENCION DE ENFERMERIA:

- Evitar exponernos a riesgos innecesarios. La presencia de personal suficiente tiene carácter persuasivo y tranquilizador. En casos extremos, no debemos esperar a ser agredidos.
- Mantener adecuado manejo de emociones
- Actuar asertivamente en todo momento.
- Mostrar una actitud hábil, prudente, tolerante y rápida.
- Hablar directamente con energía y persuasión. (Voz firme, amable y grave)
- No intentar establecer contacto con el paciente a solas.
- No apresurarlo a obedecer, hacer como si tuviera todo el tiempo posible.


LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

- Evitar decisiones y explicaciones largas.
- Explicar al paciente que determinada acción no es un castigo, sino será una medida de urgencia y que será suprimida en la brevedad posible.
- Permitirle que exprese sus preocupaciones y quejas.
- Proporcionar un ambiente amplio y tranquilo.
- Preparar el equipo que sea necesario para contención física.
- Actuar lo más rápido posible con el fin de no incrementar la ansiedad y tensión del momento.
- Retirarlos objetos que puedan ser peligrosos para la integridad del paciente y de la persona que están a su alrededor.
- En caso que sea necesario la contención física evitar que haya público para no aumentar la ansiedad del paciente.

CONTENCIÓN FÍSICA:

- Es un procedimiento que permite limitar los movimientos del paciente agitado mediante sistemas de inmovilización física. La revisión de los estudios que analizan la efectividad de los métodos de contención física o las técnicas de aislamiento para el manejo de pacientes agitados y violentos, no permiten sacar conclusiones con suficiente consistencia, especialmente fuera del contexto hospitalario.
Sin embargo, en atención primaria y en situaciones de urgencias, resultan útiles y recomendables.
- Ante el fracaso de la contención verbal o cuando inicialmente ésta 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 otras medidas aplicadas como vías o sondas, probablemente necesarias en agitaciones de causa orgánica o para evitar la fuga de un paciente que acude involuntariamente.
- En todo caso, será un método de aplicación temporal hasta que se controle la conducta del paciente o resulte efectiva la sedación farmacológica, especialmente en agitación de origen psiquiátrico.
- En ancianos puede ser más efectiva y con más seguridad que la sedación farmacológica.
- El método más utilizado y que parece más efectivo es la inmovilización mediante fijadores.
- 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 pacientes violentos.


LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

- La exhibición de fuerza puede resultar de por sí disuasorio, y en algunos casos suficiente.
- Mejor utilizar fijadores, sábanas o similares.
- Se realizará en habitación separada de otros pacientes o familiares.
- Eliminar los objetos peligrosos próximos.

Técnica:

- 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 los fijadores entre 2 puntos (brazo y pierna contra laterales) 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 debe realizar las fuerzas de seguridad.

Seguimiento del paciente inmovilizado:

- El paciente debe ser controlado mientras esté inmovilizado para evitar las lesiones osteomusculares y sistémicas.
- Aflojar periódicamente las sujeciones.
- Control de función vital y el nivel de conciencia
- Se controlara la ingesta de líquidos y la diuresis. así como los cuidados mínimos de higiene personal, cambios posturales y evaluación erosiones en las zonas de contacto con las muñequeras de sujeción y piel
- Asegurar la correcta hidratación sobre todo ante necesidad de sedación prolongada, vigilar la vía aérea y la higiene, especialmente en ancianos
- Se deberá evaluar la sujeción cada 15 minutos
- El personal debe asegurarse que las sujeciones están adecuadamente colocadas, seguras, sin presionar al paciente, ni con riesgo de provocarle lesiones cutáneas. La contención mecánica no debe ser mayor de 2 horas según las normas internacionales.
- Realizar el registro de enfermería.

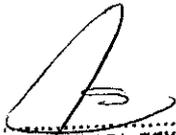

LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

VII.- COMPLICACIONES

- Agresión hacia los demás.
- Autolesión.
- Destrucción de de muebles y enseres.

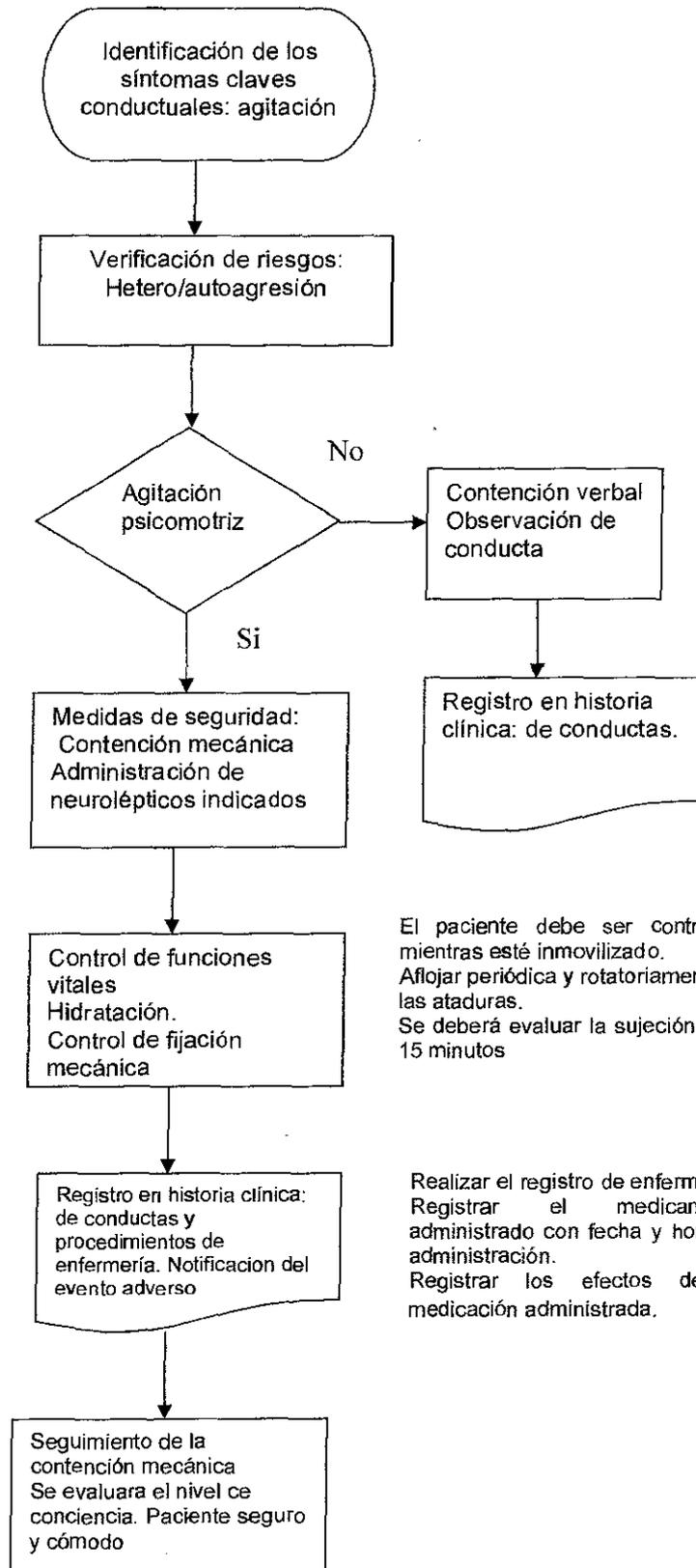
VIII.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- BOBES GARCÍA J, SÁIZ MARTÍNEZ PA, GONZÁLEZ GARCÍA-PORTILLA MP, BOUSOÑO GARCÍA M. Manejo del paciente con agitación psicomotroz. En: Avances en medicina de emergencias. Ponencias del VII Congreso Nacional Sociedad Española de Medicina de Emergencias. Mayo 2005; 99-104.
- 2.- DUBIN WR, FELD JA. Rapid tranquilization of the violent patient. Am J Em Med 2001; 7: 313-320.
- 3.- HYMAN SE. El paciente violento. En: Manual de urgencias psiquiátricas. 20 ed. Barcelona: Salvat. 2000; 27-36.
- 4.- IBÁÑEZ ALCAÑIZ C, BAUTISTA GARCÍA-VERA M, CABALLERO CUBEDO R. Agitación psicomotriz. En: Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 30 ed. 2004; 835-839.
- 5.- MAYOU RA. Emergencias psiquiátricas. En: Oxford tratado de medicina interna. Sección 25: Psiquiatría y medicina. 20 ed. 2003; 3834-3836.


LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

FLUJOGRAMA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN AGITACION PSICOMOTRIZ

Se considerara como evento adverso (situación o suceso no deseado imputable a la atención de salud y no derivado de la enfermedad o condición de salud del paciente).



Evitar exponernos a riesgos innecesarios. Mantener adecuado manejo de emociones. Explicar al paciente que determinada acción no es un castigo, es una medida de urgencia y protección temporal.

El paciente debe ser controlado mientras esté inmovilizado. Aflojar periódica y rotatoriamente las ataduras. Se deberá evaluar la sujeción cada 15 minutos

Realizar el registro de enfermería. Registrar el medicamento administrado con fecha y hora de administración. Registrar los efectos de la medicación administrada.


LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA

I.- NOMBRE:

CONDUCTA AGRESIVA

II.- DEFINICION

La agresividad es una alteración dominante que tiene diversos grados de manifestación del humor que se acompaña de síntomas correspondientes a la esfera del pensamiento, psicomotricidad y del comportamiento. Es una fuerza instintiva que se deriva de la fisiología muscular, al ser influida cuando se experimentan frustraciones, se prestan a algún tipo de finalidad destructiva. Pueden atacar con violencia física, verbal o simbólica.

II.- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

La agresividad de los pacientes con algún trastorno mental es frecuente se ha documentado que la conducta agresiva se presenta con trastornos mentales a consecuencia de diversos factores de riesgo como edad, genero y trastorno de la personalidad, abuso de sustancias psicoactivas, alucinaciones y delirios persecutorios

IV.- CUADRO CLINICO

La agresividad en el ser humano es un fenómeno complejo que se define como una serie de conductas dirigidas a infligir daño físico a otras personas a uno mismo y a diverso tipo de propiedades

V.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Riesgo de violencia dirigida hacia los demás relacionados a conducta agresiva.
- Riesgo de conducta destructora relacionado con conducta agresiva.

VI.- INTERVENCION DE ENFERMERIA

Objetivos:

- a. Investigar los motivos de la conducta agresiva.
- b. Prevenir o calmar al paciente lo más rápido posible, para ello la enfermera utiliza la persuasión, la intervención química previa indicación médica.


J.C. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
EFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

1.- Paciente violento y agresivo que muestra comportamiento sarcástico vulgar e indecente:

- No enojarse con esta conducta.
- Mostrar una actitud hábil, prudente, tolerante y rápida.
- Voz firme, amable y grave.
- Hablar directamente con energía y persuasión.
- No intentar establecer contacto con el paciente a solas.
- No apresurarlo a obedecer, hacer como si tuviera todo el tiempo posible.
- Evitar decisiones y explicaciones largas.
- Explicar al paciente que determinada acción no es un castigo, sino será una medida de emergencia y que será suprimida en la brevedad posible.
- Permitirle que exprese sus preocupaciones y quejas.

2.- Ambiente físico:

- Ubicarlo en un ambiente tranquilo, con pocos muebles.
- Reducir los estímulos externos que desencadenan hostilidad y agresividad.

3.- Relaciones interpersonales:

- Limitar el número de personas.
- Identificar enemistades con otros pacientes (para evitar lesiones entre estos pacientes)
- Percibir la tensión y actuar prudentemente.

4.- Situaciones imprevistas (romper muebles, vidrios o coger objetos contundentes)

- Observación y vigilarlos constantemente.
- Habitación de pocos muebles, no dejar a la mano escobas, tenedores, botellas.
- Retirar todo objeto con el cual puede hacer daño a si mismo o a los demás.

5.- Pacientes agresivos que oponen resistencia a la conducción o manejo:

- Acompañarlo en semicírculo cuando hay necesidad de trasladarlo de un lugar a otro.
- Explicarle de manera sencilla lo que sucede, persuadiéndolo calmadamente tratando de no aumentar la agresividad
- Evitar conducirlo a la fuerza, con testigos para que otras personas no se alteren con la situación.


LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 202
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

6.- Sujeción Mecánica:

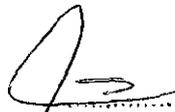
- Cuando es necesario (el paciente se torne incontrolable) el equipo de enfermería actuara en forma coordinada, con destreza, calma, buen juicio y sentido humano acercarse al paciente y simultáneamente, ubicándose alrededor del.
- Se le indica al paciente que se va a proceder a su inmovilización para 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 los fijadores entre 2 puntos (brazo y pierna contra laterales) 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 debe realizar las fuerzas de seguridad.
- El paciente debe ser controlado mientras esté inmovilizado.
- Aflojar periódica y rotatoriamente las ataduras.
- Control de funciones vitales.
- Asegurar la correcta hidratación sobre todo ante necesidad de sedación prolongada, vigilar la vía aérea y la higiene, especialmente en ancianos

7.- Intervención Química:

- Cuando es necesario se procede a la aplicación de tratamiento psicofarmacológico I.M: o E.V. previo control de funciones vitales, indicado por el medico

8.- Registro de la Intervención de enfermería:

- Registrar las circunstancias de la conducta con fecha y hora de ocurrido.
- Registrar el medicamento administrado con fecha y hora de administración.
- Registrar los efectos de la medicación administrada.


.....
SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

VII.- COMPLICACIONES

- Agitación psicomotriz.
- Agresión hacia los demás.
- Autolesión.

VIII.- BIBLIOGRAFIA

- ✓ Alonso-Fernandez, F. "Raíces psicológicas de la violencia".
Fundación Santa María. Madrid (2004).
- ✓ Bandura, A. "Agresión: A social learning analysis". Prentice Hall. Englewood
Cliffs. N.J. (2003).
- ✓ Baselga, E. ; Urquijo, S. " Sociología y violencia". Mensajero.
Madrid (2004).
- ✓ De Flores, T. "La conducta agresiva". (En Vallejo, J.:
" Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría". MassonSalvat. Barcelona
(2003).
- ✓ Fuentenebro, F.; Vázquez, C. "Psicología médica, psicopatología y psiquiatría".
Interamericana-McGraw Hill. Madrid (2004)

PAGINAS VIRTUALES

www.apsique.com/anor/agresividad.html

www.uam.es/centros/psicologia/paginaas/cuidadores/enfado_manajarproblemas.htm

www.psiquiatrialatina.com/asuicida/violencia_agresividad.htm

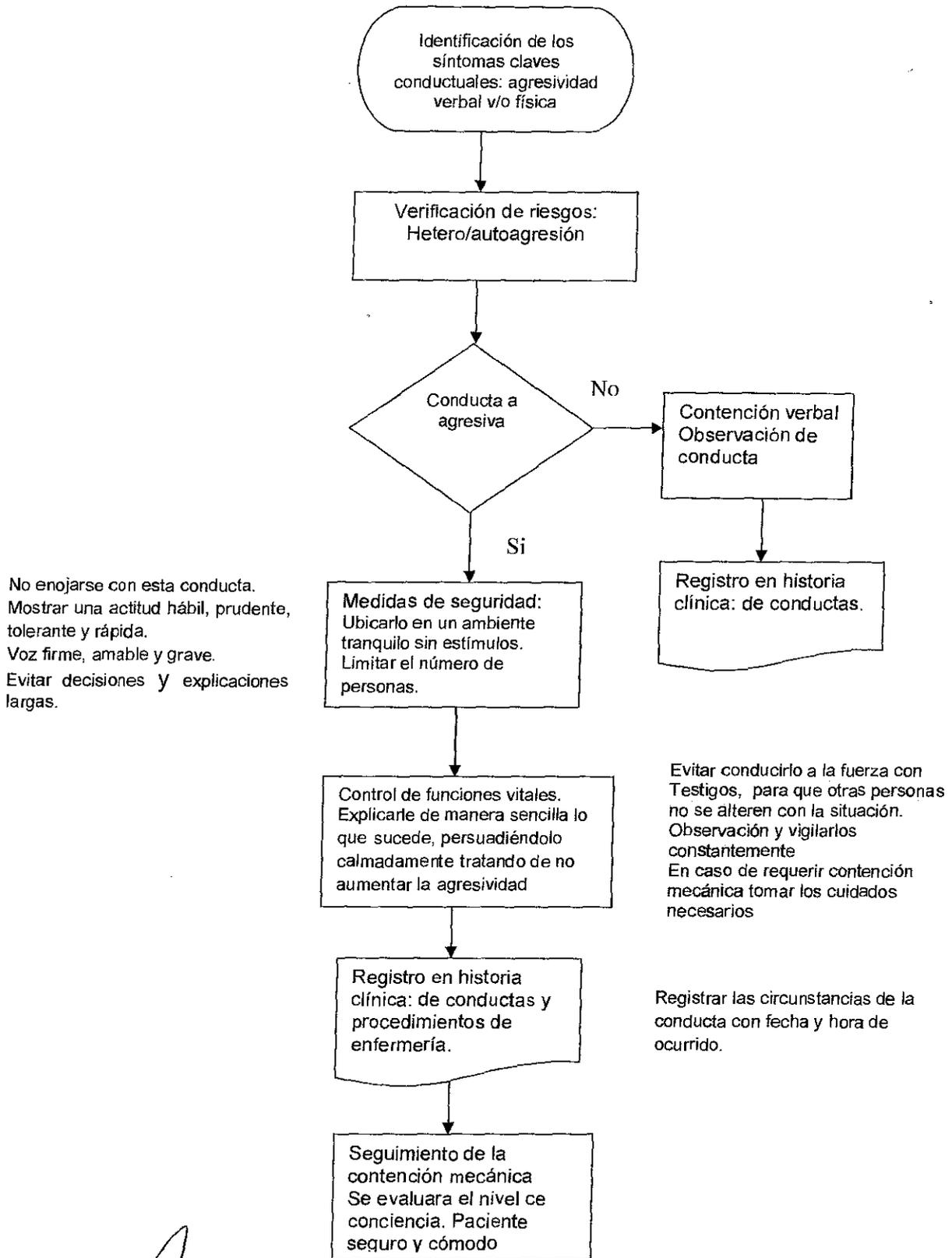
www.emol.com/diario_elmercurio/artesa

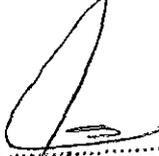
letras.a/detalless_diario.asp?idnoticia=0114042002006E0120051

www.ceril.cl/agresividad.htm


LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

FLUJOGRAMA DE ENFERMERIA EN CONDUCTA AGRESIVA




J.C. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
ENFERMERA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA

I.- NOMBRE:

CONDUCTA DEPRESIVA

II.- DEFINICION

Depresión viene del latín depressio: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

La depresión es una enfermedad tratable, al igual que la diabetes o la hipertensión. Muchos creen erróneamente que la depresión es normal en personas mayores, adolescentes, mujeres menopausias, madres primerizas o en personas que padecen enfermedades crónicas. Pero éste es un concepto equivocado, no importa la edad, el sexo o la situación de la vida, la depresión nunca es algo normal. Cualquier persona que experimente síntomas depresivos debe ser diagnosticada y tratada para revertir su condición.

II.- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

FACTORES BIOLÓGICOS:

Déficit funcional (desregulación) de Noradrenalina y serotonina.

Se involucra también a la dopamina

FACTORES GENÉTICOS:

Incidencia entre niños de padres con depresión

Tener ambos padres depresivos: riesgo 4 veces mayor que el niño se deprimida antes de los 18 años.

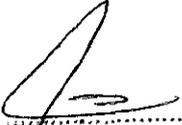
Existe concordancia de 65% en los gemelos monocigóticos

FACTORES PSICOLOGICOS:

Distorsiones cognitivas: consideración negativa de si mismo, del entorno y del futuro

Indefensión aprendida

Perdidas: Riesgo > de TDM en niños cuyos padres murieron antes de los 13 años.


LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
EJE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

FACTORES SOCIALES

Numerosos factores sociales son los determinantes de esto. Por lo que es necesario captar qué fenómenos sociales de las últimas décadas están determinando la aparición de la depresión en cada persona.

Nos referimos a los siguientes fenómenos sociales:

- recesión económica.
- alto índice de desempleo.
- inseguridad social
- marginación.
- carencia de proyectos.
- marcado individualismo.
- ruptura de redes sociales.
- desaparición de lugares de pertenencia.
- aislamiento social.

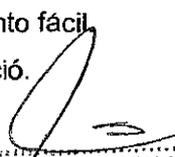
IV.- CUADRO CLINICO SINTOMAS:

SOMATICAS

- Alteración del apetito (aumento o disminución)
- Alteración del patrón del sueño. (insomnio o hipersomnía, despertar precoz)
- Estreñimiento debido a factores dietéticas.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Síntomas somáticos sin ninguna finalidad.
- Pérdida de apetito y/o peso (raro aumento)
- Pérdida de la libido, impotencia o frigidez
- Cefalea, otros dolores (musculares)
- Síntomas gástricos
- Vértigos (mareos)
- Pérdida de peso

AFECTIVAS

- Tristeza y desánimo, irritabilidad, agitación y resentimiento.
- Culpa y sensación de inutilidad.
- Desesperanza e indefensión.
- Apatía.
- Llanto fácil.
- Vacío.


LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
SER DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

CONDUCTUALES

- Poca higiene personal.
- Lentitud psicomotora.
- Disminución de la motivación.
- Anhedonia.
- Frecuentes quejas y exigencias.
- Falta de espontaneidad.

COGNITIVAS

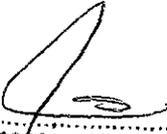
- Indecisión.
- Disminución de la concentración y de la amplitud de la atención
- Rumiación.
- Auto preocupación.
- Concentraciones los aspectos negativos de la vida
- Sentimientos de enfado pero hacia si mismo.
- Pobre auto imagen son la causa de que el paciente sea negligente consigo mismo.
- Lentitud de los procesos cognitivos.
- Sentimiento de ser una carga para todo el mundo.
- Pensamiento autodestructivo
- Aprensiones numerosas, miedo a estar solo.

SOCIALES Y OCUPACIONALES:

- Apatía con respecto al trabajo y al aprendizaje.
- Desinterés social.
- Disminución en la capacidad del trabajo.
- Subestimación de propia competencia.

MOTORES:

- Lentitud.
- Perdida de interés por las actividades agradables
- Por la forma negativa en que se comporta.


C. SERPA REYES
C.E.P. 282
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

V.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

1. Riesgo de soledad relacionado a aislamiento social
2. Desesperanza relacionado con abandono
3. Desempeño inefectivo del rol relacionado a estrés y conflictos
4. Ansiedad relacionado a necesidades no satisfechas
5. Aislamiento social relacionado a alteración mental
6. Riesgo de autoeliminación relacionado a minusvalía
7. Déficit de autocuidado relacionado deterioro perceptual o cognitivo.

VI.- INTERVENCION DE ENFERMERIA

Objetivos:

- a. Impedir que el paciente se dañe a si mismo.
- b. Mantener la higiene personal.
- c. Proporcionar un ambiente de seguridad.
- d. Permitir la expresión de sentimientos.

INTERVENCIONES:

- Mostrarse seguro. Establecer una relación firme pero de apoyo.
- Exhibir calma y moderación.
- Aceptar al paciente, evitando cualquier acción que pudiera interpretarse como crítica.
- Ayudar al paciente a alimentarse. En ocasiones sea necesario administrar los alimentos en pequeñas raciones. Permanecer con el paciente a las horas de las comidas.
- Ayudar al paciente con la higiene y el acicalamiento cuando sea necesario.
- Observación permanente por el riesgo suicida, observar signos de alarma.
- Proporcionar ambiente seguro y protegido libre de objetos que pudiere usar el paciente para auto agredirse.
- Evitar las rutinas en los servicios, (pasar las rondas a la misma hora).
- No forzar la conversación, pero si animar a la participación en actividades e interacciones sociales.
- Establecer un cronograma de actividades de tal manera que se mantenga en actividades durante el día.
- Escuchar de manera empática.
- Tener en cuenta que el riesgo aumenta cuando la depresión comienza a mejorar (el paciente dispone de nuevas energías para intentarlo).


LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
MEME DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

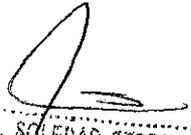
- Tomar en serio los signos de alarma.
- No dar promesas que no pueden cumplirse.
- Comunicar nuestra presencia y nuestros deseos de proteger al paciente para que no haga daño a sí mismo.
- Identificar factores de riesgo.
- Evitar la alegría, la simpatía y la superficialidad excesiva.
- Evitar cuestionar acerca de las afirmaciones negativas que el paciente hace sobre sí mismo.
- Conocer la deambulación del paciente en todo momento.
- Mantener estrecha vigilancia sobre todo en los momentos que disminuye el personal (por ejemplo: en el cambio de turno, momentos de las comidas.)
- Observar de las relaciones que hace el paciente con otros pacientes, observar quien puede ser su confidente. (a quien el paciente puede darle una señal de advertencia de suicidio).
- Si es necesario que el paciente use objetos punzo- cortantes permanecer con él durante su empleo.

VII.- COMPLICACIONES

- Riesgo de autolesión.
- Suicidio consumado.

VIII. BIBLIOGRAFIA.

1. ET. JUDITH M. SCHLTZ Y E.T. SHEILA L DARK Enfermería Psiquiátrica Planes de Cuidados.
2. MICHELLE MORRIS, RN, - Fundamentos de Enfermería en Salud Mental – 1999 – Madrid – España.
3. J. SUE COOK, RN, ED Y KAREN LEE FONTAINE, RN, MSN - Fundamentos Esenciales de Enfermería en Salud Mental – 2004 – Madrid - España
4. JOANA FORNES VIVES - Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica – 2005 – Buenos aires - Argentina


D.C. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

FLUJOGRAMA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN DEPRESION

Identificación de los síntomas claves

Verificación de riesgos:
Autoagresión

Ideas de autoeliminación

Contención verbal
Observación de conducta

Registro en historia clínica: de conductas.

Aceptar al paciente, evitando cualquier acción que pudiera interpretarse como crítica.
Tener en cuenta que el riesgo aumenta cuando la depresión comienza a mejorar (el paciente dispone de nuevas energías para intentarlo).

Establecer una relación firme pero de apoyo.
Mostrar calma. Proporcionar ambiente seguro y protegido libre de objetos que pudiere usar el paciente para autoagredirse

Observación permanente por el riesgo suicida, observar signos de alarma.

Identificar factores de riesgo
Tomar en serio los signos de alarma. Conocer la deambulación del paciente en todo momento.
Mantener estrecha vigilancia sobre todo en los momentos que disminuye el personal.

Registro en historia clínica: de conductas y procedimientos de enfermería. En caso el paciente se autoagreda e notificara como evento

Realizar el registro de enfermería. Descripción de conducta. Registro de procedimiento.

Paciente en su unidad en observación permanente de personal


LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA

I.- NOMBRE:

ESQUIZOFRENIA

II.- DEFINICION

Es una enfermedad psiquiátrica, que pertenece a los trastornos psicóticos con diferentes fases de actividad clínica caracterizadas por alucinaciones, ideas delirantes y trastorno de otras funciones mentales. Esta enfermedad puede tener un curso crónico y llegar a deteriorar de forma progresiva con marcadas repercusiones sociales.

La esquizofrenia es también un trastorno mental crónico y grave. Esta enfermedad se caracteriza por una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas y a una significativa disfunción social. Así, una persona con este diagnóstico, por lo general, muestra un pensamiento desorganizado, delirios, alucinaciones, alteraciones afectivas en el ánimo y las emociones, del lenguaje y conductuales.

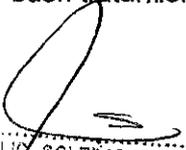
La esquizofrenia puede empezar a cualquier edad, pero lo más frecuente es que se inicie entre los 16 y 25 años. Es raro el inicio de la esquizofrenia después de los 40 años. Los niños más raramente también pueden tener esquizofrenia

II.- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

a) Predisposición genética: El riesgo de desarrollar la esquizofrenia en:

- Población general 1%
- Familiar de paciente esquizofrénico. (no gemelo). 8%
- Hijo con uno de los padres esquizofrénico. 12%
- Gemelo dicigotico de un paciente esquizofrénico. 12%
- Hijo con padre y madre esquizofrénicos. 40%
- Gemelo monocigotico de un paciente esquizofrénico. 47%

b) Medio ambiente familiar: La existencia de familias con predominio de "emoción expresada" (Intercambio de comentarios críticos, hostilidades o excesivo compromiso emocional), hacen que el paciente a pesar de un buen tratamiento. Recidive la enfermedad.


LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

c) **Factores socioeconómicos y culturales:** La esquizofrenia prevalece en los grupos socioeconómicos más bajos (Deriva social) y en los hijos de la primera generación de emigrantes.

d) **Personalidad:** Antes de iniciar el cuadro los pacientes son descritos como personas retraídas, tímidas, excéntricas, desconfiadas o excesivamente sumisas.

IV.- CUADRO CLINICO

1.- Grupos de signos y síntomas relacionados con la esquizofrenia:

Síntomas positivos:

- ✓ **Delirios, pensamientos extraños o suspicacia:** las personas con esquizofrenia tienen pensamientos extraños y sin explicación lógica, en los que creen ciegamente. Pueden pensar que otras personas les leen el pensamiento, que están organizando un complot en su contra, o que otros controlan su mente.
- ✓ **Alucinaciones:** consiste en percibir sonidos, olores, visiones o sensaciones corporales que en realidad no existen. Las personas con esquizofrenia oyen voces que les hablan a ellos o sobre ellos, normalmente criticándoles, o asustándoles. Menos frecuentemente pueden ver objetos que no existen.
- ✓ **Alteración de la percepción:** las personas con esquizofrenia tienen dificultades para dar sentido a lo que ven, oyen, huelen, saborean y sienten todos los días. Provocándoles miedo en numerosas ocasiones.

Síntomas negativos:

- ✓ **Aplanamiento afectivo:** las personas con esquizofrenia pueden tener dificultades para comprender y expresar sus sentimientos, así como, para empatizar con otras personas. Esto puede dar lugar a períodos de aislamiento y soledad.
- ✓ **Falta de motivación o energía:** las personas con esquizofrenia suelen tener dificultades para iniciar proyectos nuevos o para acabar las tareas iniciadas.
- ✓ **Falta de placer o de interés por las cosas:** las personas con esquizofrenia pueden llegar a ver el mundo sin interés alguno y pensar que no merece la pena el esfuerzo para empezar el día.


LIC/ SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

- ✓ **Discurso limitado:** las personas con esquizofrenia tienen normalmente un discurso pobre, hablando en general en muy contadas ocasiones y de manera muy breve.

Síntomas generales:

- ✓ **Discurso desorganizado y pensamiento confuso:** las personas con esquizofrenia pueden tener dificultades para pensar con claridad y para entender lo dicen otras personas. Les puede resultar difícil mantener una conversación, planear tareas o resolver problemas.
- ✓ **Comportamiento desorganizado:** la esquizofrenia puede dar lugar a hacer cosas que no tienen sentido o a repetir los mismos gestos constantemente. A veces la enfermedad puede dar lugar a que la persona deje completamente de hablar o de moverse, manteniendo una postura fija durante períodos largos de tiempo.

2.- Interacción cronológica y características asociadas:

Signos de alarma: (en menores con esquizofrenia):

- Dificultad para diferenciar sueños de realidad.
- Pensar de manera confusa.
- Alucinaciones visuales o auditivas.
- Pensamientos e ideas vividas y bizarras.
- Cambios extremos y bruscos de humor.
- Comportamiento raro.
- Pensar que la gente está en contra de ellos.
- Comportarse como un niño menor.
- Ansiedad y temor severos.
- Confundir televisión y realidad.
- Problemas serios para hacer o mantener amistades.

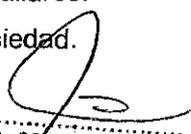
Síntomas prodrómicos:

A.- Tempranos:

- Afecto depresivo.
- Aislamiento social.
- Funcionamiento subnormal.
- Motivación disminuida
- Alteraciones del sueño.
peculiares.
- Ansiedad.

B. Tardíos:

- Conducta bizarra.
- Abandono de hábitos higiénicos.
- Afecto inapropiado.
- Discurso vago y sobrevalorado.
- Pensamientos mágicos o
- Discurso circunstancial.


LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
TEC. DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

- Desconfianza. – Percepciones inusuales.
- Concentración disminuida.

V.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- Riesgo de violencia autodirigida o dirigida a los demás relacionado con la respuesta a pensamientos delirantes o alucinaciones.
- Trastorno de la comunicación verbal relacionado con un patrón del lenguaje incoherente o ilógico y los efectos secundarios de los medicamentos.
- Dificultades para el mantenimiento del hogar relacionadas con la incapacidad para emitir juicios, la incapacidad para iniciar actividades por propia iniciativa y la pérdida de las capacidades a medida que se prolonga el curso de la enfermedad
- Temor relacionado con reducción de contacto con la realidad.
- Alteraciones senso perceptivas: visuales, auditivas relacionado con interpretación inexacta de los estímulos.

VI.- INTERVENCION DE ENFERMERIA

Objetivos:

- a. Reducir o eliminar el aislamiento social.
- b. Reducir o eliminar la conducta violenta.
- c. Lograr que el paciente desarrolle interpretaciones correctas de la realidad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

1. Pasar el tiempo necesario con el paciente a un cuando este no pueda responder verbalmente o lo haga en forma incoherente.
2. Dirigir su interés y cuidado, prometer solo aquello que se puede cumplir en forma realista.
3. Apoyarle en todos sus éxitos cumplimiento de responsabilidad dentro del servicio, interacciones con los miembros del equipo terapéutico y otros pacientes.
4. Ayudar a mejorar su arreglo personal auxiliarlo cuando sea necesario para que se bañe, se vista.
5. Reorientar al paciente en persona, lugar y tiempo (llamarlo por su nombre, decirle el nombre del personal que lo atiende, indicarle en donde se encuentra, darle la fecha.)


LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

6. Proporcionar un ambiente seguro (retirar todos los objetos que el paciente pueda utilizar para auto agredirse o agredir a los demás)
7. Proporcionarle un ambiente estructurado que sea tranquilo y no estimulante.
8. Ayudar al paciente a discriminar entre el ambiente real y lo no real.
9. Animarle a que participe en todas las modalidades de tratamiento.
- 10 Reconocer y reducir los estímulos ambientales que puedan ser mal interpretados, sacar al paciente si es necesario.
11. Usar términos concretos y directos
12. Animar al paciente a que elija una actividad recreativa basada en su nivel de capacidad.
13. Re-educación de hábitos.
14. Permanecer alerta para satisfacer las necesidades físicas del paciente.
15. Observar los patrones de alimentación y la ingesta de líquidos del paciente. (Se debe llevar un registro de la ingesta y eliminaciones del paciente)
16. Retirar al paciente del grupo si su conducta se vuelve demasiado molesta o peligrosa para los demás.

VII.- COMPLICACIONES

- Riesgo de autoagresión
- Riesgo de lesiones los demás.
- Destrucción de muebles y enseres.
- Rechazo familiar y /o abandono.
- Aislamiento social.

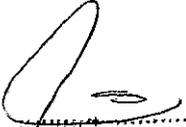
VIII.- BIBLIOGRAFIA

Adams CE, Eisenbruch M; "Depot Fluphenazine for Schizophrenia", The Cochrane Library – 2000 Issue 2

Canadian Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Schizophrenia"; Canadian Psychiatric.

Association, The Canadian Journal of Psychiatry, 1998, vol 43 (suppl 2)

"Consensus Statement on Usefulness and Use of Second Generation Antipsychotic Medications", The World Psychiatric Association, Task Force, Second Draft, March 2000


LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Ministerio de Salud
Hospital Hermilio Valdizan
Departamento de Enfermería

"Cuidados y necesidades de las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos que viven en la comunidad". Documento para el consenso internacional propuesto por la Red Maristán. Red Maristán, Julio de 1999

DSM – IV "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales"; Asociación Americana de Psiquiatría, Washington DC, USA

Duggan L, Fenton M, Dardennes RM, El-Dosoky A, Indran S; "Olanzapine for Schizophrenia", The Cochrane Library – 2000 Issue

"Esquizofrenia en Chile: Magnitud y Consecuencias", Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental, Documento de Trabajo, Santiago, Chile 2000

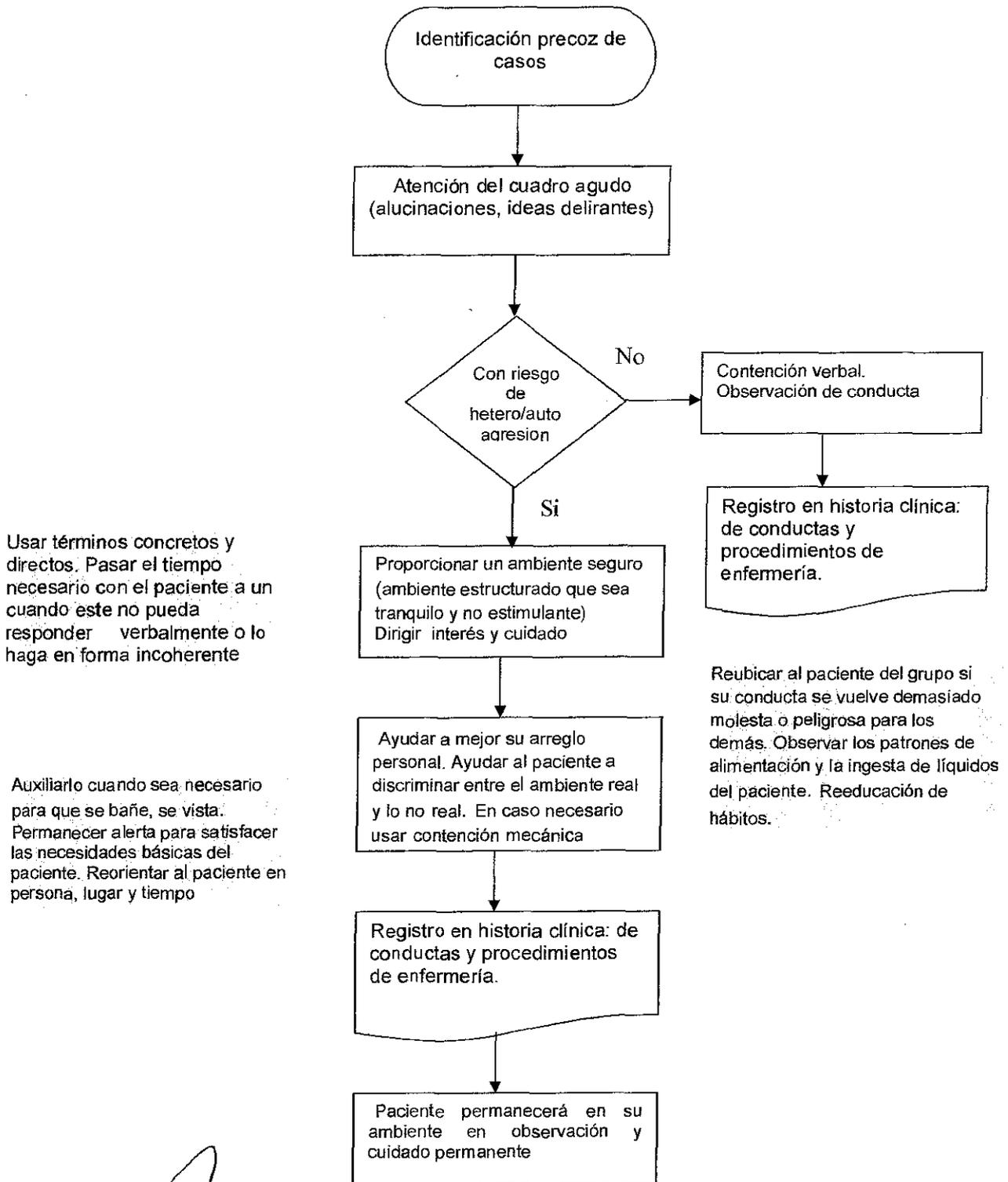
"Expert Consensus Guidelines Series: Treatment of Schizophrenia 1999"; The Journal of Clinical Psychiatry, 1999, vol 60 (suppl 11)

"Expert Consensus Treatment Guidelines for Schizophrenia: A Guide for Patients and Families"; The Journal of Clinical Psychiatry, 1999, vol 60 (suppl 11)



LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

FLUJOGRAMA DE ATENCION DE ENFERMERIA - PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA




LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA

I.- NOMBRE

CONDUCTA SUICIDA

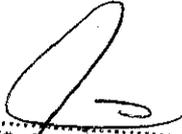
II.- DEFINICION

Es una conducta agresiva, cuya meta es la obtención de la muerte a través de un acto de autolesión, con el propósito consciente de autodestrucción. Existen cuatro tipos de pacientes suicidas:

1. Aquellos que han sobrevivido a un intento suicida.
2. Los que se quejan de ideas o impulsos suicidas.
3. Los que consultan por otros motivos pero admiten tener ideas suicidas.
4. Quienes niegan sus intenciones suicidas pero que se comportan de manera tal que muestran un potencial suicida

III.- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

- Género: Los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres en relación de 3 a 1 mientras que el suicidio consumado es más frecuente en los varones en la misma relación.
- Edad: En referencia a los suicidios consumados, cerca de la mitad están entre 18 a 33 años. Existe una tendencia a nivel mundial del aumento de las tasas de suicidio en niños y adolescentes, las cuales se han triplicado en relación a la década anterior. También se aprecia un aumento de estas tasas en la población de la tercera edad.
- Estado Civil: Los solteros constituyen el mayor grupo de riesgo en suicidio consumado e intento de suicidio. En el Programa de Prevención de Suicidio (PPS) del Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" se encontró que el 62.2% pacientes con intento de suicidio eran solteros
- Ocupación: Los desocupados constituyen el grupo de riesgo más relevante. Se ha visto un incremento de conductas suicidas violentas en militares, policías y vigilantes de seguridad, así como sus familiares, ya que cuentan con mayor disponibilidad de medios letales.
- Condiciones Socioeconómicas: Es mayor en el estrato social bajo.


LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

- **Antecedentes Familiares de Enfermedad Mental:** La depresión constituye el trastorno mental más frecuentemente encontrado en los familiares de pacientes suicidas, seguido de esquizofrenia y dependencia a alcohol y drogas.
- **Antecedentes Familiares de Conducta Suicida:** Los antecedentes de intento de suicidio en familiares de primer grado es 10.4%, predominando aquel de los hermanos con 50%; y los familiares de segundo grado 7.5% de acuerdo a los datos encontrados en el Programa de Prevención de Suicidio (PPS) del IESM "HD-HN", 2003.
- **Enfermedades Físicas y/o Mentales:** En estudios post mortem se muestra que entre 25% a 75% de suicidios consumados padecían algún tipo de afección somática. Entre la patologías presentes tenemos SIDA, cáncer, enfermedades del SNC, cardiovasculares y otras. En relación a los trastorno mentales y los intentos de suicidio, encontramos que la depresión es hallada en un 75% de los pacientes, trastorno borderline de la personalidad 37.3% y alcohol y dependencia de drogas con 21.7%, los trastorno de adaptación con 23.2%, de acuerdo a la fuente anteriormente citada.
- **Consumo de Alcohol y Sustancias Psicoactivas:** Existen estudio en que se encuentra que el riesgo de suicidio en alcohólicos es de 60 a 120 veces mayor en alcohólicos que en la población general.
- **Antecedente de Maltrato Físico, Sexual y Psicológico:** Son factores directamente vinculados al síndrome de conductas suicidas.
- **Conflictos Familiares y/o Pareja:** Se les considera los estresores psicosociales más fuertemente vinculados con la conducta suicida
- **Pérdidas Parental:** Se ha encontrado que las féminas son más vulnerables a pérdidas parentales tempranas, con relación al intento suicida, según los estudios realizados por el PPS del IESM "HD-HN", 2003
- **Carencia de Soporte Socio-Familiar:** La conducta suicida se presenta con mayor frecuencia en la población con déficit en el soporte sociofamiliar. Anticona y col. Epidemiología de la conducta suicida en el Hospital Victor Larco Herrera (1999).
- **Intentos Suicidas Previo:** Es el indicador más importante del riesgo de suicidio consumado, todo intento de suicidio previo se debe tomar seriamente con factor pre editor independientemente de su letalidad. Se ha encontrado su presencia en 47.9% de los pacientes atendidos como intentos suicidas.


LIG. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

- Problemas de Identidad Sexual: Estudios publicados encuentran evidencias que en personas que tienen atracción por el mismo sexo presentan un incremento en los grados de autoagresión.

IV.- CUADRO CLINICO

La conducta suicida es caracterizada por un espectro clínico que abarca desde ideas suicidas vagas hasta el suicidio consumado. Los pensamientos suicidas son más frecuentes que los intentos de suicidio o suicidios consumados. La conducta suicida debe ser explorada en todos los pacientes que presentan episodio depresivo, crisis de angustia, episodios psicóticos agudos, conducta impulsiva y consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades terminales como, cáncer, HIV, SIDA, neurológicas (hemiplejía, cuadriplejía), delirium tremens o condiciones como el embarazo no deseado.

V.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

- Alteración en los procesos del pensamiento R/C disminución de autoestima.
- Aislamiento social en R/C sentimiento de minusvalía
- Riesgo de violencia (autodirigida) R/C desesperanza.

Objetivo:

Determinar y prevenir la posibilidad de que el suicida potencial lleve a cabo un intento en un futuro inmediato.

VI.- INTERVENCION DE ENFERMERIA

1. Ingreso de un paciente con conducta suicida.

- Realizar la entrevista de enfermería al paciente y a la familia, además una evaluación física céfalo – caudal, para determinar los factores de riesgo.
- Ubicar en un ambiente adecuado (UCI o Intermedios) dependiendo el grado de riesgo.
- Comunicar al personal técnico de enfermería que está a cargo de la paciente sobre la conducta de riesgo.
- Orientar a la familia para lograr su participación activa en el tratamiento y recuperación del paciente.

2. Durante el periodo de hospitalización.

- Evitar presencia de objetos de riesgo en el servicio.(por ejemplo punzocortantes, sujetadores, pasadores, sustancias toxicas, medicamentos)
- Motivar al paciente a que asista a las actividades programadas en el servicio pero con vigilancia cercana del personal a cargo.


LIC. BOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

- Permanecer con el paciente cuando esté realizando sus hábitos de higiene como baño corporal, afeitarse, corte de uñas.
- Mantener estrecha supervisión sobre todo en momentos en que disminuye el personal, en que mengua el nivel de estimulación (ejemplo durante el reporte de enfermería, momentos de los alimentos, durante las horas de la noche, durante la hora de las visitas)
- Permanecer alerta en busca de la posibilidad de que el paciente este guardando sus medicamentos, adquiriendo otros o bien tomando objetos peligrosos de otros pacientes o de visitantes.

Advertencia: El paciente puede que "no diga a nadie" algo que le va a comunicar evitar comprometerse en confidencias. Ponerle en claro que la enfermera debe compartir la información con los demás miembros del equipo terapéutico y asegurarle que no se enteraran las personas que no permanezcas a dicho equipo.

- Percatarse de las relaciones que el paciente está formando con otros pacientes, observar quien puede ser su confianza (a quien el paciente puede darle una señal de advertencia de suicidio) y toda conducta manipuladora o en busca de atención.
- Determinar el potencial suicida del paciente y valorar diariamente el nivel de precauciones contra el suicidio.

Recordar: A medida que disminuya la depresión, el paciente puede contar ya con energía suficiente para llevar a cabo un plan suicida.

- Observar y llevar un registro e informar todo cambio que se observa en el estado de ánimo del paciente (ejemplo: retraimiento, resignación súbita, disminución de la comunicación, conversaciones acerca de la muerte o de la inutilidad de la vida, desinterés en el entorno)
- Inducir al paciente a que exponga sus sentimientos y libere tensiones en una forma saludable.
- Realizar revisión periódica de casilleros y veladores de pacientes en general, en busca de objetos de riesgo.
- Ayudar al paciente a que exprese sus sentimientos y libere tensiones en una forma saludable.
- Ayudar al paciente a descubrir aspectos positivos respecto a si mismo y a otras personas, sus vocaciones.
- Tratar que el paciente intervenga lo más que sea posible en la planeación de sus lineamientos terapéuticos.


LIC. SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

3. Preparación para el alta.

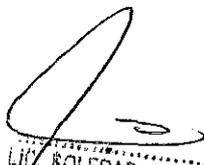
- Analizar el futuro con la o el paciente considerando situaciones hipotéticas, preocupaciones emocionales, relaciones importantes y planes futuros.
- Planear con el paciente la forma de cómo afrontara sentimientos y situaciones que han desencadenado los sentimientos o la conducta suicida en el pasado, inclusive con las personas con quien se relacionara. También incluir la forma en que reconocerá el inicio de tales sentimientos y trate de encáralos antes que llegue a su punto crítico.
- Examinar el ambiente hogareño del paciente, sugerir a la familia las modificaciones que deben ocurrir para disminuir la posibilidad de conducta suicida

VII.- COMPLICACIONES

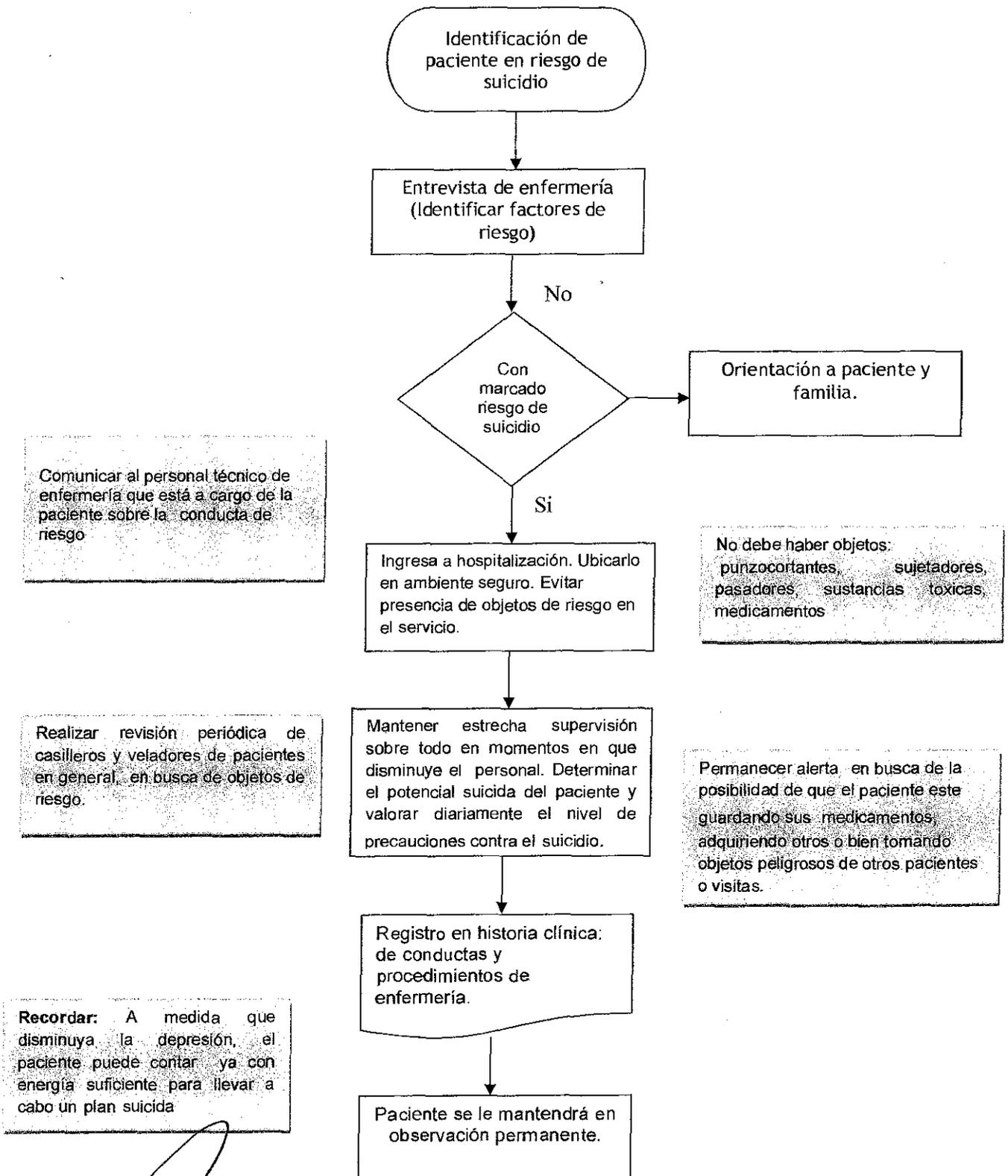
- ✓ Riesgo de auto-agresión.
- ✓ Suicidio consumado.
- ✓ Efectos colaterales de los fármacos
- ✓ Dificultades socio familiares

VII.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS | Informe Mundial sobre la violencia y la Salud, Oct. 2000.
- 2.- Instituto Especializado de Salud Mental H. Delgado-H. Noguchi Oficina de Estadística e Informática, Programa de Prevención del Suicidio. Cifra de Suicidios 2002, Lima Perú.
- 3.- Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana, IESM H. Delgado-H. Noguchi Capítulo sobre Suicidio. 2002, Ed. Especial de Anales de Salud Mental, 2003, Lima-Perú.
- 4.- Estudio Epidemiológico de Salud Mental de la Sierra Peruana. IESM .H. Delgado-H. Noguchi, 2003, Ed. Especial de Anales de Salud Mental 2004, Lima Perú.


LIDY BOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

FLUJOGRAMA DE ATENCION DE ENFERMERIA - PACIENTE CON RIESGO SUICIDA



LIC/ SOLEDAD SERPA REYES
C.E.P. 262
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA