

Valoración de enfermería en las urgencias psiquiátricas

Dorado Siles, M^a Inmaculada; Vargas Matute, Antonio; Ortega Melo, Araceli; Vida Blanca, Pedro.

Resumen :

La urgencia psiquiátrica se encuentra rodeada de una serie de circunstancias que la diferencian del resto de las urgencias médicas y que dificultan su delimitación. La demanda de atención psiquiátrica urgente tiende a seguir una línea ascendente en los centros y hospitales que ofertan este servicio y el personal sanitario que realiza el proceso de recepción, acogida y clasificación de pacientes debe saber cómo actuar en estos casos. Este trabajo pretende ofrecer una breve descripción de los diferentes aspectos o manifestaciones psicopatológicas que de forma prioritaria alteran o pueden alterar cada uno de los patrones de salud, así como facilitar la actuación con unas pautas claras a seguir. En un intento de mejorar la calidad de la asistencia, una buena o mala valoración de enfermería es trascendental durante todo el proceso de atención en urgencias.

Introducción :

Cuando las amenazas y los actos violentos contra las personas o las propiedades son inadecuados al contexto terminan con frecuencia en un servicio de urgencias bajo la sospecha de alteración del juicio. Una urgencia psiquiátrica es cualquier perturbación en el pensamiento, sentimientos o acciones para la que se necesita una intervención terapéutica inmediata. Por otra parte, lo que constituye una urgencia psiquiátrica es, en buena medida, subjetivo. Su delimitación es difícil de precisar, ya que, en muchas ocasiones, detrás de un síntoma puramente psicopatológico se encuentra un grave trastorno somático y, otras veces, son los factores sociales los que de una manera más determinante influyen en el comportamiento de los pacientes (Seva, 1983).

Además de la connotación médica de toda urgencia, la urgencia psiquiátrica conlleva una serie de características generadas por el fantasma de la peligrosidad, el miedo, el temor y la ansiedad que el enfermo mental despierta en los demás. Todo ello exige un gran conocimiento y adecuada información por parte del personal de enfermería, así como las habilidades para llevar a cabo una comunicación interpersonal: respuestas empáticas que expresen la comprensión de lo que el enfermo dice, que expresen una actitud de cuidado dentro de la relación de ayuda.

El sistema de clasificación de la RAC representa una vía eficiente y eficaz para identificar a estos pacientes. La cuestión más importante para el/la enfermero/a de la RAC es determinar si está ante un problema orgánico, funcional o una combinación de ambos. Discernir si estamos ante un síndrome orgánico o funcional es elemental para acertar con la derivación. Al realizar la valoración inicial del enfermo, la enfermera de la RAC se ve obligada a partir de observaciones y hechos muy variados, generales y, en algunas ocasiones, confusos. Ello obliga a adaptar el proceso de recogida de información a la situación y al carácter específico de cada paciente.

Motivo de consulta :

Las quejas más frecuentes entran dentro de las grandes categorías generales de ansiedad, depresión, manía y alteraciones del pensamiento. Nuestros servicios de urgencias prestan asistencia psiquiátrica a cuatro motivos de consulta fundamentales :

- Riesgo de suicidio o suicidio frustrado.
- Riesgo inminente de violencia, violencia manifiesta o alarma social por pérdida de juicio.
- Emergencias médicas que se manifiestan con síntomas psiquiátricos.
- Quejas somáticas de origen psiquiátrico que simulan una urgencia médica.

Perfil de la exploración psicopatológica :

La descripción y evaluación de los patrones de salud más importantes en Enfermería de Salud Mental permite a los enfermeros de urgencias determinar los aspectos psicopatológicos a valorar en

cada caso. Entendemos el patrón de salud en el sentido de Gordon como aquella respuesta o grupo de respuestas que describe un grado de función corporal que contribuye a mantener el estado de salud, la calidad de vida y la realización del potencial humano.

- **Patrón percepción-control de la salud :**
 - Aspecto general: apariencia adecuada, extravagante, descuidada, meticuloso.
 - Actitud hacia el entrevistador: colaboración, negativismo, disempatía.
 - Actitud frente a su enfermedad (aceptación, rechazo, reivindicativa, sobrevaloración, indiferencia, trivialización).
- **Patrón cognitivo-perceptivo :**
 - **Nivel de conciencia o vigilia y actitud respecto al entorno :**
 - **OBNUBILACIÓN.** Estado de somnolencia que generalmente fluctúa y se valora por el umbral de respuesta del enfermo a estímulos. El paciente presenta una percepción borrosa del entorno junto a déficit de orientación y dificultades graves en fijar los acontecimientos presentes en su memoria. Generalmente se debe a cuadros de tipo tóxico, farmacológico, metabólico y de anoxia cerebral.
 - **CONFUSIÓN.** El sujeto presenta una disminución, a veces poco ostensible, del nivel de vigilancia, pero a la que se sobreañaden trastornos ideativos (delirios) y perceptivos (alucinaciones o ilusiones). Aunque parezca despierto, mostrará una dificultad en mantener la atención durante la entrevista. Un elemento frecuente son las alucinaciones, generalmente visuales, e ideas delirantes poco sistematizadas, además de agitación y ansiedad (ejemplo: delirium tremens).
 - ¡Ojo con los ancianos!: buscar cuadros subyacentes febriles, metabólicos, farmacológicos, problemas hidroelectrolíticos,...
 - **Orientación espacio-tiempo-persona :** La orientación en el tiempo es la más vulnerable, por ser este una variable cambiante. Depende de la integración adecuada de tres sistemas de referencia :
 - tiempo oficial (año, mes, fecha).
 - tiempo deducido (depende del reconocimiento correcto de información externa como clima, vestido, horario de comidas, e interna, frío-calor, oscuridad).
 - tiempo personal: experiencia subjetiva de duración.

Los fallos en la monitorización del tiempo oficial y deducido son conceptos de los trastornos orgánicos cerebrales y se asocian a trastornos de la memoria. Las distorsiones en el tiempo personal son conceptos de depresiones, esquizofrenia, estados de ansiedad severos o cuadros obsesivos. Se considera más grave la desorientación acerca del momento del día (mañana o noche) y estación del año que el desconocimiento relativo de la hora y la fecha.

La desorientación espacial :

- responder a preguntas de orientación espacial, por ejemplo, habitación, hospital, domicilio.
- orientarse en su propio ambiente o en el hospital.
- **Alteraciones en la percepción :** Sutiles preguntas como ¿oye usted voces o ruidos extraños cuando está sólo?, ¿oye usted su propio pensamiento?, ¿tiene usted revelaciones?, ¿le ha parecido ver sombras o luces extrañas?, ¿ha notado últimamente sensaciones especiales?.
 - **ILUSIONES:** Percepciones deformadas de una experiencia sensorial.
 - **ALUCINACIONES:** Las auténticas percepciones sin estímulo externo, vivenciadas como verdaderas por el sujeto.
 - **Psicosensoriales:** Riqueza sensorial en el espacio exterior, viveza, claridad y colorido. Más frecuentemente área visual (zoopsias) – delirium-. En área auditiva el paciente puede notar voces extrañas con frecuencia insultantes, acudiendo él mismo a paredes y puertas para localizar su origen. Generalmente en alteraciones orgánico-cerebrales (tóxicas también) y más a trastorno nivel de vigilia a veces poco ostensible.
 - **Alucinaciones psíquicas (Pseudoalucinación):** Escasa riqueza sensorial y localizada en el espacio subjetivo interno. No tienen la claridad y viveza de las anteriores y surgen con mayor frecuencia en el área auditiva. “Me hablan dentro de la cabeza”. Típicamente aparecen en cuadros psicóticos, sobre todo en la esquizofrenia.
 - **ALUCINOSIS:** Verdaderas percepciones sin objeto, con todas las características de la alucinación, pero que son adecuadamente criticadas por el sujeto.
- **Cualidades de la memoria :**
 - **INMEDIATA :** Material captado segundos antes (¿qué día es hoy?).
 - **RECIENTE :** Cubre desde varios minutos a horas (¿qué comió ayer?).
 - **REMOTA :** Se refiere a hechos antiguos (¿en qué año se casó?).
- **Organización del pensamiento. Curso del pensamiento :**
 - Alteraciones formales cuantitativas :
 - Taquipsiquia (maníaco e intoxicaciones).
 - Bradipsiquia: inhibición y lentificación.
 - Seudofuga de ideas (disgregación esquizofrénica).

- Fuga de ideas : verborrea o logorrea (maníaco).
- Lentificación del curso del pensamiento (depresivos, patología subcortical, parkinson).
- Perseveración (demencias).
- Alteraciones formales cualitativas :
 - Disgregado.
 - Incoherencia ideoverbal.
 - Neologismos y paralogismos.
- **Organización del pensamiento. Contenido del pensamiento :**
 - IDEA DELIRANTE :
 - Idea equivocada (no siempre imposible).
 - Sobrevenida por vía patológica.
 - Irreversible a la argumentación lógica.
 - Constituye un elemento axial en la vida del paciente.
 - IDEA OBSESIVA : Pensamiento parásito que aparece sin la voluntad del sujeto, que lo considera absurdo y no se lo puede quitar de la cabeza. A veces presenta compulsiones. El paciente obsesivo hace una crítica de sus pensamientos y actos.
 - FOBIA : Miedo patológico e irracional a objetos, fenómenos o situaciones. Este miedo puede neutralizarse mediante las llamadas “maniobras de evitación” por las que se elude el contacto con el objeto fóbico.
- **Expresión del lenguaje:** Según la velocidad, cantidad, volumen, tono y modulación: mutismo (ausencia de lenguaje), taquifemia, bradifemia, musitación, tartamudez, disfemia distónica del Parkinson, parafemia o balbuceo neurótico, disartria, disfonía, dislalia, estereotipia verbal, coprolalia, ecolalia (descrita como peculiar en la esquizofrenia, estados catatónicos, oligofrenia, demencias, afasias y enfermedades extrapiramidales).
- **Humor y afecto: adecuación.**
 - Analizar la cualidad e intensidad del afecto y su proporcionalidad.
 - Grado de concordancia entre la expresión verbal y no verbal.
 - Irradiación afectiva.
 - Reactividad emocional.
 - Labilidad emocional (frecuentemente en cuadros orgánicos).
 - Incontinencia emocional.
 - Indiferencia afectiva (apatía).

Árboles diagnósticos para orientar la exploración psiquiátrica.

- Trastornos cognoscitivos (por ejemplo demencia, delirium, retraso mental).
- Abuso de alcohol o drogas (dependencia, abuso, abstinencia).
- Psicosis (delirios paranoides, conducta hebefrénica).
- Trastornos afectivos (depresión, manía, hipomanía).
- Ansiedad (pánico, agorafobia, fobias, obsesiones).
- Quejas somáticas prominentes y/o exageradas (dolores erráticos).
- Comportamientos facticios (manifestaciones provocadas).
- Conductas disociativas (despistes abruptos repetidos, fugas, amnesias).
- Disfunción sexual (anorgasmia, eyaculación precoz, parafilias).
- Alteración de la nutrición (anorexia, bulimia).
- Alteración del patrón de sueño (insomnio, hipersomnias).
- Trastornos del control de impulsos (cleptomanía, juego).
- Trastornos adaptativos (mala reacción al duelo).

Pautas de actuación.

- Establecer una relación terapéutica: aceptación del paciente tal como es significa comprender su comportamiento. No es aprobación ni resignación.
- Expresar afecto, sinceridad y preocupación de forma que entienda que reconocemos su sufrimiento.
- La verdadera explicación de la conducta del paciente no es nunca lo que se propone como evidente o por sentido común. Es necesario comprender la demanda real que subyace a la aparente. Sería un modelo de abordaje al enfermo indicado desde el paradigma pedagógico.
- Obtener una adecuada anamnesis si el paciente se muestra tranquilo y colaborador, siempre teniendo en cuenta la información aportada por los acompañantes.
- Estimular al paciente para que hable. Dejar que hable sin interrumpirle, sin cortarle para cuestionarle, aconsejarle o criticarle.

- Garantizar la seguridad del paciente, sus acompañantes y del personal sanitario.
- No dejar solo al paciente.
- Evitar la sobreestimulación: si es posible se debe realizar la entrevista en una habitación tranquila, libre de objetos peligrosos, donde no se sienta amenazado, pero donde pueda ser reducido si su conducta se torna violenta o amenazante.
- Si es preciso se usará la contención mecánica como medida terapéutica de seguridad para él y el entorno.

Conclusiones :

- Proporcionar a los enfermeros de la RAC una herramienta de valoración capaz de describir el estado de salud mental del enfermo que acude a urgencias.
- Unificar los criterios respecto a la dinámica de observación y valoración de los pacientes con patología psiquiátrica en los servicios de urgencias.
- Facilitar la identificación de las manifestaciones psicopatológicas que anteriormente pasaban desapercibidas.
- Precisión y seguridad para tomar decisiones sobre formulaciones concretas de diagnósticos enfermeros.
- Permitir el desarrollo de un registro básico sobre patrones funcionales de salud según el enfoque de Gordon y adaptado a las urgencias psiquiátricas.

Bibliografía :

- Bobes García, J.; Bousoño García, M.; Sáiz Martínez, P-A.; González García-Portilla, M.P.; Enfermería Psiquiátrica, Barcelona, DOYMA, 2000.
- Busquets Surribas, M.; Antón Almenara, P. ; Ética y comunicación; Revista Rol de Enfermería, nº 193, pp. 61-64, 1994.
- Castejón Mateo, I. y otros; Enfermo mental: ¿es igual para todo el personal de enfermería?, Sevilla: Hospitales Universitarios “Virgen del Rocío”, 1998.
- Fornés Vives, J.; Registros de Enfermería ante las nuevas tendencias de Salud Mental, Revista Rol de Enfermería, nº 223, pp. 56-62, 1997.
- Kaplan, H. y Sadock, B.; Manual de Psiquiatría de Urgencias, Barcelona, Masso-Salvat, 1994.
- Lawrence, P.; Lindsay, C.; Kirkpatrick, C.; Feign, H.; Murdock, H. y Martin, L.; Cuidado del paciente suicida, Nursing, vol. 10 (5), pp. 11-14, 1992.
- López Sánchez, JM.; Higuera Aranda, A. ; Compendio de Psicopatología, Granada, Círculo de estudios psicopatológicos, 1996.
- Obrien y otros; Enfermería Psiquiátrica, Madrid, McGraw-Hill, 2001.
- Pérez García, R. y otros; La urgencia psiquiátrica en el hospital general: asistencia de enfermería, Enfermería Científica, 198-199: 59-62, 1998. Pérez del Yerro Núñez, E. y otros, Valoración inicial ante la enfermedad mental, Enfermería Científica, 224-225: 67-72, 2000.
- Roldán Merino, J.F.; Santos, Á.; Bonilla, R.; Fernández, J.; Vega, R.; Plan de cuidados nº 3: Urgencias/Unidad de Agudos; Revista Rol de Enfermería, nº 235, pp. 23-31, 1998.