



TEMA 10

LA ACTUACION DEL CELADOR ANTE UN URGENCIA PSIQUIATRICA. TIPOS DE REDUCCION DEL PACIENTE PSIQUIATRICO. TRASLADO PSIQUIATRICO.

ACTUACION ANTE EL ENFERMO PSIQUIATRICO

Ante una urgencia psiquiátrica, en primer lugar hay que hacer un triage, es decir, decidir si existe una circunstancia que pueda ser mortal para el paciente o engendrar una situación de violencia, descartando conductas de agitación y amenaza, conductas autodestructivas y problemas médicos graves que puedan precipitar una atención inmediata.

Evaluación: Tras descartar problemas graves, hay que buscar enfermedad somática ante cuadros delirantes, obnubilación, afasia, disartria, ataxia, sin olvidarnos descartar nunca una alteración de la glucemia.

Exploración Psiquiátrica: Antes de "entrarle" al paciente, debemos conocer su ambiente familiar y social, lugar en que se encuentra, posesión de armas u objetos potencialmente lesivos, compañía, posibilidades de ingreso y traslado y la opinión de la familia al respecto. Conviene así mismo saber si hay ayuda legal (policial o judicial) y el nivel intelectual y laboral del paciente. Con la información recogida diseñaremos tanto la entrevista como el plan de actuación a seguir.

Puntos a considerar en la exploración:

- 1.- Aspecto general, apariencia y lenguaje. Actitud ante la entrevista.
- 2.- Signos premonitorios de violencia o agresividad (auto o hetero)
- 3.- Motivo de la consulta y quien la solicita. Historia de la enfermedad actual.
- 4.-Criterio de la realidad y juicio. Versión del paciente de su presencia. Interpretación de las cosas.
- 5.-Nivel de orientación, atención y vigilia.
- 6.-Ideación delirante y alucinaciones.
- 7.- Estado afectivo (depresión, ansiedad, pánico, euforia, indiferencia...)
- 8.- Antecedentes médicos y psiquiátricos. (Ingresos, tratamientos...)
- 9.-Antecedentes familiares (alcohol, psicosis, trastornos afectivos, demencia)
- 10.-Historia anterior y evaluación actual de consumo de responder a las siguientes preguntas:

Factores orgánicos que concurren.

Riesgos de agresividad (auto y/o hetero)

Predominio de síntomas.





Reacción que vamos a tener ante el tratamiento y/o el traslado.

Plan de actuación: Una vez evaluado al paciente debemos decidir su tratamiento y su traslado si lo necesita, y en ese caso, decidir a donde va a ser trasladado, manteniendo siempre unos criterios de ingreso, los cuales serán:

Trastorno somático que actúa como agente casual.

Agitaciones psicóticas (brotos esquizofrénicos y maníacos fundamentalmente).

En todas aquellas situaciones que si bien son controlables ambulatoriamente (familiar o médico), no existe tal control.

Posibles suicidas. Especialmente los psicóticos, los que están bajo la influencia de alcohol o drogas, especialmente alucinógenos, los que mantienen ideación, intención o depresivos graves.

COMO LLEVAR LA ENTREVISTA.

En primer lugar, nos presentaremos, explicándole si es necesario, el motivo por el que estamos allí, para después pedirle que nos cuente lo que pasa. Ante todo debemos mantener una actitud tranquilizadora encaminada a absorber el temor y la ansiedad del enfermo y mantener también una actitud firme y segura expresando lo que queremos, o lo que queremos que él crea de un modo directo, claro y lo más honesto posible, además de mostrar respeto hacia nuestro paciente y no dañar su autoestima. Esta actitud firme y segura sirve tanto para marcar límites a la conducta anormal del paciente, como para darle referencia externa de seguridad y de orden cuando él sólo no puede conseguirla.

Siempre que sea posible, no estaremos solos ante el enfermo, ni nos situaremos entre una puerta de escape y el paciente, lo que puede dar sensación de encierro.

Si creemos que hay riesgo suicida, no dejar nunca al enfermo solo, incluso si no existe tal riesgo, hasta que el paciente no esté bien evaluado, no se le debe dejar sólo, bajo ningún concepto.

En estos casos de riesgo suicida conviene empezar la entrevista con preguntas generales sobre el estado afectivo (tristeza, aflicción) y expectativas de futuro (pesimismo) sin olvidar recoger información sobre métodos planes y circunstancias del intento/os si los ha habido, ya que hay que terminar hablando directamente con él sobre su problema sin tapujos. En estos pacientes hay que plantearse rescatar expectativas (rescatar áreas favorables, aumentar su autoestima, elaborar junto con él una estrategia realista para afrontar su situación crítica) y demostrar al paciente que cuenta con un apoyo emocional (de profesionales, familiares o personas significativas).

La conducta suicida puede surgir en cualquier categoría diagnóstica, desde los trastornos de personalidad, hasta las psicosis, pasando por los trastornos orgánico-cerebrales y por lo tanto es importante explorar en todo interrogatorio acerca de pensamientos o intenciones suicidas. Si bien no hay predictores seguros, si hay criterios indicativos de gravedad:





1.- Potencia letal del intento: A mayor agresividad del intento, peor pronóstico. ¿Estaba convencido el paciente de que el método funcionaría? ¿Había hecho alguna maniobra financiera de despedida? (Testamento, seguro de vida, donaciones de bienes...)

2.- Posibilidad de rescate o ayuda: Si ingiere tabletas y lo comunica, inmediatamente resta importancia por el momento al intento.

3.- Historia familiar o personal de conducta suicida. Esto empeora el pronóstico.

4.- Trastorno psiquiátrico: Si el paciente está psicótico (delirante o alucinado) o intoxicado por alcohol o drogas, el pronóstico es peor.

5.- Otros factores: El riesgo aumenta con la edad, divorcio o viudedad, sexo (varones más intentos graves, mujeres más tentativas), trastorno físico grave, desempleo, soledad, aniversarios, despidos etc.

TIPOS DE REDUCCIÓN DEL PACIENTE PSIQUIATRICO.

Existen tres tipos de reducción del paciente agitado o que se resiste al traslado: La reducción verbal, la física y la farmacoterápica.

REDUCCION VERBAL

Las técnicas de reducción verbal son un proceso de comunicación entre dos o más interlocutores por medio de la cual actúan cada uno con sus propios objetivos, emitiendo simultáneamente mensajes verbales y no verbales e influyéndose recíprocamente a lo largo de la interacción.

Ante todo los objetivos que nos hemos planteado son los que tienen que guiar y orientar nuestras acciones: debemos mantener las pautas para la entrevista que mencionamos ante, constituyéndonos en personas dignas de confianza, ser compensante ante actitudes positivas, establecer una buena alianza con el paciente implicándole activamente, identificando sus competencias, cualidades y habilidades, intentando producir sentimientos de auto eficacia, con lo que conseguiremos en el paciente el deseo de comunicarse con nosotros.

Evitar acusaciones, amenazas, y/o exigencias así como los mensajes "tu": No cortar la conversación ni poner etiquetas, ni generalizar ("siempre") no dar consejos prematuros o no pedidos.

Hablar con claridad sin emplear palabras técnicas. Se debe escoger a ser posible, el mejor momento y lugar para la conversación, escuchar activamente, hacer preguntas abiertas y específicas, pedir peticiones de parecer "que le parece que podríamos hacer" " me gustaría saber su opinión sobre..." declaraciones de deseos con mensajes "yo"...

Aceptar críticas y porqué no, usar el sentido del humor cuando creamos que el paciente lo aceptará.

En cuanto al mensaje no verbal, hay que tener cuidado con las manos y no movilizarlas en actitud amenazante, respetar el círculo de seguridad del paciente, no hacer movimientos rígidos, rápidos ni bruscos, y mantener con el cuerpo, el tono de la voz y la conversación un ritmo relajante.

Ante una actitud verbalmente hostil, nos encontraremos con varias fases o estados:





- 1.- **Fase Racional:** La mayor parte de los pacientes suelen ser razonables, manteniendo un nivel emocional adecuado para discutir cualquier problema.
- 2.- **Fase de Disparo o Salida:** Ocurre cuando se acumulan las irritaciones o enfados y un incidente imprevisto hace su aparición disparándose emociones y sentimientos. Cualquier intento por hacer entrar en razón a la persona es ese momento suele fracasar, lo mejor es escuchar.
- 3.- **Fase de enlentecimiento:** Si no hay provocaciones ulteriores, la reacción de hostilidad acaba por no tener más energía y comienza a venirse abajo.
- 4.- **Fase de Afrontamiento:** En este momento, la persona que ha estado escuchando al paciente puede intervenir y decir algo. Decir algo empático reconociendo el estado emocional puede contribuir a que éste se extinga y aparezca una fase de calma.
- 5.- **Fase de Enfriamiento:** Si se ha dicho algo empático, la persona se enfriará y llegará a calmarse.
- 6.- **Fase de Solución:** La persona retorna al nivel racional del que salió. Es el momento adecuado para afrontar el problema.

En resumen, para afrontar cualquier hostilidad, hay que intentar:

- Escuchar.
- Empatizar.
- Preparar la situación.
- Expresar sentimientos.
- Emplear mensajes "yo"

Los cinco primeros reducen la hostilidad, los dos últimos pretenden hacer ver al paciente el daño que puede producir su hostilidad en las relaciones interpersonales.

Ante estos pacientes debemos reconocer su irritación, y hacerle ver que se les comprende, escuchar cuidadosamente antes de responder, si es posible hablar con él en privado, sentarse, pues aunque a veces puede resultar difícil si logramos hacerlo sentar a nuestro lado podremos mantener una actitud conciliadora a la vez que al estar sentado impedimos una libertad de movimientos que nos protegería ante una hipotética agresión; mantener un tono de voz calmado y bajo, reservarse los propios juicios sobre la persona, expresar sentimientos después del incidente, ayudar a la persona a afrontar su error cuando percibe su mal comportamiento, y pedir ayuda cuando no podamos afrontar la situación. Nunca tratar de calmarlo en la fase de disparo o en la de enlentecimiento, no escuchar, elevar el volumen, hacerse el experto, argumentar y razonar acerca de las ventajas de comportarse bien, avergonzarlo por su comportamiento, y continuar intentándolo después de percibir nuestro fracaso.

REDUCCION FISICA

La reducción Física debe de ejecutarla la autoridad policial, el personal de la ambulancia psiquiátrica si la hubiera, y en último momento el personal sanitario, siempre en colaboración con alguien, no sólo





por los peligros que conlleva la reducción en sí, para lo que estamos preparados al no conocer las distintas técnicas de reducción, sino porque, el personal sanitario es que va a tener que "ganarse" posteriormente al paciente, siendo por lo tanto preferible no crear sentimientos animadversibles contra dicho personal.

Cuando el paciente advierte un número grande de personas dispuesto a reducirlo, por lo general se somete y una vez reducido, es el personal médico quien decide el momento de quitar las sujeciones, que se harán escalonadamente y nunca frente a promesas de buen comportamiento.

REDUCCION FARMACOLOGICA

Aún cuando tengamos al paciente indefenso, inmovilizado ante nosotros y podamos administrarle un medicamento para dormirlo o relajarlo, debemos intentar siempre que se pueda, convencerlo para que nos dé permiso para administrárselo, manteniendo siempre una actitud respetuosa ante su persona (a veces nos las ha hecho pasar tan mal que es verdaderamente difícil).

Siempre que reduzcamos químicamente a un paciente, este pasará a ser nuestro, y bajo ningún concepto dejaremos que se traslade en una ambulancia, no medicalizada, después de haberle sido administrado algún fármaco intravenoso.

El único objetivo que debemos plantearnos ante una reducción farmacológica es la posible complicación que supone el traslado de un paciente reducido mecánicamente, y por tanto agitado, y las ventajas que para el paciente conlleva el ser trasladado dócilmente relajado y dormido, evitando incluso posibles lesiones. Pero dado que los fármacos que empleamos para lograr este objetivo, son potencialmente letales (básicamente Haloperidol, Midazolam) es conveniente ir en un medio de transporte que disponga de medios y personal preparado para afrontar las posibles complicaciones iatrogénicas que puedan surgir.

La reducción farmacológica puede ser de dos tipos:

Paliativa (al paciente se le administra por vía oral o intramuscular un medicamento que le reduce parcialmente su estrés, ansiedad, angustia, agitación o agresividad para que el traslado sea más llevadero).

Resolutiva (mediante la cual al paciente se le administra un fármaco generalmente por vía intravenosa para que el traslado se haga en una unidad medicalizada con el mismo fin).

TRASLADO PSIQUIATRICO

El traslado psiquiátrico una vez decidido, debe hacerse en uno de estos tres medios:

Ambulancia convencional: Siempre que tengamos claro que el paciente no es o va a convertirse en un paciente agresivo, el traslado es voluntario, y el paciente va a ser acompañado por un familiar o alguien detrás.





Ambulancia psiquiátrica: Específicamente preparada para trasladar pacientes psiquiátricos. No suelen llevar camilla, sino una silla fuertemente anclada al suelo, y provista de sujeciones amplias a la cabeza, tórax, brazos y antebrazos, abdomen, muslos y piernas, así como el acolchamiento adecuado de las sillas y las paredes del habitáculo. El personal de la ambulancia solo se dedicará al traslado de estos pacientes, y estará entrenado en técnicas de reducción verbal y física, así como dispondrá de medios de protección adecuados (cascos, chalecos antibalas y antipinchazo, escudos, etc.)

Ambulancia medicalizada: Sera una medicalizada normal, que en este caso se utilizará para trasladar a un paciente relajado o dormido, pero que irá sujeto a la camilla pudiendo acompañar al personal sanitario, personal policial o auxiliar.

El traslado debe hacerse siempre hacia un hospital que tenga urgencias psiquiátricas disponibles, y a ser posible, con el traslado aceptado y la cama confirmada.

