



CARTA CLÍNICA

¿Qué pasa cuando el paciente dice «no»? Traslado involuntario a un servicio de urgencias hospitalarias: a propósito de un caso



What happens when the patient says «no»? Involuntary transfer to a hospital emergency service: Relating to a case

En los últimos años, la prevalencia de la patología que engloba la salud mental ha ido en aumento, hasta llegar al 27,4% en la población general. Dicha patología se ha dividido en 10 secciones generales: 4 en relación con la psicosis, 2 en relación con alteraciones cognitivas y 5 secciones relacionadas con la infancia/adolescencia.

La patología psicótica afecta al 1,2% de la población, siendo más prevalente en mujeres (1,4%) con respecto a hombres (1,1%). La más frecuente dentro de la patología psicótica es la afectiva, seguida de la esquizofrenia y del resto de no especificadas¹.

La mayoría de los ingresos hospitalarios en unidades de Salud Mental se realizan de carácter urgente y, no en un número desdeñable, vienen precedidos de un traslado desde el domicilio de los pacientes a centros de urgencias hospitalarias. En el caso del ingreso involuntario los pasos a seguir están bien establecidos, ya que este aspecto está recogido en el Código Civil español; sin embargo, no existen pautas claras sobre el traslado sanitario involuntario².

Cuando atendemos a un paciente con patología psiquiátrica en el medio extrahospitalario debemos valorar si se trata de un paciente mentalmente capaz y si supone un peligro para la integridad de sí mismo y/o de terceros. Si determinamos que el paciente está incapacitado, se procederá a realizar un traslado involuntario para valoración psiquiátrica urgente en un servicio de urgencias hospitalarias.

Se determina que un traslado es involuntario cuando no se produce un consentimiento por parte del paciente, ya sea por negación o porque no esté capacitado para entender la información³.

En el caso en el que el paciente haya de ser trasladado de forma involuntaria, se puede proceder a la contención tanto farmacológica como física si el facultativo así lo estima necesario. Si el paciente presentara una conducta violenta, podría requerirse la ayuda de las Fuerzas de Seguridad, pero

su vehículo no ha de utilizarse como medida de trasporte del paciente. Cabe destacar que para la realización de un traslado involuntario no se necesita la previa autorización judicial; sin embargo, sí que es necesaria para el ingreso involuntario en una unidad hospitalaria⁴.

Cuando se dan este tipo de situaciones es importante tener en cuenta la ley de Autonomía del Paciente. Según el artículo 8.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, «toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado», pero también está recogido en el artículo 9.2.a) de la Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente, que se podrán llevar a cabo a manos de los facultativos las intervenciones que sean necesarias con tal de garantizar la salud del paciente sin su consentimiento en caso de riesgo para la salud pública o en caso de que exista riesgo para la integridad física o psíquica del enfermo y/o de terceros⁵.

A continuación se expone un caso clínico atendido en una guardia de atención continuada en la que el 112 nos da un aviso por agitación psicomotriz en una paciente de 34 años. Es la misma paciente la que da el aviso. Previo a acudir a valorarla, intentamos acceder a los antecedentes para poder tener una visión generalizada de la situación; sin embargo, encontramos que la paciente no es de nuestra comunidad, por lo que no disponemos de sus antecedentes ni de la medicación que toma actualmente.

A nuestra llegada al domicilio, la paciente nos espera fuera mientras consume cannabis. Observamos una gran cantidad de deshechos en la vivienda que evidencian las condiciones de baja higiene en las que habita la paciente. Esta presenta una gran agitación psicomotriz, y a la hora de la entrevista muestra un discurso desorganizado con dificultad para seguir el hilo conductor de la misma. También se observa una evidente ideación delirante de perjuicio, ya que refiere en varias ocasiones que terceras personas quieren suplantar su identidad debido a su alto poder adquisitivo por ser «ministra de exterior e interior y presidenta de los Estados Unidos». A lo largo de la entrevista la paciente también afirma sensación ansiosa por referir que «unos extraños de su misma población han matado a su hijo recién nacido», y expresa deseos y amenazas contra estos supuestos agresores, presentando así ideas de heteroagresividad.

Se ofrece medicación a la paciente para paliar la sintomatología actual, la cual acepta, y se administra haloperidol y diazepam intramuscular. Tras ello, la paciente expresa deseos de permanecer en el domicilio pese a nuestra recomendación de acudir a un servicio de urgencias hospitalarias

para valoración psiquiátrica, adoptando una actitud agresiva hacia el personal sanitario.

Dada la consideración por nuestra parte de que la paciente tenía un juicio alterado de la realidad y suponía un riesgo para sí misma y para terceros, decidimos ponernos en contacto con los compañeros del 112 para solicitar información sobre cómo proceder para la realización de un traslado involuntario.

Vista la conducta agresiva de la paciente al plantear el traslado hospitalario, se nos aconsejó movilizar a las Fuerzas de Seguridad, en nuestro caso la Guardia Civil, para realizar la transferencia a la ambulancia del soporte vital básico. Una vez llegadas allí las Fuerzas de Seguridad, se intenta realizar una contención verbal y un traslado voluntario; sin embargo, estas medidas resultan ineficaces, por lo que se procede a la contención física para su traslado. Una vez finalizado el aviso, nos pusimos en contacto con el jefe hospitalario de la guardia para informar del suceso y de las condiciones del traslado.

Ya en el servicio de urgencias hospitalarias, la paciente fue evaluada por el equipo de psiquiatría y procedieron al ingreso urgente involuntario de la paciente solicitando autorización judicial y aplicando el artículo 763 LEC⁶, que recoge la posibilidad de ingreso involuntario por trastorno psiquiátrico cuando la afectación sea tal que el paciente no sea consciente de la necesidad de este.

Nos ha parecido un caso muy llamativo, al mismo tiempo que como servicio de urgencias de atención primaria nos supuso un reto en cuanto a la gestión del traslado de una paciente que, bajo nuestra valoración clínica, no se encontraba en plenas facultades para la toma de decisiones. Fue necesario ponernos en contacto con el 112 para conocer si existe algún protocolo a nivel de Castilla-La Mancha referido a estas situaciones, de cara a mejorar la atención y la agilidad de estos procesos. Creemos que, dada la ausencia de protocolos para casos de esta índole, este artículo podría sentar las bases para plantear el desarrollo de guías de actuación relacionadas con casos como el ya mencionado, sobre todo por la peculiaridad de este tipo de pacientes y por el riesgo al que nosotros, como equipo de urgencias, estamos expuestos, tanto por la clínica psicótica de la paciente, como por el enfrentamiento que supuso plantearle una actuación contraria a sus deseos.

Financiación

No ha habido financiación por parte de entidades públicas ni privadas,

Consideraciones éticas

Se han seguido los protocolos de los centros de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no presentan ningún tipo de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Consumo. Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental. Serie Salud Mental 2005; 2-47.
2. Protocolos de Traslado e Internamiento de Urgencia [consultado 2 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.alansaludmental.com/gesti%C3%B3n-de-riesgos-en-sm/protocolos-para-situaciones-de-riesgo-en-sm/protocolos-de-traslado-e-internamiento-de-urgencia/>
3. García F, Calvo MC, Rodríguez I, Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. Madrid, España: Sistema Nacional de Salud; 2017.
4. Servicio Murciano de Salud; Consejería de Sanidad. Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano. Ordenación Sanitaria y Drogodependencias. Protocolo de coordinación de actuaciones para los trasladados e ingresos de personas que padecen enfermedad mental; 2007.
5. Ley 41/2002, de 14 de Nov, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274, de 15 noviembre de 2002.
6. Espejel Jorquera C. El internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Comentarios al art. 763 L.E.C. Psicopatología Clínica Legal y Forense. 2004;4:47-62.

N. Echepare Oraá^{a,*}, L. Gómez Bernardo^b,
L. Gordo Murillo^c, E. Cobos López^d y A. Alonso Hernán^e

^a Residente de cuarto año de Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Santa Olalla, Santa Olalla, Toledo, España

^b Médico Adjunto, Centro de Salud Santa Olalla, Santa Olalla, Toledo, España

^c Médico Adjunto, Centro de Salud Isla de Oza, Madrid, España

^d Residente de cuarto año de Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Talavera Centro, Talavera de la Reina, Toledo, España

^e Médico Adjunto, Centro de Salud Río Tajo, Talavera de la Reina, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(N. Echepare Oraá\).](mailto:nechepare@alumni.unav.es)