

TRATAMIENTO DE ENFERMOS PSIQUIATRICOS.

Los tratamientos que se emplean en la actualidad son los siguientes:

Administración de drogas. para evitar el uso de camisas de fuerza y pacientes encerrados, pues no hay razón de ser que estos se encuentren agitados o agresivos, administrando principalmente Largactyl y Liranol.

Terapia ocupacional y recreativa. el tratamiento es a base de ocupaciones y recreación, teniendo el cuidado de tener al enfermo ocupado en cosas que le despierten su interés y le satisfaga, seleccionándolas según las necesidades y habilidades del paciente, considerando la edad, sexo, nivel educacional y cultura.

Psicoterapia y Psicoanálisis.—La primera como su nombre lo indica quiere decir terapia dirigida por la persona encargada hacia la resolución de los problemas de vida del paciente, la persona analiza las actitudes de la experiencia diaria, las de las experiencias anteriores hasta el momento actual. El psicoanálisis es un método de tratamiento de la mente que se diferencia del anterior, por la técnica que se utiliza porque además de lo ya descrito, se emplea la asociación libre de ideas, la interpretación de los sueños y la transferencia, haciendo conscientes todas las impresiones molestas que habían sido relegadas al subconsciente y que estaban ocasionando la enfermedad, por lo tanto al darles la explicación lógica y el modo de resolver ese problema el paciente mejorará o curará según la intensidad del padecimiento.

Además de los métodos descritos anteriormente hay otros que se utilizan a diario en la práctica psiquiátrica siendo los más importantes: **Coma insulínico y electroshock.**

Coma insulínico.—Este método, fué descubierto por Manfred Sakel, consiste en la aplicación de dosis progresivamente crecien-

tes de insulina por vía subcutánea e intramuscular a enfermos en ayunas, con el objeto de producir un estado de coma hipoglicémico.

El material necesario es el siguiente: jeringas de 2, 5, 20 c.c. y una jeringa de Barthelemy para las primeras aplicaciones de insulina; agujas hipodérmicas para inyecciones subcutáneas, intramusculares y endovenosas; pinzas de Pean y una banda elástica; alcohol y torundas de algodón; esfingomanómetro, estetoscopio, oftalmoscopio, martillo de reflejos y lámpara de mano; protectores de lengua y abre-bocas, termómetros, sondas uretrales blandas, bolsas para hielo y agua caliente y riñones de peltre de varios tamaños; de ser posible un tanque o cámara de oxígeno.

Medicamentos.—Frascos de insulina de distinta dosificación, coramina, lobelina, adrenalina, D.O.C.A., vit. B1, suero glucosado hipertónico al 30 y 50% o ampollitas de dextrosa al mismo título, para uso endovenoso. Tabletas de atropina de 0.5 miligramos, sol. oficial de belladona y sol. de luminar al 10%.

En otra mesa se disponen: equipo completo para alimentación artificial; poción azucarada o miel Karo al 50%; recipiente con te ligero o jugo de naranja para diluir la sol. de azúcar; vasos graduados y los utensilios necesarios para administrar al enfermo la poción.

Durante todo el tiempo que dure el tratamiento, la enfermera tendrá especial cuidado de impedir que el enfermo tome cualquier alimento o dulce después de la cena, o al día siguiente antes del choque; esto es esencial porque precisa que esté completamente en ayunas para la aplicación de la insulina.

La dosis inicial de insulina es de 12 U. y se va aumentando progresivamente hasta lograr el coma insulínico, dependiendo éste del grado de receptibilidad del individuo a la insulina variando de 20 U. a 200 U. aplicándose todos los días a temprana hora con descanso de dos días a la semana a menos que el médico indique lo contrario.

Desde el momento que se aplica la inyección al enfermo por motivo lo puede dejar solo la enfermera. La observación debe ser constante y cuidadosa para captar los fenómenos que se vayan presentando y que deben ser anotados a la hora precisa en que aparecen, la temperatura, el pulso y la respiración se registran

cada 30 minutos en las primeras dos horas, luego cada quince minutos y después de cortado el coma cada 30 minutos durante dos horas y después cada hora o cada 3 horas por todo el día, para descubrir cualquier elevación de temperatura o amenaza de nuevo choque.

El tiempo que transcurre desde la aplicación de la insulina y la aparición de las primeras manifestaciones de hipoglicemia varía de una hora a hora y media. Los primeros síntomas son: coloración roja de la cara, sudación que va en aumento hasta llegar a ser abundante y algunas veces somnolencia. Viene después un período de inquietud, excitación, en el que se ha de cuidar al paciente para que no se lastime y tratar de calmarlo; hay ocasiones en que poco antes del coma el estado de agitación es intenso y hay que sujetar al enfermo y aún es frecuente se le administre luminal.

Más adelante el enfermo entra en un período de sueño o sopor más o menos profundo, continúa el sudor, hay salivación abundante; pueden aparecer convulsiones clónicas, precedidas con movimientos de la boca, contracciones musculares aisladas y dilatación de las pupilas.

Finalmente el enfermo cae en coma, se avisa al médico y él señala el tiempo en que ha de permanecer en ese estado. La enfermera debe aprender a distinguir entre el sueño profundo y el coma; en el coma el enfermo no responde a ningún estímulo, están abolidas las funciones de relación y puede darse el caso de que el enfermo pase a un estado de coma profundo muy peligroso y entonces el pulso es lento, la respiración se hace superficial, las pupilas no reaccionan a la luz y el reflejo corneano está muy disminuído o se pierde; hay que cortar el coma rápidamente por vía endovenosa y tratar de hacer reaccionar al enfermo aplicando estimulantes cardiorespiratorios.

Para cortar el coma insulínico, hay tres procedimientos: la administración de azúcar por vía oral, que se emplea cuando el enfermo por no haber llegado al estado de coma hasta en condiciones de tomarla. También puede cortarse el coma por medio de la sonda nasal, despertando el enfermo a los 20 o 30 minutos. La vía endovenosa se emplea en todas las situaciones de peligro y también cuando a pesar de la aplicación de la sonda no des-

pierta en 30 minutos, cuando se presentan vómitos por la intolerancia a la glucosa. Generalmente se inyectan de 20 a 25 c.c. de suero glucosado hipertónico al 50%, aplicado lentamente y el enfermo despierta a los dos o tres minutos; el efecto de la inyección es corto y la enfermera debe tener cuidado de dar en seguida la poción azucarada porque de lo contrario puede caer en coma al poco rato. Una vez despierto se le suministra un desayuno rico en hidratos de carbono. El número de comas que comprende un **tratamiento varía de acuerdo con el criterio del médico, el padecimiento y el estado clínico del enfermo.** Por regla general se aplican de 30 a 40 shocks.

Electroshock.—El choque eléctrico fué introducido en 1938 por Hugo Cerletti, con el objeto de producir la crisis convulsiva con fines terapéuticos. El método consiste en la aplicación de una dosis de corriente alterna, previamente determinada, a través de las sienas del enfermo, que por un período de tiempo que varía entre 1 a 3 décimas de segundo. La aplicación más importante del electroshock está indicada en los trastornos afectivos, principalmente en los estados de depresión, en los síndromes depresivos de la psicosis maniaco-depresiva, en la melancolía de involución, y en algunas formas de esquizofrenia.

El equipo de tratamiento consiste en un aparato eléctrico, colocado en una mesa cubierta con un hule para aislarlo, esfingomanómetro, estetoscopio, abre-bocas, tiralenguas, protectores de lengua, gelatina para electrodos, un recipiente con sol. salina al 25%, riñones y las hojas clínicas de los enfermos. Analépticos.

El día del tratamiento el enfermo debe estar en ayunas, porque hay ocasiones en que puede haber conato de vómito obstaculizando la respiración con alguna porción de alimento, sin embargo hay algunos psiquiatras que permiten que se les dé un desayuno ligero, consistente en líquidos. También es frecuente que durante la crisis haya relajación de esfínteres por lo que el enfermo debe tener la vejiga vacía. Previamente la enfermera debe cerciorarse de que el paciente no tenga dentadura postiza, horquillas del pelo en caso de que sea mujer, cuidar que vista ropa floja y que esté descalzo.

Se frota las áreas fronto-temporales con la pasta especial para que en esta forma disminuya la resistencia de la piel, con an-

terioridad se rasura la región y se desengrasa con éter o alcohol; otras veces se aplica sol. salina o se cubren los electrodos con unas gasas empapadas en la misma sol. se colocan los electrodos y se mide la resistencia del paciente, se le coloca el protector de lengua y se sostiene la mandíbula inferior hacia delante, al mismo tiempo que la cabeza del enfermo; los ayudantes deben estar dispuestos para sujetar suave pero firmemente los hombros y la cadera del paciente. Al efectuarse la descarga y si la dosis ha sido suficiente va seguida de la pérdida súbita del conocimiento y de un estado convulsivo del enfermo. Pueden presentarse diferentes reacciones: la crisis convulsiva completa, en otras ocasiones solo se observan ligeras contracciones, ausencia o ninguna reacción, y en muy raras veces la llamada reacción consciente durante la cual el enfermo no pierde el conocimiento y sufre diferentes trastornos como son: náuseas, mareos, inquietud, etc.; en cualquiera de estos tres últimos casos, por lo regular ordena el médico que se repita el shock inmediatamente.

Cuando termina la crisis deberá colocarse al enfermo de costado para evitar cualquier complicación bronco-pulmonar; durante unos minutos queda en estupor o queda confuso, después recobra completamente el conocimiento, pero no tiene recuerdo alguno del tratamiento; puede dormirse algún tiempo o el período de confusión prolongarse algunos minutos y aún horas y entonces el enfermo suele estar inquieto, moverse de un lado para otro y gritar; hay que vigilarlo y si el médico ordena, inyectarle algún hipnótico.

Por lo general el número de shocks por tratamiento es de 20, y se aplican dos por semana o a veces diariamente; pero tanto la frecuencia como el número total de electroshocks varía con relación al padecimiento y al estado del enfermo y siempre son determinados por el médico.

Hillo. Son. Nov. 59.

LILIA GLEZ. O.