

CASO PRÁCTICO DE URGENCIA EXTRAHOSPITALARIA: INTENTO DE SUICIDIO POR INGESTA DE FÁRMACOS

AUTORÍA

M^a Carmen Pérez Lobato*
Miguel Ángel Rodríguez Monge**
José M^a Salas Rubio***

*D.U Enfermería. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU). Distrito Sevilla de Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. Experta en Farmacología. Universidad de Valencia.

**D.U Enfermería. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU). Distrito Sevilla de Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. Experto en Educación para la Salud.

***Enfermero. Instructor Plan Nacional RCP.

RESUMEN

La intervención de los equipos móviles de urgencias en la conducta auto lesiva debe ir dirigida, en primer lugar a garantizar la seguridad del equipo y del paciente, para pasar a continuación a evaluar la conducta suicida, los factores que la determinan y la estrategia terapéutica a seguir. La desorganización y el caos suele ser lo que predomine, siendo la intervención de los equipos sanitarios muy variable en función de la situación. Este artículo desde la singularidad de un caso clínico, realiza el plan de cuidado del mismo para terminar proponiendo una línea directriz que nos guíe en nuestra actuación. Destacando la necesidad de formación continua y entrenamiento de los profesionales de enfermería. Por último, se propone el uso de la escala SADPERSONS, herramienta ya contrastada y de fácil manejo que indica qué hacer con el paciente en función de los factores de riesgos.

PALABRAS CLAVE

Intento de suicidio, caso práctico, Plan de cuidados de enfermería, urgencia extrahospitalaria, ingesta de fármacos.

TITLE

CASE STUDY: ATTEMPTED SUICIDE BY DRUG INTAKE

ABSTRACT

The intervention of emergency mobile teams in self injurious behavior must be addressed firstly to ensure the safety of the team and the patient, and then passed to assess suicidal behavior, the factors that determine and

therapeutic strategy follow. The disorganization and chaos which is usually predominates, with the intervention of medical equipment varies depending on the situation. This article from the uniqueness of a case, takes the same care plan to finish by proposing a guideline to guide us in our actions. Stressing the need for continuing education and training of nurses and finally, we propose the use of the scale SADPERSONS, and proven tool and easy to use that indicates what to do with the patient based on risk factors.

KEYWORDS

Attempted suicide, case study, nursing care plan, outpatient emergency.

INTRODUCCIÓN

El intento de suicidio y el suicidio consumado constituyen uno de los mayores problemas de salud pública, tanto por su elevada prevalencia como por la magnitud de las consecuencias para el círculo familiar y social de las personas que lo llevan a cabo. Según la OMS, la conducta suicida es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida, pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. El intento de suicidio es el concepto general que sirve para designar a todo acto que busque la muerte propia, inclusive de manera manipulativa, y del cual se sobrevive. La conducta suicida en si no es una patología, sino que puede estar inscrita en una serie de enfermedades emocionales, siendo la principal el trastorno depresivo¹. Según algunos estudios^{2,3,4} en torno al 3-4% del total de admisiones de un hospital. Por otra parte es sobradamente conocida la dificultad de separar ambas entidades, a pesar de que se consideran sucesos diferentes, pues solamente un 1-2 % de las tentativas se convierten, anualmente, en suicidios consumados.⁵ Las tentativas de suicidio presentan una frecuencia mayor (10-20 veces) que los suicidios consumados⁶, y por lo tanto son las más frecuentemente atendidas por los dispositivos de urgencias en general y por los dispositivos móviles en particular. Las primeras décadas de la vida, el sexo femenino y el diagnóstico de trastorno de personalidad o neurosis orientan hacia la tentativa, pero no siempre una conducta verdaderamente suicida termina en suicidio consumado, y una tentativa suicida puede acabar en fatal desenlace. Dentro de los trastornos afectivos que más predisponen a la tentativa de suicidio, sea consumado o no, se encuentran^{8,9}:

- Trastornos de ansiedad: 20% con crisis de ansiedad y fobia social.
- Trastornos bipolares: En un estudio a lo largo de 40 años, el 9,3% de enfermos bipolares se suicidó. La incidencia de suicidio en este tipo de enfermos es de 60 veces mayor que en la población general. El factor de riesgo es la fase depresiva.

- Trastornos depresivos: Una incidencia de autolisis, sobre todo el trastorno depresivo mayor, con insomnio y una gran ansiedad.
- Abuso de alcohol y drogas: sobre todo en edades más jóvenes, la razón: hombre/mujer alcohólicos que cometen un suicidio son de 4 a 1. El 20% de los suicidas son alcohólicos, tras varios años de abuso. El abuso del alcohol es un factor presente en el 25-50% de todos los suicidios.
- Esquizofrenia: los esquizofrénicos crónicos el 10% de éstos pacientes se suicida. La incidencia del suicidio en éstos pacientes es una diez veces mayor que en la población general.
- Trastornos de la personalidad: Están presentes en los suicidas, hasta un 70%. Sobre todo el trastorno de la personalidad borderline, los intentos de suicidio son empleados con cierta frecuencia como medio para obtener otros objetivos, o fines.
- Causas sociales:
 - Aislamiento social.
 - Acontecimientos estresantes.
 - Desadaptación psicosexual.
 - Encarcelamiento.
 - Factores familiares. Factores predisponentes, como dificultades conyugales y dificultades económicas y sociales, y factores precipitantes, como acontecimientos vitales estresantes.

La intervención de los profesionales sanitarios, en la conducta autolesiva, debe ir dirigida, en primer lugar, a garantizar la seguridad del equipo y del paciente, para pasar a continuación a evaluar la conducta suicida, los factores que la determinan y la estrategia terapéutica a seguir. En la inmensa mayoría de los casos, una intervención sanitaria “a tiempo” evita que el paciente “dé un paso hacia la eternidad en un intento de evadirse de un problema temporal”.¹⁰ En gran número de ocasiones, los DCCU (Dispositivos de cuidados críticos y urgencias) son los responsables de la primera asistencia sanitaria ante un intento de autolisis; dependiendo de una correcta intervención no sólo la supervivencia del paciente sino también las posibles repercusiones emocionales del caso, tanto para el paciente como para sus familiares. En situaciones de intento de autolisis en las que un suicidio se ve frustrado por algún elemento, el caos y la desorganización parecen ser lo que define con mayor frecuencia estos contextos. El escenario suele estar compuesto por la víctima (en las condiciones que se encuentre), familia, pareja/as (todos alterados), vecinos y conocidos, transeúntes y curiosos que se tropiezan la escena, policía local, guardia civil, bomberos... La aproximación sanitaria a este pasaje es difícil, y si definir la situación es complicado su arbitraje es más complejo aún. Las necesidades se van cubriendo sobre la marcha y muchas veces de forma circunstancial en función de variables aleatorias que suelen ser definitorias de la

situación. La flexibilidad y la adaptación a las dificultades que surgen en el proceso deben dominar nuestra actuación aunque manteniendo siempre una línea directriz.

Este artículo desde la singularidad de un caso clínico, realiza el plan de cuidado del mismo para terminar proponiendo una línea directriz que nos guíe en nuestra actuación. Destacando la necesidad de formación continua y entrenamiento de los profesionales de enfermería. Por último, se propone el uso de la escala SADPERSONS, herramienta ya contrastada y de fácil manejo que indica qué hacer con el paciente en función de los factores de riesgos.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL CASO

Motivo literal de demanda.

Mujer de 77 años, se muestra muy nerviosa y amenaza con ingesta de pastillas. Policía en Domicilio.

Antecedentes.

- No RAMC
- No HTA, DM ni dislipemias
- Trastorno ansioso-depresivo, en seguimiento por salud mental
- Cervicoartrosis. Gonartrosis
- Bocio nodular
- Hipotiroidismo primario
- Consulta en urgencias de HU Virgen del Rocío por déficit de memoria con diagnóstico de alta de olvidos relacionado a déficit atencional hace 10 días.

Tratamiento actual.

Alprazolam, Lormetazepam, Tramadol, Paracetamol, Omeprazol, Levotiroxina.

Historia Actual.

A nuestra llegada nos encontramos a la policía local custodiando la entrada, el marido de la paciente, nos explica en la puerta que tras una discusión ha intentado tomar pastillas sin conseguirlo. La paciente permanece aislada en habitación acompañada y se muestra tranquila aunque refiere que antes o después “lo va a conseguir”.

Exploración.

Paciente Consciente, orientada y colaboradora. Memoria inmediata conservada. No alteraciones afásicas, apráxicas ni agnósicas. Pupilas isocóricas e isoreactivas, PV estables (FC:71pm, FR: 14rm, TA:150/80mmHg, Afebril, Glu: 0,98mgr/dl). Eupneica, SatO2: 96%, normocoloreada, bien hidratada y perfundida. Niega ingesta medicamentosa corroborada por su marido y la presencia de blisters con su medicación pertinente. Evidencia dificultades en la relación de pareja y falta de apoyo social.

Red de soporte social: Presencia de su marido, no alterado, se detecta posible problemática social de tipo familiar, no hijos.

Resolución.

A pesar de no existir ingesta de fármacos aparente y paciente estable hemodinámicamente. Se decide su traslado acompañada por DCCU a su Centro Sanitario de referencia para valoración y control parte de Psiquiatría. A lo que la paciente se muestra, receptiva y colaboradora en todo momento. Es acompañada por un vecino al hospital. No precisando administrar tratamiento farmacológico para ello. Sin más incidencias se realiza transferencia del paciente según protocolo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Como herramienta se utilizó el Registro de intervenciones enfermeras del DCCU. Distrito Sanitario Sevilla del Servicio Andaluz de Salud basado en los Patrones Funcionales de M. Gordon. Valoración Inicial

- 1. Patrón percepción manejo de la salud. Ya descrito en antecedentes personales y tratamiento actual. Comprende la información, conoce su enfermedad de base y muestra filiación al tratamiento prescrito. Hogar limpio no signos de abandono. Se realiza despistaje de violencia de género.

PLAN DE CUIDADOS

00146 Ansiedad R/C Estrés

NOC 14002: Autocontrol de la ansiedad
140217: Controla respuesta de ansiedad. Moderada
140010: Expresa frustración. Sustancial
140020: Participa en el tratamiento. Sustancial
NIC 5820: Disminución de Ansiedad
NIC 5380: Potenciación de la seguridad
NIC 5270: Apoyo emocional

0053 Aislamiento Social R/C Recursos personales inadecuados

NOC 1504: Soporte social
150409: Refiere una red social de ayuda. Ninguna
NIC 5440: Aumentar sistemas de apoyo
NIC 5240: Asesoramiento

0114 Síndrome de estrés del traslado R/C Experiencia imprevista y conocimiento de impotencia

NOC 1211: Nivel de Ansiedad
121105: Inquietud. Sustancial
121101: Desasosiego. Sustancial
NIC 0960: Transporte
NIC 6490: Prevención de caídas
NIC 5270: Apoyo emocional

00124 Desesperanza R/C estrés de larga duración y

○ 2. Patrón Nutrición/Metabolismo. Alimentación habitual, oral sin trastornos de la deglución, presenta prótesis dental. Piel y mucosas bien hidratada, perfundida e íntegra. No presenta edemas.

○ 3. Patrón de Eliminación. No valorado.

○ 4. Patrón Actividad/Ejercicio. Situación habitual IAVD, deambulante, utiliza dispositivo (muleta). Situación actual independiente. Respiración sin dificultad.

○ 5. Patrón Sueño/Descanso. Alterado. Lleva varios días sin dormir bien pocas horas y no reparadoras usa medicación (ver tto.) pero no es efectiva.

○ 6. Patrón Cognitivo Conceptual. Consciente, orientada, sin alteraciones sensorio-perceptivas, no dolor.

○ 7. Patrón Autoconcepción/Autoconcepto. Alterado. Sensación de ansiedad. Repite en varias ocasiones la intención de suicidio.

○ 8. Patrón de Rol/ Relaciones. Alterado, no sale de casa, mala relación de pareja, falta de tiempo libre, no puede realizar tareas del hogar. Comunicación sin dificultad.

○ 9. Patrón Sexualidad/Reproducción. No valorado.

○ 10. Patrón adaptación al estrés. Alterado. Posee sensación de estrés evidenciada por intento de autolisis.

○ 11. Patrón valores/Creencias. No alterado

m/p cerrar los ojos, disminución de las emociones, disminución de la verbalización, falta de iniciativa, pasividad, suspiros...

NOC: 1201 Esperanza

120101 Expresión de una orientación futura positivamente

120102 Expresión de confianza raramente demostrado

120103 Expresión de ganas de vivir raramente demostrado

120104 Expresión de razones para vivir no demostrado

120106 Expresión de optimismo no demostrado

NIC: 5310 Dar esperanza

NIC 5270: Apoyo emocional

NIC 4440: Aumentar los sistemas de apoyo

NIC 6340: Prevención de suicidio

CONCLUSIONES

El intento de suicidio es uno de los motivos de consulta psiquiátrica más frecuente en los dispositivos de urgencias. El personal sanitario que atiende a pacientes con intento de suicidio debe tener formación específica para valorar riesgo autolítico y estar atento a signos de alarma suicida. Siendo preciso abordar de manera prioritaria la seguridad del Equipo y a continuación del

paciente.

De manera que nos oriente en la acción y que podríamos desglosar en tres partes, aunque siempre con fines didácticos ya que en la realidad el tratamiento debe ser global, integrado y sincrónico, se podrían resumir las acciones en: Evitar o disminuir el riesgo físico vital, disminución de la ansiedad, Psicofármacos y control ambiental en pro de la seguridad de todos¹¹. Desde la particularidad de este caso práctico se intentan resumir y establecer unas pautas generales sobre los cuidados específicos del personal de enfermería de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias ante el paciente atendido por intento de suicidio o con riesgo de autolisis.

- Asegurar la seguridad del equipo en todo momento de la intervención.
- Adoptar medidas de seguridad del paciente: retirar del entorno del paciente todos aquellos objetos que le puedan servir para autolesionarse. No debemos olvidar que, nos encontraremos en un ambiente con gran carga emocional y escasa capacidad de control sobre el medio, el paciente puede tener a su alcance múltiples objetos potencialmente peligrosos.
- Promover un ambiente tranquilo o al menos que no empeore la estabilidad emocional del paciente.
- Explicar al paciente las medidas de precaución tomadas y hacerle entender nuestras acciones. Reforzando su autoestima y no adoptar actitud crítica o moralizadora.
- Considerar en serio todas las amenazas de suicidio del paciente. Si el paciente es de alto riesgo, debemos observarle de forma constante, incluso cuando se encuentre acostado o en el cuarto de baño.
- Estar atentos por cualquier posible cambio de actitud por parte del paciente (cambios súbitos de humor, conversaciones sobre la muerte, estar menos comunicativo).
- Contener al paciente si fuera preciso con los medios a nuestro alcance. Buscando apoyo

de las Fuerzas de seguridad si fuera necesario a través del Centro Coordinador sino se encontrarán en el lugar.

- La prioridad máxima debe ser proteger la vida del paciente y evitar la ejecución del plan suicida
- Es preciso supervisar la conducta del paciente hasta que su nivel de autocontrol sea adecuado.
- Aplicar las intervenciones y técnicas de enfermería específicas que requieran el método de autolisis empleado.
- Evaluación continua del estado fisiológico y conductual del paciente.
- Se propone el uso de la escala SADPERSONS, herramienta ya contrastada y de fácil manejo que indica qué hacer con el paciente en función de los factores de riesgos.

CONCLUSIONES

Es fácil comprender que la comunicación de las malas noticias en los servicios de urgencias entraña una serie de dificultades y requiere un conjunto de actitudes y habilidades para informar adecuadamente a los acompañantes del paciente. El personal de enfermería de las distintas unidades donde existe un alto porcentaje proceso de duelo debe estar formado y capacitado en este problema, la mayoría de este personal no ha realizado ningún curso relacionado con el tema pero reconocen la importancia de éstos y la necesidad de hacerlos. Es fundamental la planificación, seguimiento y evaluación de todas aquellas acciones que se pongan en marcha a fin de asegurar el logro en la coordinación de los cuidados y favorecer una mejora en la calidad de los cuidados que prestamos a nuestros ciudadanos.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO. Suicide Prevention. Geneva: Who; 2008
2. Aran M, Gispert R, Puig X Freitas A, Ribas G, Puidefábregas A. Evolución temporal y distribución geográfica de la mortalidad por suicidio en Cataluña y España: Gaceta sanitaria. 2006; 20(6):473-478.
3. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española: Resultados del estudio ESEMeD. Med Clin 2007; 129(13):494-500.
4. Cohen D. Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas. Fondo de Cultura Económica, Madrid 2007
5. Keane M. Acceptance versus rejection: Nursing students attitudes about mental illness. Perspectives in Psychiatric Care 1991; 27:13-18.
6. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HL. Stigmatization of people With mental illnesses. Br J Psychiatry. 2000, 177:467-468.
7. Nieves Domínguez Fernández, Emilio Pintor Holguín, Agustín Pablo González Murillo, Margarita Rubio Alonso, Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas. Perfil de los pacientes con intento de autolisis atendidos en un servicio de urgencias hospitalarias. Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, Vol. 15, Nº. 6, 2012 .
8. Buceta, J.M. Bueno, A.M. Mas, Blanca. Intervención Psicológica y Salud: Control del estrés y conductas de riesgo. Madrid: Editorial Dykinson, S.L. 2001.
9. C. Díaz-Sastre Valoración del intento de suicidio en urgencias I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000.
10. Paniagua, G. Rodríguez Revuelta, J. Valoración y manejo del paciente suicida.

11. Pascual Pascual, P. Villena Ferrer, A. Morena Rayo, S. Téllez Lapeira, J.M. López García, C. El paciente suicida. Guías clínicas 2005.
12. Moorehead, S., Johnson, M. Clasificación de resultados de enfermería NOC 4ª Ed. Hardcourt Brace España. 2009.
13. McCloskey J., Bulechenc, G. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. Ed. Hardcourt Brace España. 2009.
14. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Elsevier España. 2010.