

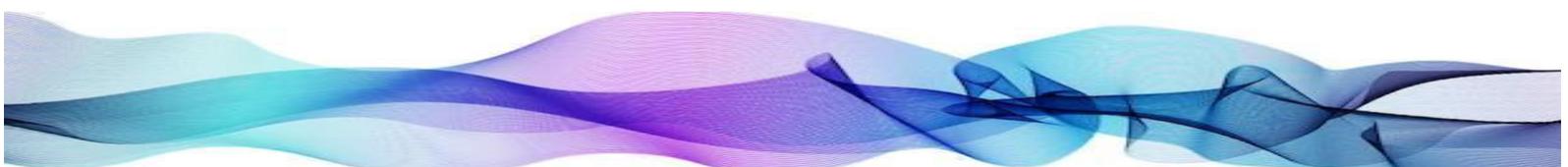


EL ROL DE LA ENFERMERÍA DE URGENCIAS EN LA ACTUACIÓN ANTE PACIENTES CON IDEAS AUTOLÍTICAS

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

GRADO DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEDE DE LA PALMA
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA
CURSO 2020 / 2021

AUTORA: **SILVIA CEJAS SÁNCHEZ**
TUTOR: **VALENTÍN IGLESIAS GONZÁLEZ**



RESUMEN

Las ideas autolíticas pueden propiciar que las personas lleven a cabo acciones que acaben con su propia vida o que le genere un daño que, a consecuencia, finalice con esta. Los suicidios son considerados por la Organización Mundial de la Salud, como uno de los problemas más importantes de salud pública que existen. Además de esto, los intentos de suicidio son motivo frecuente de ingreso en los servicios de urgencias. Habitualmente, las personas que deciden suicidarse o tienen ideación suicida, creen fehacientemente que esta es la única solución.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es corroborar la práctica enfermera en pacientes con intentos de suicidio y estudiar la literatura científica existente sobre los mismos, así como identificar el perfil del paciente reincidente en este tipo de prácticas. Se pretende también analizar las medidas de prevención en enfermería para poder asistir a este tipo de pacientes de la manera más íntegra y efectiva posible.

Se considera de importancia el estudio de esta revisión bibliográfica según la experiencia profesional desempeñada, ya que se enfrenta esta situación en el trabajo profesional y en las prácticas clínicas de los servicios de urgencias y unidades de cuidados intensivos. En ambos servicios, se detectó un numeroso índice de casos de intentos de suicidios que se dan cada día, sobre todo en personas adolescentes y de edad media.

PALABRAS CLAVE: suicidio, intervención enfermera, autolisis y pacientes.

ABSTRACT

Autolytic ideas can lead people to take actions that end their own life or cause damage that, as a result, ends it. Suicides are considered by the World Health Organization as one of the most important public health problems that exist. In addition to this, suicide attempts are a frequent reason for admission to emergency services. Usually, people who decide to commit suicide or have suicidal ideation, firmly believe that this is the only solution.

The objective of this bibliographic review is to corroborate the nursing practice in patients with suicide attempts and to study the existing scientific literature on them, as well as to identify the profile of the recidivist patient in this type of practice. It is also intended to analyze prevention measures in nursing in order to assist this type of patient in the most comprehensive and effective way possible.

The study of this bibliographic review is considered of importance according to the professional experience carried out, since this situation is faced in professional work and in the clinical practices of emergency services and intensive care units. In both services, a large index of suicide attempts occurred every day, especially in adolescents and middle-aged people.

KEYWORDS: suicide, nursing intervention, autolysis and patients.

ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	I
LISTADO DE GRÁFICOS.....	II
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. MARCO HISTÓRICO.....	2
1.2. MARCO TEÓRICO.....	3
1.2.1. ESTADÍSTICAS DE SUICIDIO.....	5
1.2.2. TIPOS DE SUICIDIO.....	8
1.2.3. FACTORES DE RIESGO.....	9
1.2.4. ACTUACIÓN EN EL SU.....	11
1.2.5. ALERTA O SOSPECHA.....	13
2. JUSTIFICACIÓN.....	14
3. OBJETIVOS.....	14
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	14
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
4. METODOLOGÍA.....	15
4.1. TIPOLOGÍA DE ESTUDIO.....	15
4.2. PALABRAS CLAVE.....	15
4.3. POBLACIÓN.....	15
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	15
4.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	16
4.6. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	16
5. RESULTADOS.....	16
6. CONCLUSIONES.....	17
7. BIBLIOGRAFÍA.....	20
8. ANEXOS.....	21
8.1. TRABAJOS CONSULTADOS COMO GUÍA.....	23

ABREVIATURAS

I

OMS: Organización Mundial de La Salud

SU: Servicio de Urgencias

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

AP: Atención Primaria

HGLP: Hospital General de La Palma

IS: Intento de suicidio

IA: intoxicación aguda

INE: Instituto Nacional de Estadística

IAM: intoxicación aguda medicamentosa

Tabla 1. Tasas de suicidio por edad por cada 100.000 habitantes durante el año 2015. Remarcados los países europeos.³

Gráfico 2. Suicidios de hombres y mujeres registrados en España desde el año 2011 hasta el año 2019.¹⁰

Gráfico 3. Suicidios registrados en España en 2018 según sexo.¹⁰

Gráfico 4. Suicidios registrados en España en varones de cualquier edad entre diciembre de 2018 y diciembre de 2019.¹⁰

Gráfico 5. Suicidios registrados en España en mujeres de cualquier edad entre diciembre de 2018 y diciembre de 2019.¹⁰

Gráfico 6. Suicidios registrados en España en el año 2018 en mujeres clasificados por edad.¹⁰

Gráfico 7. Suicidios registrados en España en el año 2018 en hombres clasificados por edad.¹⁰

Gráfico 8. Búsquedas bibliográficas para desarrollar este trabajo.

1. INTRODUCCIÓN

Con el desarrollo de este trabajo se pretende conocer en profundidad la acción de la enfermera de urgencias ante un paciente que acude a un servicio sanitario con un diagnóstico de intento autolítico. También se pretende analizar en profundidad el perfil del paciente con ideación suicida. Se ha decidido realizar revisión bibliográfica sobre el tema porque se considera necesario realizar una investigación documental, recopilando información ya existente sobre dicho tema. El trabajo tiene como límite analizar el suicidio con profundidad y conocer el rol del enfermero y enfermera de urgencias.

Según la OMS, el suicidio es un problema de salud pública bastante importante, ya que, dentro de este, se encuentran casi la mitad de las muertes agresivas o, lo que es lo mismo, casi un millón de fallecidos al año. A pesar de esto, es algo que se puede prever y prevenir en la gran mayoría de los casos. Además, hay que añadirle que este problema también compromete unos gastos económicos serios en los servicios sanitarios tanto hospitalarios como extrahospitalarios.¹

Prevenir el suicidio es un objetivo prioritario en todo el ámbito sanitario, ya que, según la OMS, aproximadamente 800.000 personas se suicidan cada año, es decir, se produce una muerte por suicidio cada 40 segundos. Además de los suicidios realizados, se calcula que cada persona que lo lleva a cabo ha realizado entre 10 y 20 intentos no mortales previamente. Pero esto no es del todo fiable, ya que, en algunos países, no se contabiliza con exactitud la casuística de mortalidad.¹⁴

*«Es importante reconocer que el suicidio se puede evitar», dice el Profesor Mehlum, un experto de la materia, «y que el hecho de tener acceso a los medios necesarios para suicidarse es tanto un factor de riesgo relevante como un determinante del suicidio».*⁵

En comparativa europea, la tasa de suicidio española es una de las más bajas. Se analizarán y revisarán datos españoles, en su mayoría. En la siguiente tabla se reflejan los datos aproximados encontrados de las tasas de

suicidio estandarizadas por edad por cada 100.000 habitantes actualizados del año 2015. En letra negra aparecen los países europeos.³

Jamaica	1	Suiza	11
Pakistán	2	Irlanda	11
Indonesia	3	Nueva Guinea	12
Egipto	3	Sudáfrica	12
Grecia	3	Francia	12
Filipinas	4	Estados Unidos	13
Arabia Saudí	4	Argentina	14
Irak	4	Finlandia	14
México	5	Japón	15
Israel	5	Hungría	16
Italia	5	India	16
Brasil	6	Rusia	18
Bangladesh	6	Zimbabue	18
España	6	Polonia	18
Reino Unido	7	Corea	24
China	8	Angola	26
Turquía	9	Lituania	26
Alemania	9	Kazajistán	27
Países Bajos	9	Mongolia	28
Canadá	10	Guyana	31
Australia	10	Sri Lanka	35

Tabla 1. Tasas de suicidio por edad por cada 100.000 habitantes durante el año 2015. Remarcados los países europeos.

Los factores de riesgo más reincidentes a la hora de proceder con el suicidio son varios, entre ellos intentos de suicidio anteriores, trastornos mentales, hechos vitales estresantes, enfermedades crónicas incapacitantes, el sexo, la edad, así como, los factores de riesgo genéticos, familiares, sociales y culturales.²

De manera prioritaria, se detectó la necesidad de estandarizar y aplicar un protocolo de urgencias hospitalarias ante conductas suicidas, no existente en la actualidad, salvo algún hospital concreto que haya desarrollado un protocolo interno.

1.1. MARCO HISTÓRICO

Para estudiar el tema, se debe esclarecer desde donde viene el concepto “suicidio”, su naturaleza y la actuación sanitaria antiguamente.

Roma fue la cuna del suicidio, ya que antaño, el suicidio era un referente de valentía. Por otro lado, Grecia fue considerada el origen de la investigación en toxicología, ya que empezaron a probar los efectos de algunas plantas y venenos de animales en los humanos. Por ello, la muerte de Sócrates (470 – 399 a.C.), el gran pensador, fue llevada a cabo a partir del veneno de cicuta.^{4,9}

A medida que se fue avanzando en la época del Renacimiento (s. XV – s. XVII) se formalizó el compuesto formado entre el arsénico y fósforo, llamado “cantarella” el cuál fue utilizado con fines dañinos y perversos. Fue aquí entonces cuando se empezó a realizar ensayos clínicos con pobres y mendigos para probar su efectividad.^{4,9}

En Inglaterra, apareció el término suicidio a mitad del siglo XVII, de la mano de Thomas Browne, con su obra “Religio Medici”, que combinaba el neologismo *suicidium* con el término *self-killing*. Luego siguió, en 1653, el registro de la palabra *suicide* en el Oxford English Dictionary. Y por último en España, apareció, en 1772, de la mano de Fernando de Ceballos, el término suicidio, dentro de la obra “La falsa filosofía y el ateísmo”.⁹

Todos estos hechos, que continuaron aconteciendo con el paso de los años, consiguieron que se llegara a definir, en 1969, el suicidio, según la OMS como “*todo hecho a través del cual el individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y cualquiera que sea el nivel de conocimiento de sus auténticas motivaciones*”.^{5,9}

1.2. MARCO TEÓRICO

El suicidio está considerado como un movimiento continuo de diferente naturaleza y gravedad, que va desde una ideación hasta una conducta gradual creciente. La ideación se caracteriza por tener la idea de muerte como un descanso, también se considera como un deseo o la idea presente y constante de suicidio, y, por otro lado, la conducta creciente se caracteriza por la presencia de amenazas, gestos, tentativas para finalmente obtener un suicidio consumado.⁶

La salud mental de un individuo está influenciada por muchos factores

como la predisposición genética, los antecedentes socioeconómicos, experiencias vividas, enfermedades crónicas y dependencia de alcohol y drogas, entre otras. Y por ello, la importancia de una correcta atención a la prevención y un tratamiento adecuado en la enfermedad psiquiátrica.

Ser mentalmente saludable significa ser productivo en el trabajo, estar a gusto en las relaciones sociales, ser capaz de realizarse como persona y contribuir a la vida en comunidad. Por eso, un individuo mentalmente sano debe ser capaz de superar tensiones, penas y contratiempos del día a día.⁷

A nivel mundial, el comportamiento suicida tiene prevalencia en Europa del este, siendo las más bajas en América Latina, países musulmanes y países asiáticos.¹ La tasa de suicidio española es baja en relación con los otros países europeos, pero es difícil conocer los datos con exactitud y poder confiar en su fiabilidad, debido a la dificultad que conlleva este tipo de registro.²

El significado de suicidio es complejo y abarca cantidad de términos que dependen de un contexto, se pueden usar erróneamente. Por ello es necesario esclarecerlos todos en las siguientes líneas:

IDEACIÓN SUICIDA: son todos aquellos pensamientos y cogniciones que tiene una persona sobre el suicidio.

COMUNICACIÓN SUICIDA: es aquel acto interpersonal el que es transmitido el deseo o la intencionalidad de acabar con la propia vida. Este punto es el intermedio entre ideación y conducta suicidas.

CONDUCTA SUICIDA: es aquella conducta auto dañina y lesiva en la que la persona tiene la intención de morir bajo cualquier fin y que presenta algún grado de intención de acabar con su vida.

AMENAZA SUICIDA: es todo aquel acto interpersonal que predice a una conducta suicida próximamente.

PLAN SUICIDA: Es aquella propuesta de metodología con la que llevar a cabo un acto suicida.

CONDUCTA PARASUICIDA: es aquella acción en la que la persona se provoca lesiones a sí mismo sin llegar a provocarse la muerte como finalidad.⁶

Las acciones suicidas pueden ser realizadas con varias finalidades además del fin último de acabar con su propia vida, entre ellas, captar la atención de las personas del entorno.

1.2.1. ESTADÍSTICAS DE SUICIDIO

Según el INE, el año más reciente registrado de suicidios que consta, es el 2019. En 2018 se detalla con más exactitud cada una de las variables a analizar. A continuación, se detallan las defunciones registradas como suicidio en España desde el 2011 hasta el 2019, independientemente de la edad o del sexo.

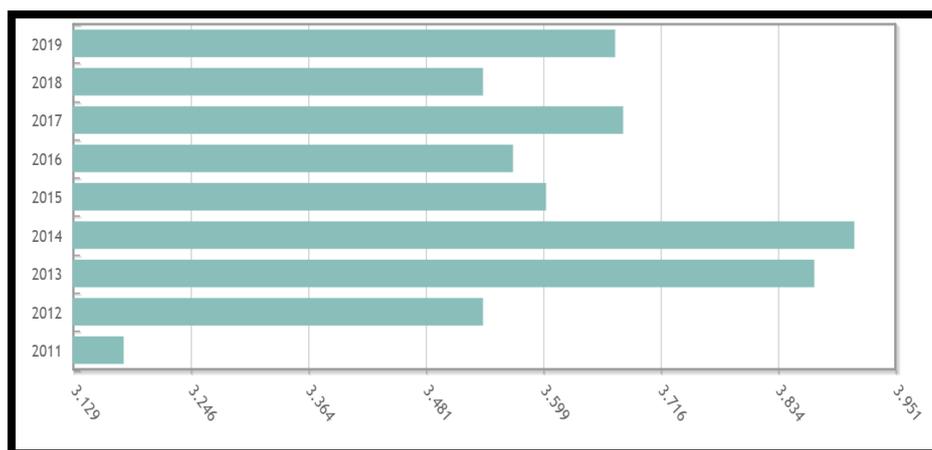


Gráfico 2. Suicidios de hombres y mujeres registrados en España desde el año 2011 hasta el año 2019.

En el año 2019 se suicidaron 3671 personas, frente al año 2018, que es el año más reciente de tasa de suicidio registrado e identificado con variables y en él, en España, se suicidaron 3539 personas, de ambos sexos, las cuales aparecen catalogadas como “suicidio y lesiones autoinfligidas”. Las vemos a continuación:

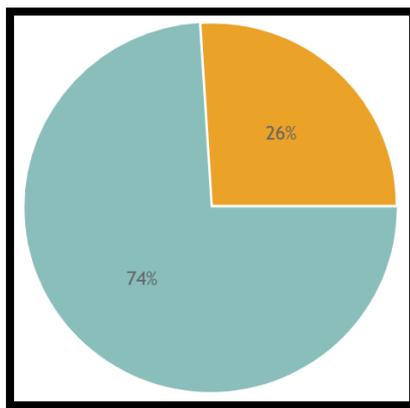


Gráfico 3. Suicidios registrados en España en 2018 según sexo.

Siendo el 26% mujeres, con un total de 920 suicidadas en todo el territorio español en 2018, frente a un 74% de varones, con un total de 2619 hombres suicidados en 2018 en España. Apenas varían estos datos en 1%, quedando 25% mujeres (900), frente a 75% hombres (2.771) en el 2019.

En cuanto al número de suicidios en hombres por cada mes, desde diciembre de 2018 hasta diciembre de 2019, lo detallamos a continuación, siendo el dato de fallecidos en el transcurso de ese año, de 206 varones, de cualquier edad, siendo la columna vertical, el número de personas suicidadas.

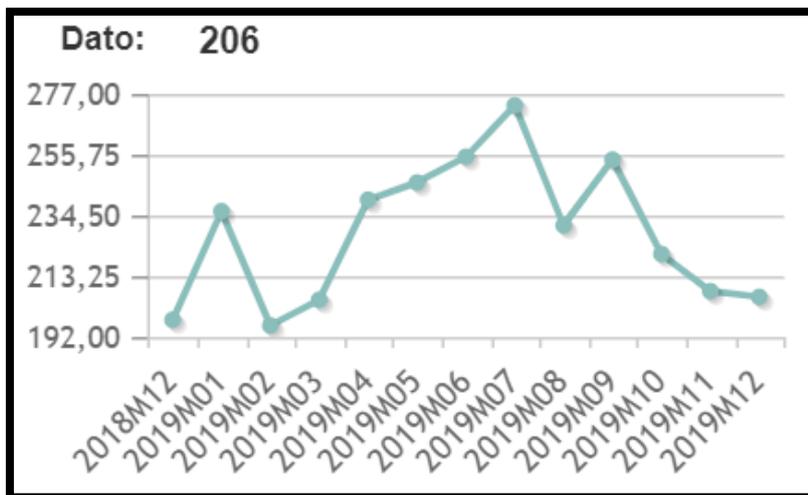


Gráfico 4. Suicidios registrados en España en varones de cualquier edad entre diciembre de 2018 y diciembre de 2019.

A diferencia de los hombres, el número de mujeres fallecidas en España durante el mismo periodo de tiempo es muchísimo menor; en total son 79 mujeres.

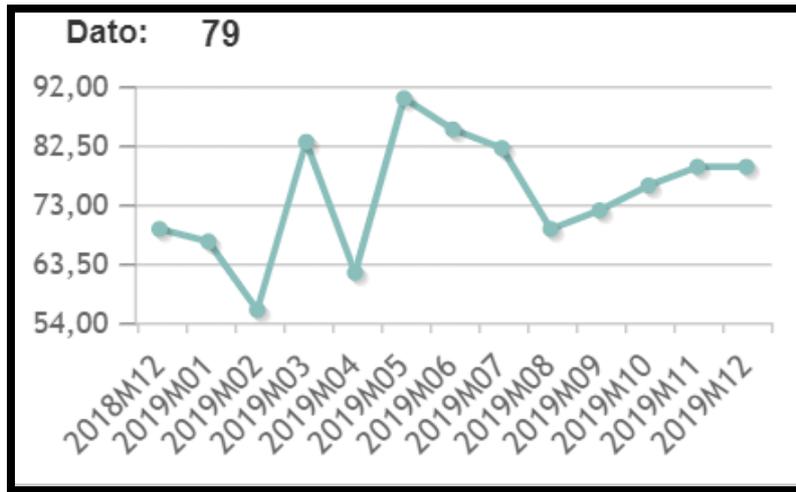


Gráfico 5. Suicidios registrados en España en mujeres de cualquier edad entre diciembre de 2018 y diciembre de 2019.

Se aprecia con claridad, que, en las mujeres, los meses más frecuentes de suicidio son marzo, mayo y junio, y en los hombres, junio, julio y septiembre. Ahora bien, vamos a ver con exactitud los valores de incidencias registrados en referencias a la edad de las mujeres y luego de los hombres.

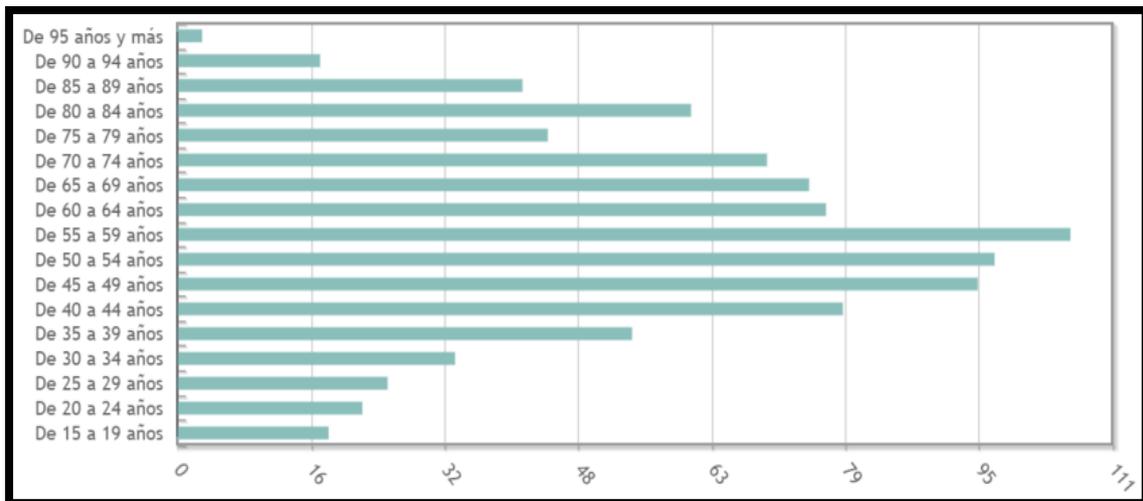


Gráfico 6. Suicidios registrados en España en el año 2018 en mujeres clasificados por edad.

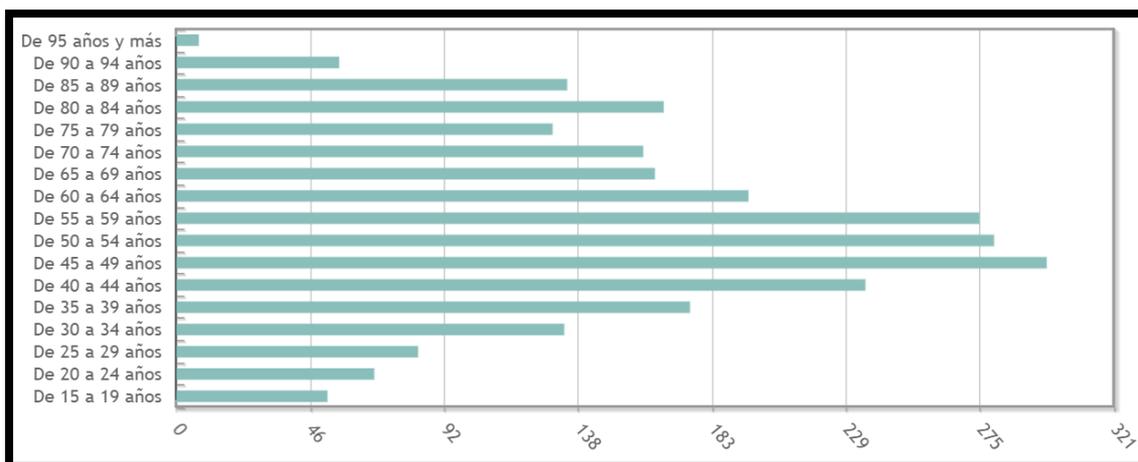


Gráfico 7. Suicidios registrados en España en el año 2018 en hombres clasificados por edad.

Se confirma entonces, según los datos de las dos últimas imágenes, que, en el año 2018, la mayor incidencia registrada de suicidios en mujeres oscila entre los 55 y los 59 años y, por otro lado, en los hombres, en el mismo año, va desde los 45 a los 49 años de edad.¹⁰

1.2.2. TIPOS DE SUICIDIO

Las maneras o técnicas más frecuentes de suicidio o de intento de este, suelen ser el consumo de plaguicidas, el uso de armas de fuego (frecuente en EEUU, ya que está reglada su portación) y el consumo excesivo de medicamentos, o lo que es lo mismo IAM, como, por ejemplo, el uso abusivo de analgésicos tipo Paracetamol, que puede ser tóxico si se consume de manera abusiva.¹

Los tipos conocidos y más frecuentes de suicidio son:

- 1. AHORCAMIENTO:** es la más común y accesible, con mayor índice en varones, se produce por medio de la asfixia, pero es agónica y tiene una tasa de mortalidad entre el 60 y el 80%.
- 2. INTOXICACIÓN O SOBREDOSIS DE FÁRMACOS:** entra dentro de los métodos blandos, por ello, los que recurren a esta técnica conocen que no suele producir dolor y que se suele sufrir poco. Aquellos que mueren por este método oscilan entre un 1,5 y un 4%, por ello, este método, a su vez, es el 85% de los intentos de suicidio mundiales, porque suelen quedar en intentos porque se arrepienten o piden ayuda. Suele ser un

método frecuente en mujeres. Aquí entrarían todas las IAM. Es un método visto en los SU con bastante frecuencia.

3. **SALTAR A UN VACÍO:** es uno de los métodos más frecuentes, pero en ello, la persona tiene que poseer gran nivel de valentía. El que sobrevive, queda en muy malas condiciones de salud. Perjudica, dependiendo de donde se realice el suicidio, a terceras personas. Tiene un índice de mortalidad del 35 al 60% de los casos.
4. **ARMAS DE FUEGO:** se trata del método que mayor tasa de mortalidad registra. Frecuente en EE. UU. por la posibilidad y legalidad de tenerla. El suicida suele hacerlo con un tiro en la cabeza.
5. **AHOGAMIENTO:** se estila este método, añadiendo un peso al cuerpo para irse al fondo del mar.
6. **ARMAS BLANCAS:** este método es frecuente en jóvenes, usando cuchillos para cortarse las venas, con ello la persona se desangra.
7. **ARROJARSE AL PASO DE UN VEHÍCULO:** sistema de muerte autoinfligida en el que perjudicaría a varias personas además de a uno mismo y no siempre es mortal.
8. **ELECTROCUCIONES:** este método es menos frecuente, pero suele usarse estando dentro de la bañera y metiendo cables eléctricos.
9. **ASFIXIA:** se trata de la muerte por sofocación, se suelen usar gases de helio o nitrógeno porque ambos inhiben el acto reflejo de evitar la muerte.
10. **QUEMARSE:** es un método muy doloroso. Se usan líquidos inflamables. Se usó como protesta política.

Todas estas técnicas son usadas en España, pero la que más ha sido nombrada y usada en todos los registros de suicidios es el ahorcamiento.

1.2.3. FACTORES DE RIESGO

La conducta suicida en los humanos depende de varios factores, entre ellos hay algunos determinantes y otros no, al igual que hay algunos modificables y otros inmodificables. Los inmodificables no están relacionados con la situación clínica del paciente, sino que están asociados al propio sujeto, como si de innatos se tratase; todos ellos se mantienen en el tiempo. En cuanto

a los modificables, se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos.¹⁸

Los factores de riesgo **inmodificables** son: hereditarios, sexo, edad, estado civil, situación laboral o económica, creencias religiosas, apoyo social y conducta suicida previa.

Los factores de riesgo **modificables** son: trastorno mental, trastorno afectivo, esquizofrenia, trastorno de ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de personalidad, demás trastornos mentales, salud física y dimensiones psicológicas.

Además de estos factores, también existen los factores de **protección** contra el suicidio, que son propios del individuo y de su entorno, como puede ser una alta autoestima, relaciones sociales amplias (familia y amigos), apoyo social, relación sentimental estable, así como creencias religiosas y espirituales complacientes.^{1, 8}

En concreto el riesgo de suicidio, suele aumentar con la edad y también existe un aumento en adolescentes. En referencia al sexo, existe más riesgo en varones y, sin embargo, más intentos en mujeres. Si hablamos del estado civil, es más frecuente el suicidio en personas viudas, divorciadas o sin hijos. En cuanto a la situación económica o social, se suicidan con más frecuencia personas que viven solas, con desempleo, en zonas rurales, con un nivel económico bajo y con pobreza. También se conoce que una persona con algún tipo de duelo reciente tipo fallecimiento familiar o cambio de estatus tiene más riesgo de suicidarse. En cuanto a la familia, es más frecuente que cometan un suicidio las personas que han sufrido violencia, que vengan de familias desestructuradas o con abusos familiares.¹⁷

Existen también riesgos psicológicos y biológicos. En el caso de los primeros, tienen más frecuencia de recurrir al suicidio personas con trastornos mentales, exclusión social, personas que padecen soledad o aislamiento social, personas que han padecido violencia de algún tipo y relaciones con dependencias directas. En el segundo caso, existe más riesgo, cuando la persona padece enfermedades crónicas, dolorosas o terminales, cuando existe

un consumo crónico de fármacos o cuando se han producido procesos hospitalarios con finales inesperados.¹²

Además, existen algunos factores de riesgo añadidos, como son aquellos pacientes que tengan inicialmente algún tipo de trastorno, como por ejemplo, esquizofrenia, bipolaridad, estrés postraumático, trastorno de personalidad límite, así como conducta antisocial.¹⁷

1.2.4. ACTUACIÓN EN EL SU

Actualmente en la mayoría de los SU se procede de la misma manera y aunque no existe un protocolo oficial y estandarizado, los pasos a seguir en la asistencia del paciente, suelen ser coincidentes. A menudo los SU son el primer lugar de asistencia a personas con ideación suicida y los profesionales sanitarios de dicho servicio suelen estar preparados y capacitados para la atención de dichos casos.¹⁷

En cuanto a los recursos humanos interactuantes en cualquier SU de hospitales, están los médicos de urgencias, así como psicólogo y psiquiatra adjuntos o residentes, enfermeros de urgencias, auxiliares de urgencias, celadores, personal de seguridad, administrativos, personal de información y de limpieza. Luego los SU de los centros de salud, no tienen especialistas en psicología o psiquiatría, por ello los pacientes han de ser derivados.

El primer paso ante la llegada de un paciente al servicio es proceder al registro de este en el servicio de admisión e identificarlo, para posteriormente pasar a triaje o a la sala de espera, dependiendo de su gravedad. En el caso que nos acontece, el paciente debe ir directamente a triaje y debería ser catalogado con cierta prioridad y valorado en dicho servicio antes del transcurso de una hora.

Además de esto, se debe tener en cuenta que al paciente no se le puede tener sin vigilancia o cerca alguna puerta o salida, ya que suelen tener pensamientos de huida o fuga. Se recomienda que el paciente esté cerca del control de enfermería. Se debe tener control exhaustivo también de las pertenencias de este, con seguridad si puede ser.

Una vez está el paciente ubicado, se procederá a canalizar una vía periférica para la administración de medicación, seguido de la anamnesis, siempre y cuando el paciente esté consciente o bien a la familia o bien al personal de ambulancias, sobre qué sucedió, cómo sucedió el intento de suicidio, así como, de qué método se intentó llevar a cabo. También se debe saber cuáles son los factores de riesgo de nuestro paciente y los síntomas y signos que se han detectado, como, por ejemplo, en el caso de intoxicaciones, los vómitos.

Se le solicitarán todas aquellas pruebas complementarias que se estimen oportunas para una eficaz asistencia a nuestro paciente. Después de estabilizarlo y de hacerle las pruebas pautadas, se estudiará y analizará la conducta suicida, motivos y factores de riesgo, así como derivar con el servicio de psiquiatría o solicitar la presencia del especialista in situ, decidiendo este, su alta a domicilio con seguimiento o su ingreso en el servicio de psiquiatría.

Se conoce que el tiempo inmediatamente posterior al suceso de intento de suicidio y el tiempo también posterior a la asistencia sanitaria en urgencias, son de vital importancia y de máximo riesgo, ya que existe peligro de fuga del servicio en el que permanezca por parte de paciente. El paciente debe estar en control por el servicio de psiquiatría y se debe hacer un seguimiento para corroborar la toma correcta del tratamiento.²

Además, sabemos que el paciente ha de ser valorado por el servicio de psiquiatría antes de proceder a su alta o ingreso en cualquier otro servicio, siempre que su intento autolítico lo haya dejado consciente y orientado para atender y entender la interconsulta.¹⁷

En cuanto a las medidas a tener en cuenta desde cualquier SU o servicio donde se asista a un paciente con intento autolítico, se conoce que se debe informar a todo el equipo sanitario que el paciente tiene riesgo de nuevo intento de suicidio o de fuga. También se debe informar al paciente de los pasos a seguir en su caso. Se debe reforzar su autoestima y recordarle lo bonito que es la vida, así como animarlo a expresarse. Debemos apoyarlo y explicarle que estamos acompañándolo en todo momento y que lo entendemos

y comprendemos. También se deberían hacer reevaluaciones del paciente cada cierto tiempo, así como también considerar, registrar e informar de todos los cambios o informaciones que tengamos del paciente.¹⁵

1.2.5. ALERTA O SOSPECHA

Además de conocer los pasos a seguir para asistir ante un paciente con intento autolítico, debemos prestar especial atención ante algunos pacientes y sus actitudes:

1. Comportamiento autolesivo.
2. Cambio brusco en los hábitos de comer y dormir.
3. Presencia de desvalorización.
4. Cambios bruscos en el estado de ánimo.
5. Poco interés hacia la vida en general.
6. Pérdida o ausencia de amigos.
7. Pérdidas recientes e importantes de cualquier tipo.
8. Obsesión con la muerte.
9. Repartir objetos muy queridos.
10. Hacer cartas de despedida.
11. Presentar sentimientos de desesperanza o desilusión.
12. Presencia de deseos de muerte.
13. Amenazar con suicidarse a cualquier persona.
14. Persona desesperada con sentimiento de culpa.
15. Fantasear con dormir y no despertar.
16. Adolescentes con problemas sentimentales entre otros.
17. Pérdida de la ilusión por el futuro.

Los errores más comunes en la atención a las conductas suicidas son el “pasar de largo”, que sucede cuando el psicólogo o psiquiatra se ausenta a mitad de anamnesis, desviando la asistencia; la racionalización, hablando de argumentos queremos evitar que el paciente no se suicide; angustiarse con el paciente o entrar en una relación demasiado cercana y dejarse envolver con la angustia del paciente; omnipotencia, indicando las opciones existentes ante las situaciones experimentadas.¹⁶

2. JUSTIFICACIÓN

El intento de suicidio y los trastornos psiquiátricos son una de las principales causas de demanda sanitaria en los SU y además la OMS asegura que en los últimos 45 años han aumentado los índices de suicidio en todo el mundo en un 60%.^{2,3}

La primera intervención y asistencia ante un intento de suicidio es la esencia para preservar la vida del paciente. Como ya hemos visto en el marco teórico, hay varias maneras de intento de suicidio y la mayoría de ellas son asistidas tanto en el SU cómo en la UCI del HGLP y también en el medio extrahospitalario, las ambulancias.

Debido a los casos asistidos, donde se recibieron durante el periodo de prácticas en La Palma, cinco pacientes con intentos de suicidio, se decide revisar en profundidad las actuaciones asistenciales que llevan a cabo los enfermeros en ambos servicios y, con ello y con la información obtenida a través de revistas, libros y bases de datos, desarrollar esta revisión bibliográfica. Además de confirmar la eficiencia y calidad tanto en la atención enfermera como en la psicológica y psiquiátrica. En algún caso se pudo comprobar, la reincidencia del paciente en el intento.

Hay que tener claro, que los pacientes que son reincidentes en este tipo de situación suelen acudir con más frecuencia a la ingesta abusiva de cualquier tipo de fármaco, así como lanzarse por un precipicio o vacío, ya que ambas vías son rápidas y de fácil acceso, por ello fueron las más reincidente durante el periodo de prácticas, incluso un enfermero del HGLP se suicidó durante el periodo de prácticas, triste noticia.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL: conocer la actuación enfermera en servicios de urgencias frente al perfil de los pacientes que llevan a cabo un intento autolítico y principales causas de este.

3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Identificar el conocimiento y la actuación de enfermería ante pacientes con intento suicida en el área de urgencias.
- Analizar el manejo general de los intentos de suicidio.
- Determinar cuáles son los protocolos específicos de actuación.
- Determinar el seguimiento de los protocolos específicos de actuación.

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPOLOGÍA DE ESTUDIO: el trabajo que nos compete es una revisión bibliográfica exhaustiva de artículos variados, que fueron encontrados buscando las palabras clave e introduciendo las mismas en bases de datos, Google académico, así como páginas web de revistas relevantes en dicho temario. Los artículos utilizados son aquellos que cumplen con los criterios de inclusión seleccionados. Se seleccionaron artículos en inglés y en español para un barrido y lectura inicial sobre el tema y a posteriori se clasificaron los de preferencia según contenidos.

4.2. PALABRAS CLAVE: suicidio, intervención enfermera, autolisis y pacientes, así como también se buscaron guías y protocolos de actuación en los casos de intentos de suicidio en urgencias.

4.3. POBLACIÓN: esta revisión necesitó de cualquier estudio relacionado con el suicidio en humanos, en el que se revelen datos relacionados con personas que han intentado esta técnica, así como el personal sanitario que asiste a dichas urgencias sanitarias.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: se contabilizaron todos aquellos estudios que estudiaban humanos y personas mayores de edad. También se tuvieron en cuenta aquellos estudios o artículos en los que se hiciera mención del suicidio o intento de este y dentro de estos, cualquier tipo de técnica o método llevado a cabo. Se utilizaron artículos con una anterioridad de 10 años, por la escasez de información fiable que existe en cuanto a este tema, salvo algún artículo introductorio y definitorio con mayor antigüedad.

4.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: artículos o referencias bibliográficas que no estuvieran relacionados con el tema que nos ocupa. También se rechazaron artículos anteriores al año 2011, por contener datos más antiguos y menos fiables. Se descartaron estudios basados en una población menor de edad, así como estudios en los que el motivo de ingreso del paciente no era el intento autolítico. Se desecharon los documentos encontrados sobre pacientes que no fueron atendidos en los SU.

4.6. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA: tras realizar la búsqueda bibliográfica, en SciELO, MedLine, Science Direct, Punto Q, Google Académico, revistas científicas digitales y demás páginas webs relacionadas con el tema, se han seleccionados los artículos bibliografiados al final de este documento, además de otros artículos y documentos para el conocimiento del tema. La mayoría de ellos corresponden con artículos de revistas científicas, así como estudios observacionales descriptivos, permitiéndonos así obtener datos objetivos para el desarrollo de esta revisión bibliográfica.

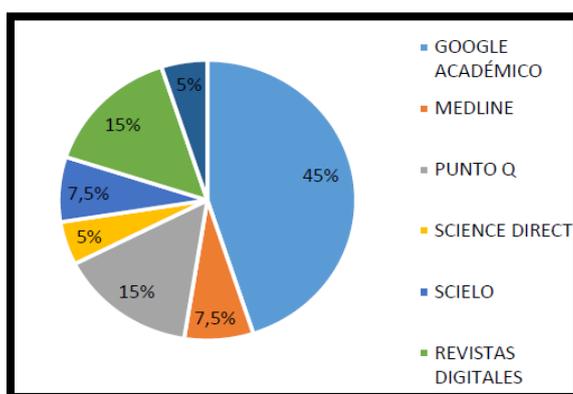


Gráfico 8. Búsquedas bibliográficas para desarrollar este trabajo.

A pesar de no estar todas las fuentes bibliografiadas, muchas han sido consultadas y leídas, para el conocimiento de la temática que compete.

5. RESULTADOS

En cuanto a los conocimientos enfermeros de los intentos autolíticos, se obtiene como resultado que la mayoría de los sanitarios de dicha rama, conocen e identifican los signos y síntomas de dichos pacientes cuando ingresan en el servicio de urgencias. También manifestaron ser conocedores

de las complicaciones, así como del tratamiento necesario en estos casos. Además, se conoció que quienes ingresaron por urgencias con un intento de suicidio, realizaron intentos previos en la mayor parte de los casos.¹⁷

En general, en España, se ha observado un descenso significativo en cuanto a varones en el transcurso de los años, frente al sexo femenino, que ha ido en aumento. También con el aumento de la edad, han aumentado en índice de casos recurrentes en estas prácticas de suicidio. En el caso del varón, el perfil del paciente suele ser joven adulto, que vive solo, desempleado, con frecuencia vive en medio urbano y con bajo nivel educativo. Además, coinciden en la práctica del suicidio mediante un método violento. Sin embargo, se conoce que las mujeres tienen más incidencia en IS que los hombres, pero estos últimos fallecen más por este motivo.

Sin embargo, se observó un claro aumento de suicidios en ambos sexos desde 2012 que se intensifica a partir de 2015, que podría ser justificado con un mejor registro de los datos existentes de muertes por suicidios, ya que se conoce que no eran registrados correctamente. En algunas comunidades autónomas, no existen cambios significativos en cuanto a los registros.

6. CONCLUSIONES

La creación de protocolos que sean utilizados en todos los servicios como guía de actuación para la toma de decisiones asistenciales sería fundamental, en cualquier Hospital, Ambulatorio o Centro de Salud y en el terreno extrahospitalario y de manera estandarizada, debiendo conocerlo todo el personal que intervenga en estos casos.¹⁷

Todo comportamiento suicida debe ser atendido según un protocolo, estandarizando la atención y priorizando la seguridad del paciente. Se debería hacer una evaluación completa psiquiátrica del paciente, después de la estabilización cardio-respiratoria si la precisara y demás pruebas o asistencias necesarias. Se considera que ambos servicios deben ir siempre coordinados y trabajar conjuntamente, porque es tan importante en este caso, estabilizar al paciente de las lesiones que presente, como tratarlo en su enfermedad

mental.¹²

El suicidio en el adulto mayor suele tener menor frecuencia de intentos de suicidio que en el adulto joven. También los adultos mayores o ancianos suelen usar métodos más mortales y por otro lado, aportan menos señales al especialista o a las personas del entorno de lo que están tramando; esto dificulta más su detección temprana.¹¹

Además de esto, durante el desarrollo de este trabajo, se ha evidenciado la falta de identificación precoz por parte de los servicios de AP, que con ellos se conseguiría minimizar los numerosos ingresos en urgencias por intento de suicidio. También se consideró la necesidad de protocolizar la actuación sanitaria tanto hospitalaria como extrahospitalaria frente a este tipo de casos clínicos, ya que en muchas ocasiones el personal no sabe cómo afrontar este tipo de pacientes y su entorno.¹⁴

A pesar de los avances conseguidos en dicha materia, se necesitan aún grandes logros y mayor eficacia en la prevención del suicidio. Se considera necesario, investigar mejor los factores y acentuar los protocolos de actuación a dichos pacientes, así como acentuar los seguimientos en atención primaria, así como en los servicios de psiquiatría. También se observó la necesidad de controlar de manera exhaustiva el tratamiento para la conducta autolítica.²

Como técnica preventiva se debería enseñar a los sanitarios en atención primaria para el control de este tipo de paciente, así como una correcta entrevista clínica y poder mejorar la detección y atención de manera gratificante. Si existe alto riesgo de ideación suicida, se recomienda siempre la interconsulta a salud mental.¹²

Por eso, todo comentario o manifestación de idea de suicidio debe considerarse como un riesgo máximo sanitario, así no existen factores de riesgo o antecedente evidentes inicialmente. Además, hay que tener presente que la mayoría de los suicidios son prevenibles, pero se necesitan medios y métodos para detectarlos y evitarlos, algo que, en la actualidad, en la mayoría de los casos, no se consigue.¹²

Por todo esto, me parece que tendríamos que replantearnos nuestras actitudes como sociedad, frente a aquel que está pasando por un mal momento y a su vez, contemplando ideas autolíticas, no solo como profesional, si no como persona.¹⁷

7. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS [Internet]. 2004 [consultado el 10 de enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
2. Goñi Sarriés A., Zandio Zorrilla M. El suicidio: un reto para la prevención. Anales Sis San Navarra [Internet]. Diciembre 2017 [consultado el 26 de enero de 2021]; Volumen 40 (3): 335-338. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272017000300335&lng=es&nrm=iso
3. Grande, M. M. "El papel de la predicción en la prevención del suicidio". Diálogos en neurociencia clínica [Internet]. 2018 [consultado el 6 de marzo de 2021] Volumen 20,3: 197-205. Disponible en: <https://www.ncbi-nlm-nih.gov/accedys2.bbt.ull.es/pmc/articles/PMC6296389/>
4. Domínguez Fernández N., Pintor Holguin E., González Murillo AP., Rubio Alonso M., Herreros Ruiz-Valdepeñas B. Perfil de los pacientes con intento de autolisis atendidos en un servicio de urgencias. Metas de Enferm jul/ago [Internet]. 2012 [consultado el 10 de marzo de 2021]; Volumen 15(6): 66-70. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metast/articulo/80338/>
5. Camacho-Markina I. y Santos-Diez, M.T. El reflejo de las recomendaciones de la OMS para la prevención del suicidio en la prensa española. Estudios sobre el Mensaje Periodístico [Internet]. 2020 [consultado el 25 de marzo de 2021]; Volumen 26 (3), 903-913. Disponible en: https://scholar.google.com/scholar?as_ylo=2017&q=suicidio+segun+la+oms&hl=es&as_sdt=0,5
6. The state of the Mental Health in the Europe. Commission of the European Communities. European Communities; 2004.
7. An oficial EU website [Internet]. Unión Europea: Comisión Europea; 1958 [enero de 2021; consultado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: [Mental health | Salud pública \(europa.eu\)](https://www.europa.eu/mental-health)
8. Bobes García J., Giner Ubago J. y Saiz Ruiz J. Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida. Editors. Madrid: Triacastela; 2011.
9. Blanco, C. El suicidio en España. Respuesta institucional y social. Rev. Cien. Soc. [Internet]. 2020 [consultado 29 de abril de 2021], volumen 33 (número 46): 79-106. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0797-55382020000100079&script=sci_arttext
10. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; 1945 [enero de 2021; 3 de mayo de 2021]. Disponible en:

- https://www.ine.es/dynqs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
11. Ribot Reyes V. C., Alfonso Romero M., Ramos Arteaga M. E., González Castillo A. Suicidio en el adulto mayor. Rev haban cienc méd [Internet]. 2012 [consultado el 30 de marzo de 2021]; 11 (Suppl 5): 699-708. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500017&lng=es
 12. Tizón, J. L. Aspectos clínicos del paciente con riesgo de suicidio: ¿ atender como “enfermedad” o como comunicación? ScienceDirect - FMC [Internet]. 2016 [consultado el 10 de mayo de 2021] Volumen 23(2): 61-76. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jorge-Tizon/publication/296620362_Aspectos_clinicos_del_paciente_con_riesgo_o_de_suicidio_atender_como_enfermedad_o_como_comunicacion/links/5b917d8d299bf147391f8efb/Aspectos-clinicos-del-paciente-con-riesgo-de-suicidio-atender-como-enfermedad-o-como-comunicacion.pdf
 13. Heras Calvo, F. J. Prevención del suicidio. [Internet] Universidad Complutense de Madrid. 2015. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/51868/1/5301479570.pdf>
 14. Gómez-Restrepo, C. Intento de suicidio y suicidio. Rev Colomb psiquia [Internet]. 2013 [consultado el 10 de mayo de 2021]; Volumen 42(1): 1-2. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80638951001.pdf>
 15. Esteve Ávila M.M., Mateo Cienfuegos S., Caballero Fernández M. Atención de enfermería ante el riesgo autolítico en UHB puerta de hierro Majadahonda. [Internet]. Majadahonda: Codem; [2011; consultado el 10 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/49BE9C67-100D-4116-A9B6-4772912CE947/73874ee0-b85e-4f11-bd92-0862629cf4f7/73874ee0-b85e-4f11-bd92-0862629cf4f7.pdf>
 16. Bonilla, A. R. Intervención en crisis en las conductas suicidas. [Internet] Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer; 2013. [consultado el 18 de mayo de 2021]. Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54520536/Conductas_Suicidas.pdf?1506254123=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DConductas_Suicidas.pdf&Expires=1622759246&Signature=Vozcpmv6LSZla84bW0HNSfZoiIAZcCPSDEQIGGaskIKRLMyuXD8xXqghwoo-aWVswZMYZFsbicl~fAPXSKd7sEDnZECA0YdW-DAhZZlpDyiodnqhze7m~Ksd7F3Se7IX3jYMeJ7SwF~tOfnvwyun~Jit62xLZ0wvt4J988UNvUr5qgc0PwJfhN~ysAb82WRSBH7M008RxlITfD-uDEtB0qtnetWRT8D0OinwJLUJe57ysTalaKztt2PZvb8qvzD460xIKv-kB3GCNsL34BGRiDRsujDuNrwhOk5OUy0II5MU2iB6ENd6Lfgz1kPS2CZxE04ISdgm8pm4bPm2oA_&Key-PairId=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

17. Mendoza, M. Suicidio. Psicología y Psicopedagogía. [Internet]. Salvador; 14 de diciembre de 2016. [Consultado el 21 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://racimo.usal.edu.ar/4584/1/1253-4527-1-PB.pdf>
18. Ruíz-Perez I., Orly de Labry-Lima. El suicidio en la España de hoy, Gaceta sanitaria [Internet]. 2006 [Consultado el 25 de mayo de 2021]; Volumen 20(1): 25-31. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911106715631>

8. ANEXOS

ANEXO 8.1. Trabajos consultados como guía.

Los siguientes trabajos fueron consultados como orientación frente al tema de desarrollo y también por el formato estructural de revisión bibliográfica.

	AUTOR	TITULO	AÑO PUBLICACIÓN	UNIVERSIDAD
1	María Corporales Terrado Sebastián	Intento de autolisis por intoxicación. Actuación enfermera.	2014	Universidad de Lleida
2	Cristina Ávila Expósito	Perfil descriptivo del usuario con patología dual en los recursos de la ciudad de La Laguna.	2020	Universidad de La Laguna
3	Torahy Hernández Jorge	Manejo de víctimas de casi ahogamiento e hipotermia asociada. Revisión bibliográfica.	2018	Universidad de La Laguna
4	Luis Miguel Arroyo Ruíz y José Miguel Barea Domiguez	Perfil del paciente con intento autolítico y actuación de enfermería en los servicios de urgencias. Revisión bibliográfica.		