

**INTENTO DE AUTOLISIS POR INTOXICACIÓN EN LOS JÓVENES
CANARIOS: SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS**

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2021-2022

Alumno: Sergio Arencibia García

Tutor: Alfonso Miguel García Hernández

2022

Resumen

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental se define como el estado de bienestar de un individuo, en el cual es capaz de afrontar los obstáculos de la vida diaria, trabajar de manera eficaz y contribuir a su comunidad.

El presente estudio se ha realizado en el Complejo Universitario de Canarias (CHUC) en Tenerife, Canarias. Concretamente desde noviembre del 2021 a diciembre del 2021. Este estudio pretende identificar la frecuencia de pacientes ingresados con diagnóstico de intento suicida por intoxicación medicamentosa, así como determinar los factores determinantes de esta situación, y que método se ha usado.

La relevancia de este estudio viene dada por el alto número de pacientes jóvenes con problemas psiquiátricos y con intento de autolisis que recibe el servicio de Urgencias del CHUC, que hace indispensable un protocolo para este tipo de casos.

Para finalizar, es claramente visible que estamos ante un gran problema de Salud Pública, cuyo auge ha incrementado, y mucho, a partir del COVID-19. Resultando necesario emplear medidas de acción, para disminuir el intento de suicidio en la población joven y por lo tanto la mortalidad, de este sector poblacional.

Palabras clave: *Intoxicación medicamentosa, Intento Autolítico, Jóvenes, Procedimientos de Enfermería.*

Abstrat

According to the World Health Organization (WHO), mental health is defined as the state of well-being of an individual. State in which he is able to face obstacles of daily life, work effectively and contribute to his community.

The present study was carried out at the Complejo Universitario de Canarias (CHUC) in Tenerife, Canary Islands. Specifically from November 2021 to December 2021. This study aims to identify the frequency of patients admitted with a diagnosis of suicide attempt, due to drug poisoning. As well as the determining factors to find patients in that situation and what method has been used.

The relevance of this study is given by the high number of young patients with psychiatric problems and with attempted autolysis who receive the CHUC Emergency Service. Which makes a protocol essential for this type of cases.

Finally, it is clearly visible that we are facing a great Public Health problem. Whose increase has increased, and a lot, from COVID-19. It is necessary to use action measures to reduce the suicide attempt in the young population and therefore the mortality, of this population sector.

Keywords: *Drug intoxication, Autolytic attempt, Youth, Nursing Procedures.*

Índice

- Introducción 5
- Marco teórico 6,7,8
- Epidemiología 8,9
 - Factores que influyen en la conducta suicida 9,10,11,12,13,14
- Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias 15,16,17
- Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el servicio de Urgencias 17,18,19
- Objetivos 20
- Material y método 20,21,22
- Resultados 23,24,25
- Conclusiones y discusión sobre el estudio realizado 26,27
- Últimos avances en el servicio de Urgencias del CHUC 27,28
- Referencias bibliográficas 29,30

Introducción

Tratar el tema del suicidio es complicado por el hecho de que intervienen muchos factores, los cuales serán descritos más adelante. También debemos tener en cuenta lo fácil que es caer en estereotipos sobre el suicidio, e ideas erróneas inculcadas en la sociedad desde hace mucho tiempo, también existen mitos y argumentos los cuales son de poca ayuda para la persona o familiar afectada.

Según los últimos datos de este año, en el mundo, el suicidio esté entre las quince primeras causas de muerte. En España, en este último año registrado, tenemos que hay un total de 3.941. Es mayor el número de suicidios en varones que en mujeres, con un promedio de 2,65 por cada 100.000 habitantes, en población joven entre 15-19 años. Canarias ostenta el mayor porcentaje de suicidios a nivel estatal, según el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.), teniendo un total de 208 muertes por suicidio, un 1,28%, sacando bastante porcentaje al segundo puesto, que lo precede, que son las Islas Baleares. ⁽¹⁾

Debido al gran aumento de las intoxicaciones medicamentosas voluntarias (IMV), con intento autolítico (IA), es necesaria la creación de un protocolo de actuación para los servicios de urgencias. Más aun, este último año en concreto con la aparición de la pandemia del COVID-19, donde cada vez es mayor la aparición de este tipo de pacientes, y es necesario una guía de actuación común.

Mientras se ha realizado el estudio, se ha evidenciado la falta de intervención para la identificación precoz en los servicios de atención primaria. Lo cual minimizaría los ingresos en el servicio de urgencias. Si hubiera un mejor trato a nivel primario, se disminuiría bastante el final de intento de autolisis y apariciones en el servicio de urgencias. También se denota una deficiencia de protocolos en la actuación para dichos casos, que ayuden a desarrollar estrategias y tratamientos, para actuar sobre estos pacientes y su entorno.

Antes de poner en marcha el estudio, se realizó una búsqueda bibliográfica para entender más el problema a nivel general y después, más específicamente, relativo a la autolisis. Las bases de datos consultadas han sido, Medline y Google Académico.

Marco teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1969, definió suicidio como *“todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil”*.⁽²⁾

Hoy en día, se considera que el suicidio se mueve a lo largo de una “línea” la cual va variando de naturaleza y gravedad, que va desde lo que sería la ideación, es decir, pensar en la muerte como el descanso o la solución para unas circunstancias que la persona en sí está pasando, hasta la gradación conductual creciente, lo que sería ya amenazas, gestos o tentativas que la persona realice.

Conceptualizar la conducta suicida es muy complejo y muchos términos que se usan resultan poco prácticos tanto para la investigación, como para la práctica clínica en sí misma. Por lo que, con el tiempo, se han hecho definiciones más precisas que intentan concretar diferentes aspectos.

Las diferentes terminologías utilizadas para referirse a fenómenos suicidas, son numerosas y pueden clasificarse de varias formas, refiriéndose a los actos, los gestos o aspectos psicológicos del individuo, al potencial, etc.

Tenemos estas definiciones para unificar los criterios:

- Ideación suicida: pensamiento sobre el suicidio, lo que serían las confesiones.
- Comunicación suicida: acto en el que la persona transmite pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con su propia vida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación y la conducta suicidas en sí.

Existe dentro de la comunicación suicida dos tipos:

- Amenaza suicida: acto interpersonal, verbal o no verbal que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
- Plan suicida: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

Conducta suicida: conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:

- a. La persona intenta utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
- b. La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

La conducta suicida en sí puede o no provocar lesiones, provocarlas en diferentes niveles de gravedad, o por último, que esas lesiones causen la muerte de la persona .⁽³⁾

- Autolesión/gesto suicida: conducta potencialmente lesiva, auto infligida para la que existe una evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene intención de morir. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad, generalmente las conocidas como “las llamadas de atención” de manera errónea debido que, aunque la persona no desee la muerte, las lesiones que se puede autoinfligir pueden ser graves e incluso producir la muerte, lo que se denominaría *muerte autoinfligida no intencionada*.
- Conducta suicida no determinada: conducta con grado determinado de intencionalidad suicida, que puede resultar sin lesiones, con lesiones, o causar la muerte. El termino sería en este caso, *muerte auto infligida con grado indeterminado de intencionalidad*.
- Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que se existe evidencia, implícita o explícita, de la intencionalidad de provocarse la muerte.
- Suicidio: muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de auto provocarse la muerte

Tabla 1. Revisión de la nomenclatura de O ‘Carroll et al., propuesta por Silverman et al.

Fuente: Silverman et al. 2007

Ideación suicida	<ul style="list-style-type: none"> a. Sin intencionalidad suicida b. Con grado indeterminado de intencionalidad c. Con alguna intencionalidad suicida 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Casual 2. Transitoria 3. Pasiva 4. Activa 5. Persistente
Comunicación suicida*	<ul style="list-style-type: none"> a. Sin intencionalidad suicida: <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo I) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo I) b. Con grado indeterminado de intencionalidad <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo II) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo II) c. Con alguna intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo III) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo III) 	
Conducta suicida*	<ul style="list-style-type: none"> a. Sin intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) 2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada) b. Con grado indeterminado de intencionalidad <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I) 2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada) c. Con alguna intencionalidad suicida <ul style="list-style-type: none"> 1. Sin lesiones (Intento de suicidio, Tipo I) 2. Con lesiones (Intento de suicidio, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Suicidio consumado) 	

Epidemiología

Los intentos de suicidio como hemos comentado son un grave problema de salud pública por sus factores tanto de frecuencias como morbimortalidad. Según los últimos datos de la OMS, las tasas de suicidio a nivel mundial por cada 100.000 personas, tienen una tasa bruta de 10,6, siendo este valor posiblemente aumentado tras la pandemia del COVID-19, en el cual según los estudios, el pasado 2020 ha sido el año con más suicidio en la historia de España desde 1906, con 11 suicidios diarios⁽⁴⁾.

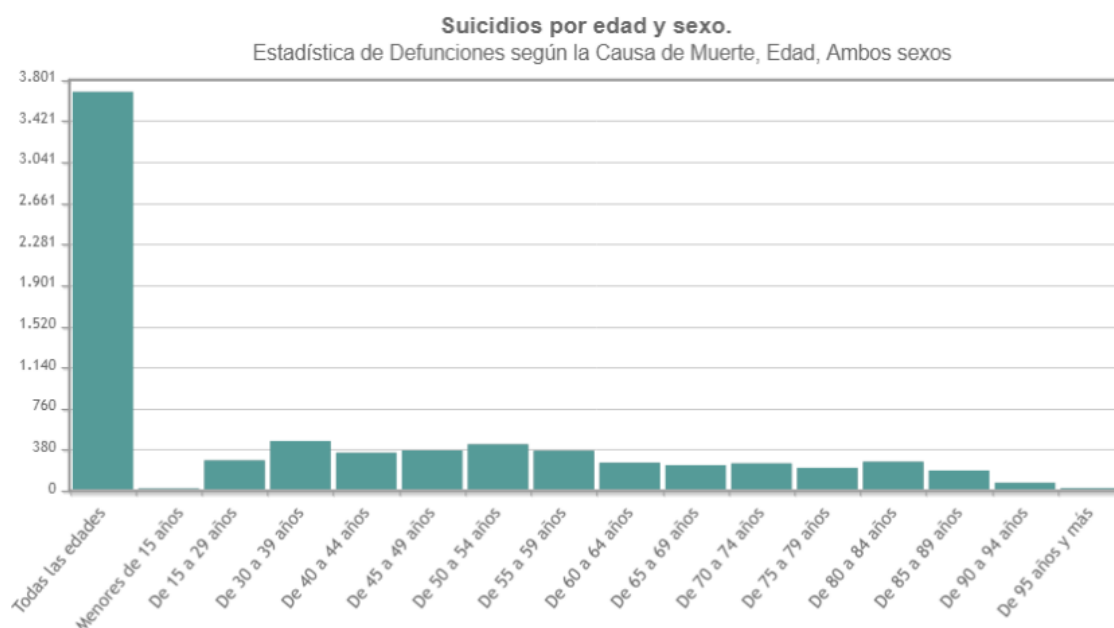
A nivel de repercusión, el entorno de la persona que se suicida también se ve muy afectado tanto a nivel emocional, como social.

Hay diversos estudios que asocian el suicidio a unos factores de riesgo como pueden ser:

- Estar con relaciones tóxicas.
- Las pérdidas que haya tenido la persona a nivel personal.
- Abandono en la infancia o diferentes tipos de traumas a tempranas edades.
- Historia previa de suicidios en la familia.
- Vivir situaciones vitales con un alto nivel de estrés.

Otro problema asociado es el hecho de la alta disponibilidad de productos químicos-farmacológicos para este tipo de conductas, y su gran uso de manera inadecuada, que hace que los suicidios por intoxicación medicamentosa voluntaria se disparen, siendo estos los mayoritariamente diagnosticados en los servicios de urgencias.

Gráfica 1. Estadística de muertes por suicidios en relación con las edades y ambos sexos. Fuente: Instituto Nacional de Estadística



Factores que intervienen en las conductas suicidas

Es de gran importancia saber y tener bien identificados cuáles son los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de suicidio debido a que esto nos será de gran utilidad en la ayuda a la prevención de dicho acto y a un plan de actuación adecuado.

Factores sociodemográficos

- Región o país: Las tasas más altas de suicidio a nivel mundial según los últimos registros se encuentran en Groenlandia y Rusia (con 138 y 34,3 por cada 100.000 habitantes respectivamente). Por otro lado, los países con la tasa más baja son Siria e Egipto (con 0,1 por cada 100.000 habitantes ambas teniendo el mismo promedio) ⁽⁵⁾.
- Género: La proporción de suicidios entre hombre y mujeres es de 4:1 en los países occidentales, mientras que en el resto del mundo es entre 3:1 y 7,5:1. Los únicos países donde realmente no se ve una clara diferencia entre los hombres y las mujeres es en India y China siendo 1,3:1 en la India y 0,9:1 en China.
- Edad: En este punto ha habido un ligero cambio, dado que hace unos años la tasa de suicidio era más marcada en personas de edad avanzada, siendo los mayores porcentajes personas que superaban 45 años. Pero estos últimos años y como puede ver en la gráfica del INE, podemos apreciar que la tasa mayor se sitúa ahora en la media de 30 a 39.
- Raza: Hay menores tasas de suicidios entre los hispanos y afroamericanos que entre los europeos en general.
- Religión: Es un factor el cual puede servir como protector, debido a que es mayor el número de suicidios entre gente atea que creyentes, siendo las religiones budistas, cristianos, hinduistas y musulmanes los que menos índice de suicidio tienen.
- Desempleo: Son numerosos los estudios que relacionan el desempleo y la incertidumbre a nivel personal, social y económica, con el aumento de suicidios.

Factores de riesgo psicológico

Los factores psicológicos que tienen relación o están asociadas a las conductas suicidas son:

- La impulsividad.
- El pensamiento dicotómico, es decir una persona que no entiende un punto medio, todo es bueno o malo, es todo o nada.
- Rigidez cognitiva.
- Desesperanza.
- Dificultad en la resolución de problemas tanto a nivel personal como social.
- Perfeccionismo ⁽⁶⁾.

Factores de riesgo sociofamiliares y ambientales

Diversos factores sociofamiliares, como el hecho de estar separado o sin pareja, pérdidas personales, traumas infantiles y demás factores tienen un aumento en la posibilidad de suicidio de la persona.

- Historia familiar del suicidio: Si una persona tiene en sus antecedentes familiares, alguna persona que se haya suicidado, o intentando, aumentan el riesgo de que dicha persona pueda tener la conducta. Sobre todo en el género femenino si ese suicidio consumado o intento, ha sido en un familiar de primer grado.
- Eventos vitales estresantes: Pérdidas personales a nivel de separación o divorcios. Pérdidas a nivel financiero, como perder una gran cantidad de dinero o perder un trabajo. Acontecimientos negativos como conflictos a nivel social o problemas interpersonales de difícil resolución para la persona.
- Apoyo sociofamiliar: Como se ha comentado, la conducta suicida es más frecuentes entre individuos solteros, divorciados que viven solos, o necesitan algún tipo de apoyo social.

Tabla 2. Clasificación de factores de riesgos modificables e inmodificables. Fuente: El paciente suicida en el Hospital General ⁽⁷⁾

FACTORES DE RIESGO

Tabla 2. Clasificación de factores de riesgo suicida en modificables e inmodificables

Modificables	Inmodificables
<ul style="list-style-type: none">- Trastorno afectivo- Esquizofrenia- Trastorno de ansiedad- Abuso de sustancias- Trastorno de personalidad- Otros trastornos mentales- Salud física- Dimensiones psicológicas	<ul style="list-style-type: none">- Heredabilidad- Sexo- Edad:<ul style="list-style-type: none">• Adolescentes y adultos jóvenes• Edad geriátrica- Estado civil- Situación laboral y económica- Creencias religiosas- Apoyo social- Conducta suicida previa

Fuente: elaboración propia a partir de Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida

Factores de riesgo individuales

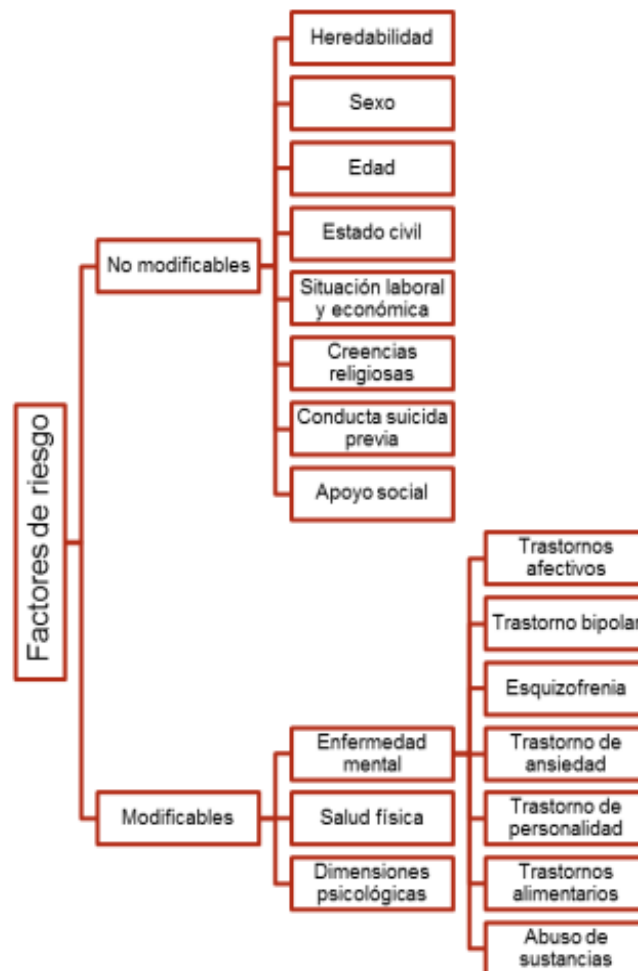
- Depresión mayor: Es el trastorno más comúnmente asociado a la conducta suicida. Es un factor que puede aparecer en cualquier rango de edad, incluso siendo más común en la población joven actualmente (es la cuarta causa de muerte en el rango de 15 a 29 años). Según los últimos datos, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión y esta condición en el peor de los casos puede acabar en suicidio.⁽⁸⁾
- Trastorno bipolar: Los pacientes que tienen esta condición, suelen tender a tener conductas suicidas, entre un 25-50% de este tipo de pacientes.
- Trastornos psicóticos: Pacientes diagnosticados de esquizofrenia por ejemplo presentan un mayor riesgo de suicidios. En este tipo de pacientes el riesgo de suicidio es 30-40 veces mayor, y según los últimos estudios, se estima que entre un 25-50% de la población diagnosticada de esquizofrenia, hará un intento de suicidio a lo largo de su vida ⁽⁹⁾.

- Trastorno de ansiedad: Siendo uno de los trastornos más habituales hoy en día, pueden asociarse a ideas de suicidio o suicidio consumado. No está demostrado aun así, que los trastornos de ansiedad representan factores de riesgo independiente o si se asocian otras comorbilidades, como la depresión, el abuso de sustancia y los trastornos de personalidad.
- Abuso de alcohol y otras sustancias: Ejerce un papel fundamental ya que uno de cada cuatro suicidas presenta abuso de alcohol u otras sustancias como la cocaína.
- Trastorno de personalidad: Los más asociados a este punto son el de trastorno de personalidad antisocial y el de límite de personalidad.
- Trastornos de conducta alimenticia: Siendo hoy en día un problema muy grave el cual carece de la visibilidad que debiera, la anorexia nerviosa presenta el mayor índice de suicidios sobre todo en las mujeres con adolescencia tardía ⁽¹⁰⁾.

Intentos previos al suicidio e ideación suicida

- Edad: Es un factor importante sobre todo en las edades tempranas y la juventud.
- Sexo: Los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayores intentos de suicidio. A nivel mundial, los hombres presentan métodos más letales que las mujeres.
- Enfermedad o discapacidad: El tener una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad y funcionalidad, la desfiguración entre otras formas de discapacidad o de enfermedades de mal pronóstico como por ejemplo en cáncer se relacionan con mayor riesgo de suicidio. El cáncer y el VIH son los más relacionados con el suicidio ⁽¹¹⁾.

Figura 1. Factores de riesgo en la conducta suicida. Fuente: Aspectos fundamentales del comportamiento suicida y su prevención ⁽¹²⁾



Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Especificando más en el servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, deberíamos empezar, antes de hablar de la infraestructura en sí del servicio. Destacar que el servicio es la puerta de entrada del paciente que llega, y es donde se va a tratar, de manera inmediata al paciente y se decidirá los pasos a seguir dentro del complejo.

Tanto el servicio como el personal que está en él tienen una labor de vital importancia ya que tiene que actuar y tomar decisiones muy rápidas y muchas veces, sus decisiones pueden tener consecuencias de todo tipo para el paciente.

El paciente que llega al servicio de urgencias llega en una situación que para él o ella, desde su perspectiva, es una urgencia y es algo que necesita una solución inmediata. Lógicamente muchas de estas situaciones clínicamente hablando no sean de tal envergadura, pero en otras ocasiones sí lo serán, con lo cual el paciente no ve como su pilar fundamental para salir de esta situación, lo cual es una gran responsabilidad.

En el caso de los pacientes que venga por ideación suicida o intoxicación medicamentosa como es el caso del estudio realizado, el personal tiene la gran responsabilidad no solo de actuar de manera inmediata, sino de hacer que esa persona reciba los cuidados a todos los niveles y asegurarnos que sea de la manera correcta, para evitar, la gran incidencia que hay hoy en día en el servicio de urgencias de pacientes psiquiátricos que entran y salen del servicio muchísimas veces al mes. Esto es un gran fallo que se debe solventar, por un lado, por el paciente y por otro por cuestiones de funcionalidad del servicio.

Tenemos que tener en cuenta que las zonas adscritas al CHUC dan un total de 384.091 personas las cuales tenemos que sumarles los 76.327 de La Palma los cuales también están adscritos, con lo cual, teniendo esta cantidad de pacientes, de los cuales un 21% son también población mayor o igual de 65 años, tenemos que tener en cuenta y ser consciente de la gran cantidad de personas que debemos asistir y de la gran cantidad de personas que pasan por el servicio de Urgencias, que como comenté antes, es su primer punto de contacto del hospital y donde se resuelve de manera inmediata el problema en cuestión o se gestiona, para derivarlo al servicio que corresponda.

Entrando más es la parte de infraestructura, cuenta con 9 observaciones las cuales cada una de ellas tiene un cometido, como por ejemplo en estos tiempos de COVID-19, la observación 3 van los pacientes que tienen COVID-19. La zona de triaje y REA, las cuales son el punto inicial del paciente cuando entra en urgencias y de ahí se

verá dónde se derivará dentro del servicio, zona de atención a pacientes urgentes (llamado pasillo), dos zonas de tránsito y dos módulos nuevos anexos los cuales son Tránsito F, que es el cuerpo M y el cuerpo D. Los cuales, básicamente se encargan de pacientes que tienen el alta hospitalaria, pero están dentro del complejo por problemas sociales o sociosanitario.

Además, consta de office, normalmente tiene un office por cada unidad en sí, cuartos de medicamentos, cuartos de limpieza, baños de personales y en algunas unidades como REA baños para pacientes, almacén, despacho de supervisoras y puestos de enfermería distribuidos en las unidades.

Se dividen en equipos con un coordinador por equipo el cual tiene turnos de 12 horas siendo el diurno de 8:00 a 20:00 y el nocturno de 20:00 a 8:00 saliente y dos días libres. Los cambios de turnos son realizados unos 15 minutos antes de la finalización en la que el turno saliente le comenta al turno entrante los pacientes que tiene la unidad y las especificidades de cada uno, con las aportaciones médicas correspondientes, novedades y demás datos sobre el paciente el cual sirva al turno entrante de ayuda, para empezar sabiendo que pacientes tendrán e información sobre ellos.

La zona de pasillo es la destinada a atender a aquellos pacientes que se encuentran estables y que requieren una valoración médica especializada o más detallada, o que están pendientes a alguna prueba para posterior, visita de algún especialista o que vayan a ser derivados a otra unidad. Tiene cuarto de medicación, office y baño tanto de personal como para pacientes, 10 cubículos en donde se harán las valoraciones correspondientes y en los cuales en uno se harán las curas y en otro hay un equipo de monitorización para pacientes que lo requieran.

La zona triaje y REA y es lo más cercano que tendrá el paciente a su llegada a Urgencias. Se realiza la primera valoración al paciente y a través de un sistema informático se derivará a la unidad dentro de Urgencias correspondientes con su nivel de prioridad correspondiente, siendo un nivel I muy urgente que requiere atención inmediata y un nivel IV puede esperar incluso 2 horas. Tiene su cuarto de medicación,

office y baño tanto para personal como para pacientes, y en los cubículos que tiene, uno siempre se dejará para paciente COVID-19 o sospecha de ello.

Las Observaciones tanto 1 como 2 cuentan con 10 camas, puesto de enfermería office y baño y cuarto de medicación, la diferencia es que en OBS 1 se atienden pacientes más delicados u críticos siendo las camas 9 y 10 usadas para pacientes de UVI y el la OBS 2 son pacientes más estables.

Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el servicio de Urgencias

Los últimos estudios destacan que las intoxicaciones medicamentosas con intento autolítico son un grave problema para el siglo XXI y del futuro.

Los servicios de urgencias de los hospitales suelen ser los lugares donde mayoritariamente acogen a este tipo de paciente y en este sentido, existe una clara evidencia que no siempre se realiza con control y una clasificación correcta de este tipo de pacientes, por este motivo, sería necesaria una intervención urgente para la identificación precoz en los servicios de atención primaria realizando así una prevención mayor.

Para los servicios de urgencias supone un gran desafío participar en la integración de estos pacientes en un proceso terapéutico, favoreciendo los procedimientos de vigilancia, cribado, tratamiento y derivación de aquellos pacientes con un alto riesgo de suicidio y tratar de involucrarlos en programas de prevención y de manejo ambulatorio. Para que todo esto sea posible y más fácil es totalmente necesaria una estrecha relación entre los servicios de urgencias y los de salud mental.

Cuando un paciente con intoxicación medicamentosa con ideación autolítica llega al servicio de urgencias los pasos a seguir serán, mantener las constantes vitales, impedir que prosiga la absorción del tóxico, favorecer su eliminación, administrar los antídotos adecuados y evitar una nueva exposición. Por estos mismos procedimientos, cualquier

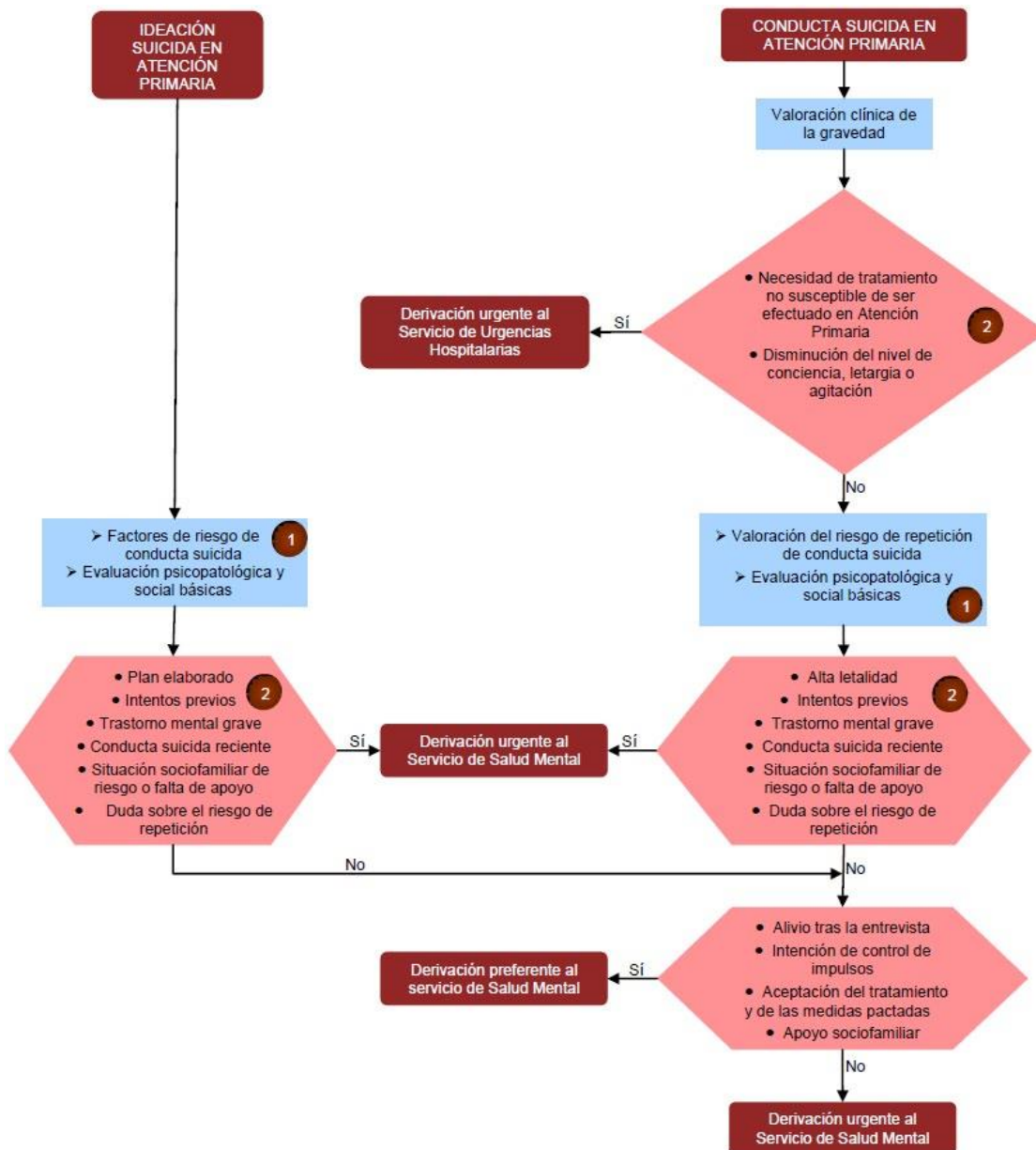
información que nos puede dar cualquier testigo es de vital importancia para poder actuar de la manera más eficiente y correcta.

Una vez que la situación del paciente no es crítica y está estable, deberemos realizar una historia clínica lo más completa posible incluyendo ⁽¹³⁾:

- Anamnesis: El cual siempre se le realizará al propio paciente y en caso de que este se encuentre inconsciente, se le realizará a algún familiar o testigo. A veces pasa que la información no es del todo fiable por factores como el desconocimiento, o la mentira deliberada por el paciente o familiar.
- Exploración física: La deberemos realizar de manera completa, teniendo en cuenta:
 - Signos vitales como la tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, temperatura y la saturación de oxígeno.
 - Nivel de conciencia, lo cual debemos hacer nada más llegar al servicio y durante la estancia del paciente en este.
 - Exploración neurológica detallada.
- Exploraciones complementarias: Hemograma, glucemia, creatinina, urea, iones, estudios de coagulación, tóxicos en orina y pruebas de imagen.
- Medidas terapéuticas y estabilización del paciente.
- Tratamiento psiquiátrico: Todo intento de suicidio que venga al servicio deberá ser valorado y tratado por un psiquiatra, por lo tanto, si no precisan ingresar deberán ser visto por el psiquiatra previamente al alta y si requieren de ingreso deberán tomarse medidas de seguridad para que el paciente mantenga ese ingreso y se deberá de informar al psiquiatra para que evalúe el caso.

Figura 2. Algoritmo de conducta suicida desde la atención primaria hasta Urgencias hospitalarias. Fuente: Guía práctica de prevención y tratamiento de la conducta suicida

(14)



Objetivos

Objetivos generales:

- Valorar la prevalencia de intentos de suicidio por intoxicación medicamentosa en el servicio de urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) durante los meses de septiembre a diciembre de 2021.

Objetivos específicos

- Identificar los factores sociales, psicológicos y económicos que determinaron los intentos de suicidio.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen ideación autolítica.

Material y método

Diseño

Se ha realizado un estudio de carácter retrospectivo, durante los meses de septiembre a diciembre de 2021, en el servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Datos de inclusión

- ✓ Artículos o documentos publicados desde el año 2010 hasta el día de hoy.
- ✓ Artículos publicados en español, dado que nos centramos en Canarias y los artículos en inglés son más a nivel nacional o europeo.
- ✓ Cualquier artículo que tuviera algún criterio de exclusión.

Datos de exclusión

- Los artículos que solo traten estudios de intentos autolíticos.
- Los anteriores al año 2010.

Una vez realizada toda la búsqueda bibliográfica entiendo de la mayor medida toda la temática de intentos autolíticos por intoxicaciones medicamentosas y teniendo en cuenta el estudio realizado en los meses de noviembre a diciembre, se entiende la necesidad de crear un protocolo de actuación para el servicio de Urgencias y tener todos los profesionales una guía conjunta para así entender y actuar de una manera más eficiente ante este tipo de pacientes a su llegada e ingreso.

Población de estudio

Los pacientes de estudio fueron los pacientes ingresados en el servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, cuyo diagnóstico fuera intoxicación medicamentosa con intento autolítico. Después de revisar las 48 historias, la muestra definitiva fue de 22, ya que los restantes fueron descartados por diferentes motivos tales como ahorcamientos, precipitados entre otros.

Con la muestra se aplicó los criterios de inclusión siguientes:

- Edad: 18 a 35
- Diagnóstico de ingreso: Intento suicida, intoxicación medicamentosa voluntaria.

Lugar de estudio

El estudio se llevo a cabo en el servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, el cual tiene una población de acogida según los últimos datos actualizados de 384.091.

El servicio tiene una media de visitas diarias de 189 pacientes, con unas 84.886 altas anuales y un tiempo medio de espera de 5 horas ⁽¹⁵⁾.

Descripción de variables

Las variables utilizadas fueron:

- Sociodemográficas:
 - ✓ Edad: intervalo de 18 a 22 y de 23 a 35.
 - ✓ Fechad de nacimiento por meses.

- ✓ Sexo, se incluyen tanto hombres como mujeres.
- ✓ Estado civil: soltero, casado, en pareja, divorciado o separado.
- ✓ Ocupación: estudiante, ama de casas, empleado o desempleado.
- Dependientes:
 - ✓ Método para el intento del suicidio y fármacos usados (benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, AINES)
 - ✓ Hora del intento: matutino, vespertino o nocturno.
 - ✓ Uso de alcohol y/o drogas: si o no.

Plan de trabajo

En primer lugar, para la realización del estudio se pidió permiso a la coordinadora tanto del servicio de Urgencias como al coordinador del equipo donde me encontraba realizando el estudio.

Una vez dado el permiso se debió tener en cuenta que los profesionales médicos que contemplan la historia del paciente no están obligados a codificar los Intentos Autolíticos como tal, por esta razón muchas historias se pierden o no son válidas para el estudio.

Al tratarse de un estudio observacional, no se realizó ninguna intervención directa sobre las personas ni se alteró el proceso asistencial, por lo que no fue necesario el consentimiento informado a las personas implicadas, dado que los datos recogidos fueron estrictamente los necesarios para el estudio y fueron tratados todos de manera anónima.

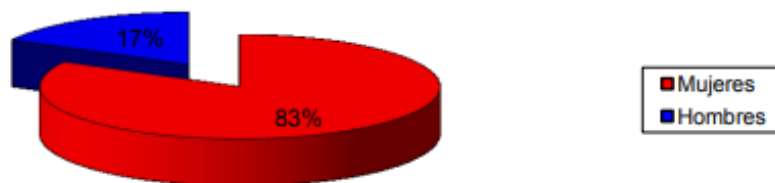
El acceso a la historia clínica del paciente se realizó exclusivamente con fines de investigación y garantizando en todo momento la confidencialidad. En ningún caso se recogió ningún dato del paciente que sirviera para ser identificados al margen de los fines propios de la investigación.

Para realizar el análisis estadístico, se uso el programa *SPSS Statistics* y posteriormente se esquematizaron los resultados por medio de unas gráficas y tablas para explicar de manera exacta y más visual los resultados obtenidos.

Resultados

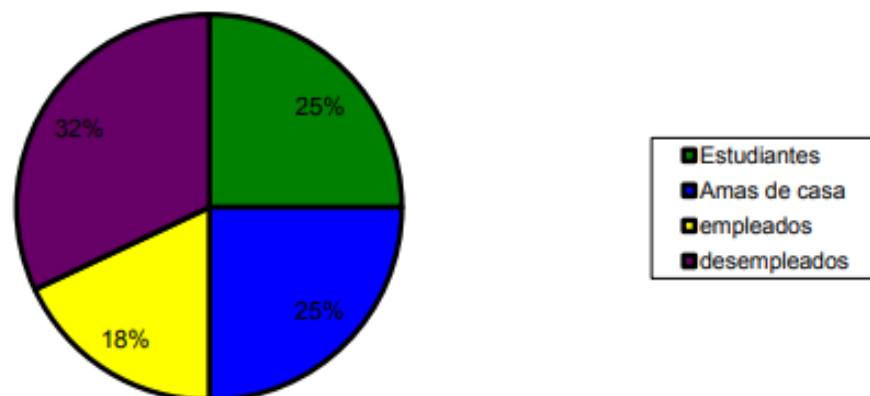
Con respecto al género, se describe que el 82% fueron mujeres y 17% hombres.

Gráfica 1.



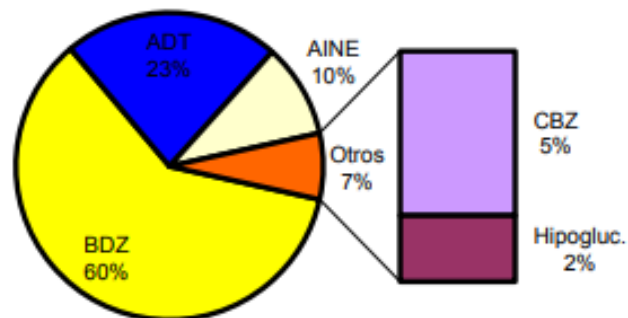
Con respecto a la ocupación de los pacientes, en el gráfico dos se describe que el 25% son estudiantes y amas de casa respectivamente, unos 32% desempleados y un 18% actualmente tiene un trabajo.

Gráfica 2.



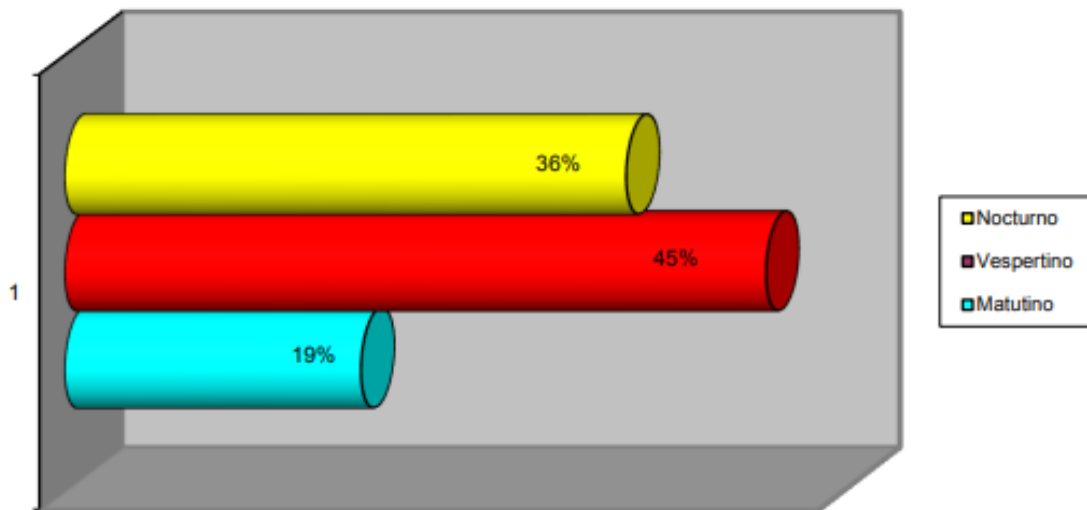
En lo referente a los tóxicos usados, el 61% fue por benzodiacepinas, un 23% por antidepresivos tricíclicos, el 10% por AINES, el 5% por anticonvulsivantes y finalmente, el 2% por hipoglucemiantes.

Grafica 3.



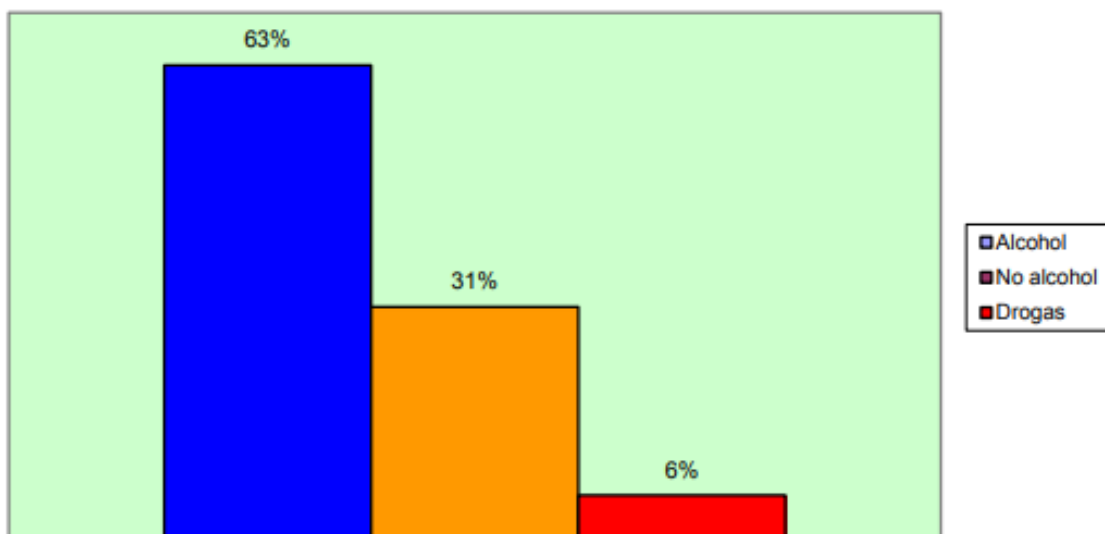
En relación con la hora del día del intento de suicidio, las horas vespertinas fueron un 45%, las horas nocturnas un 36% y las horas matutinas fueron un 19%

Gráfica 4.



En el momento del intento de suicidio el 31% refieren no estar bajo la influencia del alcohol, mientras que el 63% refiere haber consumido bebidas etílicas y el 6% drogas ilegales.

Gráfico 5.



Limitaciones del estudio

Algunas limitaciones del presente estudio son que de las variables contempladas al iniciar el estudio no se han podido tener en cuenta ya que no estaban registradas en la historia clínica del paciente en sí. En base a los resultados creemos que variarían si ampliáramos más el periodo de estudio.

Otra limitación importante fue tener que considerar la confidencialidad y el secreto profesional, en relación con el suicidio, lo cual dificulta el acceso a las historias clínicas de las personas atendidas. Ya que el suicidio es un problema de salud pública importante, cuya epidemiología es difícil de estudiar, dado que muchos casos no llegan a identificarse o diagnosticarse adecuadamente.

Conclusiones – Discusión sobre el estudio realizado

El acto suicida y el intento de suicidio es un problema de salud pública, muy grave y que va cada año en aumento, anualmente se suicidan cerca de 700.000 personas, siendo la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años ⁽¹⁶⁾.

Según los resultados del estudio realizado podemos decir que el número de mujeres es mayor que el de los hombres, con un 82% sobre el 17% de los hombres sobre la muestra.

El mayor porcentaje son personas desempleados, observándose que por la situación del COVID-19, ha aumentado este factor en la sociedad, y muchas personas se ven desamparadas, entrando en depresiones las cuales, en algunos casos, acaba en tentativa de suicidio o en el suicidio en sí.

Cabe destacar a mi parecer, el gran porcentaje de personas que han intentado realizar el acto del suicidio tomando benzodiacepina, un 60% sobre la muestra. Este alto nivel de uso de este tipo de medicación, es en gran parte, por la gran facilidad que tienen las personas hoy en día, de acceder a este tipo de medicación, con una simple visita a su centro de salud diciendo que tienen, por ejemplo, ansiedad, se les receta sin más control ni valoración, lo cual deriva, en muchos casos, que sea la vía usada para el intento de suicidio. Desde mi punto de vista, debería de haber un control más exhaustivo de este tipo de medicación, y que sea un facultativo cualificado el que recete o no, dado que si no, puede haber un descontrol de este tipo de fármacos, que muchas veces pueden ser usados para fines diferentes para los cuales han sido diseñados.

También cabe destacar el hecho que una gran parte de los pacientes, acompañan el intento de suicidio con alcohol, un 63% para ser exacto en el estudio, lo cual se ha generalizado, como forma de evadirse sobre todo en la población joven. En otros muchos casos, como manera de aumentar los fármacos como las benzodiacepinas.

Para poder realizar más estudios de este tipo debería de existir un registro de los pacientes de intento autolítico e intoxicación medicamentosa en los Servicio de Urgencias de los hospitales. De esta manera, bajo mi punto de vista, se llevaría mejor control y los datos obtenidos serían más verídicos en cuanto las cifras sobre este tema.

Tratar estos temas de manera precoz, así como adoptar medidas oportunas para que el paciente no pase de la ideación suicida a el acto en sí, se ha comprobado que siempre será la mejor medida de prevención.

Para terminar, considero que debería, la sociedad en general y más aun, después de la pandemia, que todo se ha acentuado más, ver que los problemas de salud mentales no son menos que cualquier otro problema de salud. Deberíamos dar visibilidad e importancia a este tipo de patologías, pues estadísticamente cada año más personas fallecen por problemas a nivel psicológico, y a nivel social.

Últimos avances en el Servicio de Urgencias del CHUC

Durante la realización de este trabajo de fin de grado, en servicio de psiquiatría junto al servicio de urgencias, dado el aumento de casos, ha publicado un protocolo el cual requiere implementación lo más rápida posible, que como adjunto en la imagen a continuación, establece que deberá haber en el servicio disponible un psiquiatra más, un psicólogo clínico y, por parte del servicio de urgencias, un médico y enfermero. Estos facultativos deberán estar disponible en todos momentos para este tipo de pacientes, dando así mayor cobertura, efectividad y disminuyendo que muchos pacientes de este tipo, dados de alta vuelva al cabo de poco tiempo.

A nivel personal considero que esto es un gran avance y muy buenas noticias para todas las personas que puedan llegar a sufrir este tipo de situaciones y a sus familiares y allegados.

Anexo I. Documento de la Dirección General de Programas asistenciales. Elaborado el día 21 de marzo del 2022

DE: DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS ASISTENCIALES
Servicio de Salud Mental
A: DIRECCIÓN GERENCIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS
Servicio de Psiquiatría
Servicio de Urgencias hospitalario
n/ref.: NGB/fjaa/pbh

Asunto: Conformación de grupo de trabajo - Protocolo Urgencias conductas suicidas

El suicidio es un grave problema de salud pública en el mundo, en España y en Canarias en particular. El *Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias* (Servicio Canario de la Salud, 2021), elaborado por un grupo de trabajo multidisciplinar, incluye siete objetivos específicos y 35 acciones. La acción 6.1 supone la "*Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios*". El objetivo es disponer de un protocolo único en Canarias, que incluya aspectos esenciales como el cribado y evaluación, seguridad, aspectos clínico-legales y coordinación.

Para su elaboración será necesaria la conformación de un grupo de trabajo multidisciplinar, por lo que solicitamos la colaboración de los Servicios de Psiquiatría y de los Servicios de Urgencias hospitalarios. Tal como se refleja en la citada acción, el grupo de trabajo debería incluir los siguientes colectivos profesionales para su elaboración:

- Salud Mental: psiquiatría, psicología
- Urgencias: enfermería, medicina

En lo que respecta al CHUC en particular, sería necesaria la participación de:

- Servicio de Psiquiatría: 1 psiquiatras, 1 psicólogo/a clínico/a
- Servicio de Urgencias: 1 médico/a, 1 enfermero/a

Les pedimos que en un plazo no superior a 2 semanas, nos remitan los profesionales designados, y se facilite su participación en las modalidades que en su caso sean necesarias (presencial, online).

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadística. (*National Statistics Institute*) [Internet]. Ine.es. [citado el 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=5453&capsel=5454>
2. Mansilla Izquierdo F. SUICIDIO Y PREVENCIÓN [Internet]. Psicodoc.org. [citado el 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.psicodoc.org/edoc/E-531.pdf>
3. Suicidio Consumado Y, Baca García DE. DIFERENCIAS EN LA CONDUCTA SUICIDA ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LOS INTENTOS DE SUICIDIO [Internet]. Uam.es. [citado el 21 de febrero de 2022]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5657/35431_giner_jimenez_lucas.pdf?sequence=1
4. Año I del Covid: récord histórico de suicidios [Internet]. ELMUNDO. 2021 [citado el 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.elmundo.es/espana/2021/11/12/618d7d7021efa0875b8b45f7.html>
5. Wikipedia contributors. Anexo: Países por tasa de suicidio [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Disponible en: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Anexo:Pa%C3%ADses_por_tasa_de_suicidio&oldid=140928390
6. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2004;4:37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>
7. Piñeiro LO. Elisabet Balseiro Mazaira MIR 2 PSIQUIATRÍA. Índice 1. Introducción. 2. Definición. 3. Epidemiología. 4. Evaluación del riesgo suicida. 5. Patologías más. - ppt descargar [Internet]. *Slideplayer.es. SlidePlayer*; 2016 [citado el 21 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://slideplayer.es/amp/11577874/>
8. GBD results tool [Internet]. Healthdata.org. [citado el 1 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>
9. Gómez-Durán EL, Forti-Buratti MA, Gutiérrez-López B, Belmonte-Ibáñez A, Martín-Fumadó C. Trastornos psiquiátricos en los casos de suicidio consumado en un área hospitalaria entre 2007-2010. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2016;9(1):31–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S188898911400038X>

10. Vista de Asociación entre conducta suicida y síntomas de anorexia y bulimia nerviosa en escolares de Boyacá, Colombia [Internet]. *Edu.co*. [citado el 1 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/1075/ESP>
11. Colombiana De Psicología R, Palacios Espinosa X, Latiff R, Herrera PV. RELACIÓN DE LA INTENCIÓN E IDEACIÓN SUICIDA CON ALGUNAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, DE LA ENFERMEDAD Y ASPECTOS PSICOAFECTIVOS EN PERSONAS CON EL VIH/SIDA [Internet]. *Edu.co*. [citado el 1 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/26870/1229-6197-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Ucan.es. [citado el 1 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8921/Gonzalez%20Ganzabal%20F..pdf?sequence=4>
13. Guiasalud.es. [citado el 1 de marzo de 2022]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avalat_resum_modif_2020_2.pdf
14. [citado el 1 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://file:///E:/Descargas/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20de%20Prevenci%C3%B3n%20y%20Tratamiento%20de%20la%20Conducta%20Suicida.pdf>
15. SCS. (s/f). El Hospital - Área de influencia. [citado el 26 de abril de 2022] Disponible en : <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=4f15d3fa-3067-11e0-919a-bdaa63e0a438&idCarpeta=3da5f513-541b-11de-9665-998e1388f7ed> [Gobiernodecanarias.org](https://www3.gobiernodecanarias.org).
16. Canales J. Suicidio: Decisión definitiva Al problema temporal: Para dejar de sufrir, no es necesario Que mueras. Bloomington, MN: Palibrio; 2013. [citado el 2 de mayo de 2022] Disponible en : <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>