

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

Facultad de ciencias de la salud



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso Académico: 2018-2019

Convocatoria: mayo 2019

**Propuesta de protocolo de actuación ante
intentos autolíticos en el Servicio de Urgencias
en la Comunidad Foral de Navarra**

Trabajo Fin de Grado

Autora: Eva Casado Domínguez

Directora: María Ángeles Santos Laraña

RESUMEN

Introducción: el suicidio es un problema de salud pública ya que afecta a mucha población tanto directa como indirectamente. Por lo tanto, está contemplado tanto a nivel Internacional (OMS) como nacional y comunitario, con políticas que quieren la consecución de unos objetivos comunes. Objetivos: elaborar una propuesta de protocolo de actuación para la atención al paciente con intento autolítico en el Servicio de Urgencias. Metodología: revisión bibliográfica sistematizada a través de la consulta de descriptores en Ciencias de la Salud de la Biblioteca Virtual en salud. Resultados: En la revisión de las medidas establecidas para el tratamiento y prevención del problema, se objetiva la ausencia de un protocolo establecido para el Servicio de Urgencias de la Comunidad Foral de Navarra lo que es considerado imprescindible para reducir el riesgo de cometer errores en su atención, así como aumentar la celeridad en el proceso. Conclusiones: Conocer el problema ante el que estamos y sus factores para poder establecer unas guías, es esencial en servicios como el de Urgencias. El conocimiento del contexto del suicidio es amplio, hay

muchos trabajos por ser muertes de declaración obligatoria, no ocurre lo mismo con los intentos o la atención de estos en Urgencias. Es esencial el establecimiento de un protocolo de actuación a nivel del Servicio de Urgencias puesto que en el resto de los equipos de asistencia implicado ya existen. Finalmente es esencial una formación adecuada al profesional sanitario del Servicio de Urgencias.

PALABRAS CLAVE

Intentos de suicidio, factores asociados y urgencias

NÚMERO DE PALABRAS

10815 palabras

ABSTRACT

Introduction: suicide is a public health problem since it affects a large population both directly and indirectly. Therefore, it is contemplated both at the International (WHO) level and at the national and community level, with policies that aim to achieve common objectives. Objectives: to elaborate a proposal of protocol of action for the attention to the patient with autolytic attempt in the Service of Emergencies. Methodology: systematized bibliographic review through the consultation of descriptors in Health Sciences of the Virtual Health Library. Results: In the revision of the measures established for the treatment and prevention of the problem, the absence of a protocol established for the Emergency Service of the Autonomous Community of Navarra is considered, which is considered essential to reduce the risk of making mistakes in its attention, as well as increase the speed in the process. Conclusions: Knowing the problem before us and its factors in order to establish guidelines, is essential in services such as Emergency. The knowledge of the context of the suicide is wide, there are many works for being deaths of obligatory declaration, it does

not happen the same with the attempts or the attention of these in Urgencies. It is essential to establish an action protocol at the level of the Emergency Service since the rest of the assistance teams involved already exist. Finally, proper training is essential for the health professional of the Emergency Department.

KEY WORDS

Suicide attempts, related factors and Emergency.

NUMBER OF WORDS

10815 words

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	1
1.1 Marco teórico	1
1.2 Factores asociados a la conducta suicida	3
1.2.1 Factores de riesgo	4
1.2.1.1 Factores de riesgo no modificables	4
1.2.1.2 Factores de riesgo modificables	6
1.2.2 Factores protectores	8
1.3 Epidemiología	10
1.4 Políticas, Planes y Programas a nivel estatal y comunitario	13
1.4.1 Objetivos y metas mundiales para 2020	14
1.4.2 Plan Navarro de Salud Mental	15
2. OBJETIVOS	17
Objetivos secundarios	17
3. METODOLOGÍA	18
4. RESULTADOS	21
4.1. Mortalidad por suicidios en España	22
4.2. Mortalidad por suicidio en la Comunidad Foral de Navarra	25
4.3 Programas de actuación intento de suicidio en Navarra	28
5. DISCUSIÓN	29
6. CONCLUSIONES	34
7. PROPUESTA	35
ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EL INTENTO AUTOLÍTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	35
7.1 Procedimiento	37
7.1.1 Paciente con ideación o intento autolítico	37
7.1.2 Paciente con ideación suicida	37
7.1.3 Paciente que ya ha realizado un intento autolítico	39
8. BIBLIOGRAFÍA	43

1. INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

1.1 Marco teórico

El suicidio fue definido por la OMS en 1986 como ⁱ

"Acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados" y el parasuicidio como "un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico"

Sin embargo, los términos usados en casos en torno al suicidio no están muy definidos a pesar de ser imprescindibles para la investigación. En 2007, Silverman *et al* ² revisaron la nomenclatura utilizada hasta el momento por el National Institute of Mental Health (NIMH) de EE. UU. propuesta por O'Carroll *et al.* ³ determinando:

Ideación suicida: pensamientos sobre el suicidio.

Comunicación suicida: transmisión de pensamientos, deseos o intenciones de acabar con la propia vida sin que la comunicación en sí misma suponga una conducta suicida. Es un punto intermedio entre la ideación suicida y la conducta suicida.

Amenaza suicida: acto interpersonal que puede ser verbal o no, que puede predecir una conducta suicida futura para la consecución de determinados privilegios.

Plan suicida: propuesta de un método con el que hacer efectiva una conducta suicida futura. Siempre se debe determinar su existencia en caso de una ideación suicida para determinar el grado de peligro de conducta suicida.

Conducta suicida: conducta lesiva y hecha a uno mismo con evidencia de que la persona quiere morir por alguna finalidad o presenta algún grado, o no, de intención de acabar con su vida. Puede no provocar lesiones, que las lesiones provocadas sean de distintas gravedades o producir la muerte

Autolesión/ gesto suicida: conducta para producirse una lesión a sí mismo con evidencia de que NO tiene la intención de morir con alguna finalidad. Puede desde no provocar lesiones hasta provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).

Conducta suicida no determinada: conducta con grado indeterminado de intencionalidad. Puede desde no provocar lesiones hasta provocar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intención).

Intento de suicidio: conducta para producirse una lesión a sí mismo sin resultado fatal, con evidencia de que se quiere provocar la muerte. Puede desde no provocar lesiones hasta provocar la muerte independientemente del método.

Suicidio: muerte provocada a sí mismo con evidencia de que la persona se quería provocar la muerte.

1.2 Factores asociados a la conducta suicida

En las conductas suicidas se diferencian una serie de factores de riesgo, que pueden ser modificables o no, que aumentan las probabilidades de seguir conductas suicidas. Asimismo, también existen otra serie de factores protectores que hacen menos probable esto.

La importancia de conocer los factores tanto de riesgo como protectores radica en determinar sobre qué aspectos se puede intervenir para evitar la conducta autolítica tanto reforzando los factores protectores como tratando de paliar los factores de riesgo modificables.

Se realizó un estudio en el que se revisaron las Historias Clínicas de Osasunbidea (2010-2013) para determinar en qué grado el intento de suicidio previo es un factor de riesgo clínicamente relevante para el suicidio consumado obteniéndose los siguientes resultados: un 31,9% de las defunciones por suicidio presentaba algún intento previo registrado, de éstos un 65,3% cambió el método empleado. Las mujeres presentan un mayor número de intentos previos de suicidio. El mayor porcentaje de intentos de suicidio por suicidio lo presentan dos subgrupos: los Trastornos de Personalidad (90,9%), con prevalencia manifiesta de los Trastornos Límites de Personalidad, las mujeres menores de 51 años con diagnóstico de trastorno afectivo, ansiedad o consumo de sustancias (82,4%). Las personas sin un diagnóstico psiquiátrico, pero con trastornos psicóticos u orgánicos fueron los que menos tasa de intentos de suicidio previos tuvieron (22,5%)⁴.

Tras el estudio del que hablamos podemos concluir que en los casos determinados (Trastornos de Personalidad, Trastornos afectivos, ansiedad y consumo de tóxicos) serían las poblaciones que más se podrían beneficiar de una prevención del suicidio tras un intento puesto que son las que mayores porcentajes de intentos de suicidio presentan acabando con suicidios consumados

Con este estudio se puede ver cuál sería el grupo de población que más se beneficiaría de programas de prevención en Osasunbidea, lo que hace imprescindible la investigación antes de la propuesta de medidas y programas.

1.2.1 Factores de riesgo



Figura 1: Factores de riesgo de la conducta suicida. Elaboración propia ⁵

En la Figura 1 se exponen, de manera esquemática, los factores de riesgo tanto modificables como no modificables que se explicaran con mayor detenimiento en los siguientes puntos del trabajo.

1.2.1.1 Factores de riesgo no modificables

Heredabilidad: La genética, en casos de suicidio, es importante por dos componentes fundamentales, la transmisión de enfermedades mentales y la genética de la agresividad, impulsividad y otros rasgos de la personalidad ⁶. También parece que la asociación familiar es mayor en el caso de suicidios consumados que en el de intentos de suicidio, y mayor en ambos que en ideación suicida ⁷.

Sexo: En general las tasas de suicidio de los hombres son superiores a las tasas de las mujeres, sin embargo, ocurre todo lo contrario en el caso de los intentos de suicidio donde son mayores en las mujeres ⁸.

Edad: Las tasas de suicidio aumentan con la edad debido a que tanto la salud física como la mental van disminuyendo con el paso de los años. Hay cambios en la conducta suicida lo que hace que aumenten los suicidios frente a los intentos de suicidio ⁹.

Adolescentes: El suicidio es la principal causa de mortalidad en jóvenes, debido a la gran bajada de muertes por accidentes de tráfico en este grupo de edad, y con altos años potenciales de vida perdidos debido a la juventud. En este grupo de edad se ve una gran correlación con patologías psiquiátricas tanto del paciente como de los padres ¹⁰. También está relacionado con el nivel social de los jóvenes siendo el doble en los de estratos sociales bajos frente a medios-altos. ¹¹

Geriátricos: El mayor factor de riesgo es la viudedad y jubilación, puesto que tienen una mayor afectación en este grupo de edad, la segunda es la patología psiquiátrica. Quedando así en evidencia la importancia de los factores sociales en este grupo de edad. Los ancianos que viven solos y ven su grupo de amistades reducido, así como los que carecen de apoyo social o familiar ven sus probabilidades de suicidio aumentadas ¹².

Estado civil: Los estudios demuestran que la presencia de una pareja en la vida de las personas como un factor protector frente a las conductas e ideaciones suicidas, aumentando en casos de divorcio y viudedad, lo que afecta más a los varones ¹³.

Situación laboral y económica: El mayor riesgo de suicidio se da en los casos de personas con desempleo, mayor en el caso de los hombres y sobre todo de 35 a 45 años o asociados con adicciones o patologías psiquiátricas ¹⁴.

Creencias religiosas: las personas que dan un fuerte valor a las creencias religiosas que contemplan el suicidio como algo reprobable, hacen que sea un gran apoyo y dan sentido a su vida entorno a sus creencias lo que hace que las tasas de suicidio sean menores en estas poblaciones ¹⁵.

Apoyo social: Como se ha comentado anteriormente en el estado civil y en la edad geriátrica, la soledad es un factor de riesgo importante. Una buena red de apoyo social es un gran factor protector. Hay mayor aumento en las tasas de suicidios que en los intentos, posiblemente porque la falta de compañía hace que sea más complicado prestar una ayuda adecuada, es decir, en situaciones que podrían quedarse en intentos de suicidio con un aviso de la pareja, familia o un amigo, en casos en los que la persona carece de red social adecuada no se da el aviso por lo tanto acaba en suicidio consumado ¹⁶.

Conducta suicida previa: En un estudio realizado por Nelman *et al* en 2001 se estimó que las personas que habían sufrido intentos de suicidio previos tenían 25 veces más posibilidades de morir por suicidio que los que no. No se debe generalizar puesto que en hombres el 62% mueren en el primer intento, en cambio en mujeres sólo el 38%. Sólo entre 1- 6% de los intentos de suicidio fallecen por suicidio en el año que le sigue ¹⁷.

1.2.1.2 Factores de riesgo modificables

Trastorno mental: Se ha constatado que en más de un 90% de los casos de suicidios en la autopsia psicológica se confirman la presencia de uno o más trastornos psiquiátricos ¹⁸.

Trastornos afectivos: La depresión mayor es el trastorno que más aumenta el riesgo de suicidio con 20 veces más de probabilidades de padecerlo, seguido del trastorno bipolar con 15 veces más probabilidades ¹⁹.

Esquizofrenia: Se ha descrito un 10% más de prevalencia en estos pacientes que en el resto. Se disminuye en un 85% el riesgo de suicidio con el tratamiento farmacológico de la Clozapina ²⁰.

Trastornos de ansiedad: Cerca del 20% de pacientes con fobia social o angustia tienen intentos de suicidio, además este trastorno está muy asociado a la depresión lo que aumenta el riesgo de padecerlo ²¹.

Abuso de sustancias: Se debe hacer hincapié en la importancia del alcoholismo debido a la gran prevalencia y está relacionado con el suicidio tanto como factor de riesgo de base como factor precipitante de la conducta suicida. Sobre un 15% de alcohólicos acaban suicidándose y entre un 25-50% de los suicidios se producen con abuso de alcohol. Los pacientes con problemas de dependencia tienen una baja adhesión al tratamiento además de que se da en muchos casos asociado a patologías psiquiátricas por lo que el riesgo de conducta suicida aumenta de forma alarmante ²².

Trastorno de personalidad: Son factores de riesgo para la conducta suicida porque predisponen a patologías psiquiátricas mayores (alcoholismo y depresión), problemas sociales, precipitan que el sujeto actúe de manera que provoca acontecimientos indeseables y dificulta el afrontamiento adecuado. Cabe destacar el Trastorno Límite de Personalidad el cual tiene como rasgo de personalidad predominante la impulsividad lo que aumenta en mayor medida el riesgo de cometer conductas autolíticas ²³.

Otros trastornos mentales: Los pacientes con TDAH tienen mayor probabilidad de suicidio consumado debido a la impulsividad de sus actos. Los TCA también tienen mayor incidencia de conductas suicidas ²⁴.

Salud física: Las enfermedades somáticas son un factor de riesgo más en la conducta suicida, sobre todo cuando van acompañadas de dolor intenso o continuo o una discapacidad funcional ²⁵. Se da con mayor frecuencia cuando hay una comorbilidad con depresión además de la patología física ²⁶.

Dimensiones psicológicas: Tanto la agresividad como la conducta impulsiva son los rasgos de personalidad que mayor relación tienen con los suicidios. La asociación de estos rasgos de personalidad con la conducta suicida se ve aumentada y reforzada en adolescentes y adultos jóvenes además de en la población penal ²⁷.

1.2.2 Factores protectores

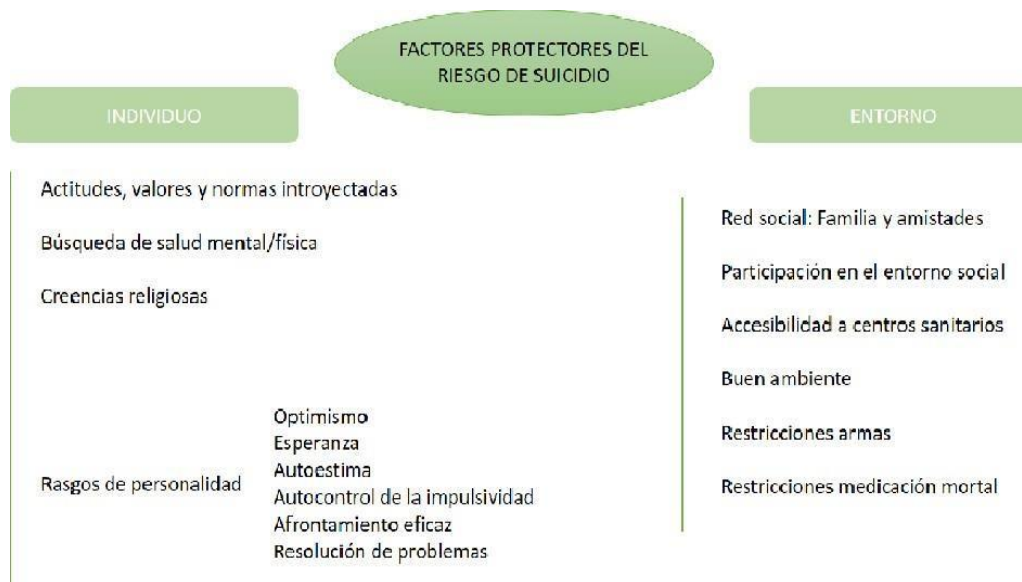


Figura 2: Factores protectores del riesgo de suicidio. Elaboración propia ²⁸.

En la figura 2 se exponen los factores protectores de la conducta suicida tanto individuales como del entorno de manera esquemática que posteriormente serán explicados de manera más explícita.

Los factores protectores se dividen en los individuales, propios de cada persona, y en los derivados del entorno.

Propios del individuo son actitudes, valores y normas introyectadas, como en religiosos el valor que es dado a la vida. Además, destacan las habilidades sociales, manejo de la ira y resolución de problemas.

Otros factores de protección individuales son la búsqueda de salud tanto mental como física, creencias religiosas como el catolicismo donde el suicidio es contemplado como un pecado. También lo son rasgos de personalidad como el optimismo, autoestima, esperanza y autocontrol de la impulsividad, así como un buen afrontamiento y buena resiliencia.

Finalmente, los factores ambientales más influyentes son una buena red social de apoyo tanto con familiares como con amistades, participación en el entorno social, accesibilidad a los centros sanitarios necesarios, ambiente adecuado y restricciones a la hora de poder adquirir armas (licencias) o medicación (necesidad de recetas firmadas por facultativos) ²⁹.

1.3 Epidemiología

El suicidio es un problema muy importante hoy en día tanto por su gran incidencia, como por la menor disminución de las tasas a lo largo del tiempo comparándose con otros problemas como pueden ser la mortalidad por accidentes de tráfico, para los que tantas políticas se han ido estableciendo. Otra de las razones de la gran importancia de este problema es que se da en gran medida en personas jóvenes y además siempre deja a la familia y personas allegadas muy tocados emocionalmente ya que, la muerte, es por decisión propia. Debemos tener en cuenta que tener un familiar de primer grado muerto por suicidio aumenta las probabilidades de la familia de seguir la misma conducta, como hemos visto es un factor de riesgo no modificable. El suicidio además genera una enorme pérdida de años con calidad de vida ya que, tanto en España como en Navarra, la franja de edad que más muertes tiene por esta causa es la adulta (45-65).

A pesar de ser considerado un grave problema de salud pública y tener políticas y planes estratégicos, las cifras no se consiguen disminuir tanto como se había planteado en un principio, pero se está aumentando la investigación y los profesionales especializados en salud mental que pueden tratarlo, así como la cartera de servicios ofrecida por el sistema nacional de salud.

En el caso de la epidemiología en la ideación suicida, entendida como los pensamientos de acabar con la propia vida, tienen una incidencia mucho mayor que los intentos de suicidio y mayor aún que los suicidios consumados ³⁰.

En un estudio llevado a cabo por Kessler *et al.* en 2005 se estimó una tasa aproximada de 3.000 personas con ideaciones suicidas de cada 100.000 en EE. UU., mientras la tasa de suicidio era de 14 de cada 100.000 personas ³¹.

Un estudio transversal llevado a cabo por Bernal, Haro, Bernet *et al.* en 2007 en 6 países europeos, entre ellos España, en el que se calculó una prevalencia de ideas suicidas de 4,4% y un 1,5% de intentos de suicidio, inferior a las medias europeas (7,8% ideación y 1,8% intentos) ³².

En otro estudio realizado por Casey, Dunn, Kelly, *et al.* se analizaron las respuestas que iban de "no tengo pensamientos de suicidio" a "me suicidaría si tuviera la oportunidad" saliendo en España un 2,3% de los entrevistados con alguna ideación suicida, relativamente inferior a las comparadas con el resto de los países que entraron en el estudio (Irlanda, Finlandia, Suecia y Noruega) ³³.

No se cuenta con una epidemiología robusta en los países de la Unión Europea acerca de los intentos de suicidio según los datos a los que hemos tenido acceso. No ocurre lo mismo con las tasas de mortalidad por suicidios. La tasa de mortalidad media por suicidio en la Unión Europea según Eurostat es de 10,91 en 2.015. Se registra un ligero descenso desde 2012 (11,73 en 2.012; 11,67 en 2.013 y 11,25 en 2014) ³⁴.

La tasa de mortalidad por esta causa es mucho mayor en los mayores de 65 años (16,6) frente a los menores de 65 años (9,53). Muchos de los estudios en materia de suicidios se centran en los consumados en lugar de en el tratamiento de los intentos de suicidio, puesto que las muertes por esta causa son de declaración obligatoria, en cambio muchos de los intentos no se conocen.

Los intentos de suicidio son difíciles de estudiar ya que no hay procedimientos de notificación oficiales para ello, tomando como referencia de estos los datos recogidos en los Servicios de Urgencias de los diferentes lugares. Se debe tener en cuenta que muchos de los intentos de suicidio no producen consecuencias médicas por lo que no pasan por Urgencias y no constan. Ocurre lo mismo con la ideación suicida, que en caso de que no se constate porque el paciente no lo refiera a un sanitario o éste no lo deje anotado en la historia clínica del mismo, no se pueden contabilizar ³⁵.

Otra posible fuente de información son las encuestas de salud general poblacional, pero también en este tipo hay grandes limitaciones metodológicas, lo que conlleva unos resultados muy dispares dificultando así las comparaciones y conclusiones.

Las ideaciones suicidas son una de las urgencias psiquiátricas más frecuentes, pero los intentos de suicidio, cuando requieren de atención médica, suponen un problema para los servicios públicos de salud, así como requieren una gran formación del profesional sanitario no trabajador en la salud mental, sino en urgencias tanto hospitalarias como extrahospitalarias ³⁶.

1.4 Políticas, Planes y Programas a nivel estatal y comunitario

Teniendo en cuenta la importancia de los problemas de salud mental, entre ellos destacan las tasas de suicidio, en la sociedad actual, es de vital importancia su reconocimiento en las políticas en sanidad del ministerio de salud de un país. Los planes de salud son los instrumentos principales para la planificación de salud en un territorio puesto que se establecen las prioridades a las que se quiere hacer frente con intervenciones sanitarias fijándose objetivos y definiendo los programas necesarios que luego se llevarán a cabo para la mejora de los resultados en salud.

Sin embargo, aun siendo considerado un problema que requiere intervención a nivel internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 40,5% de los países carece de políticas sobre salud mental y el 33.3% no tiene programas de salud, aunque tengan planes ³⁷. Los programas de salud son los conjuntos de acciones implementadas por el gobierno para mejorar los resultados en salud y las condiciones sanitarias, es decir, son las acciones que se proponen para la consecución de los objetivos priorizados en los planes de salud.

En el establecimiento de las políticas, planes y programas se deben priorizar las poblaciones para poder hacer una intervención global e intersectorial, no sólo del ámbito sanitario, pudiendo actuar sobre el entorno social de la población diana, educación, empleo, así como políticas de vivienda, planificación territorial y servicios municipales ³⁸.

En el año 2005 se reunieron 52 países de la Unión Europea (UE) en la que se llamó la Declaración de Helsinki donde se dio una mayor importancia a la Salud Mental para aumentar la calidad de vida y productividad de las personas con enfermedades mentales. Se realizó un Plan de Acción europeo para desarrollar en 5-10 años donde los países se comprometieron a desarrollar políticas basadas en la evidencia y a establecer los recursos necesarios para su desarrollo y refuerzo.

Un pequeño resumen de lo más importante del plan sería el fomento del bienestar mental con campañas de educación a lo largo de todas las etapas vitales con información general. Además, los programas están basados en la evidencia científica. En el plan se considera población diana debido a su vulnerabilidad a los niños, adolescentes y ancianos, dando mayor importancia a la adolescencia y con una atención conjunta desde primaria, Servicios Sociales y Alcohol y Drogas para que sea multidisciplinar y con ello conseguir unos mejores resultados.

La prevención de los problemas mentales y del suicidio son el quinto apartado de gran importancia en la Declaración de Helsinki.

1.4.1 Objetivos y metas mundiales para 2020

En 2013 se hizo desde la OMS otro Plan de Acción siguiendo las directrices de la Declaración de Helsinki de 2005 dando un enfoque integral, multifactorial y multisectorial centrado en lo sanitario y social. El plan trata aspectos de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación. El plan propone también cómo evaluar y qué indicadores vigilar ³⁹.

OBJETIVOS Y METAS MUNDIALES PARA 2020

1. Reforzar un liderazgo y un gobierno eficaces en el ámbito de la Salud Mental: 80% de los países con planes o políticas actualizados y 50% de los países con legislaciones actualizadas
2. Proporcionar servicios de asistencia a la salud mental con capacidad de respuesta, completos y de ámbito comunitario: cobertura de servicios de trastornos mentales severos se incrementa 20%
3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en salud mental: 80% funcionamiento de mínimo 2 programas nacionales y multisectoriales de promoción y prevención y **Reducir 10% tasas de suicidio**

4. Fortalecer los sistemas de gestión, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental: 80% de los países calcula y notifica cada dos años mínimo unos indicadores de salud mental ⁴⁰.

1.4.2 Plan Navarro de Salud Mental

Existe un Plan Estratégico específico en Navarra para ser utilizado como marco de referencia, siendo adaptado al modelo centrado en el paciente.

En el plan se objetiva un déficit de programas tanto de prevención como de promoción lo que hace que se fomente el trabajo en conjunto con el Instituto de Salud Pública. Además, se observa que el estigma de la enfermedad mental persiste con un deterioro de la funcionalidad de los pacientes, lo que hace que haya colectivos que requieran mejoras de atención y mayor uso de recursos por problemas de exclusión, libertad o dependencias.

La asistencia en las drogodependencias es insuficientes y fragmentada.

La atención debe ser integral siempre coordinada por AP y el servicio sociosanitario con mejoras.

La cultura de la medicalización hace que aumente el gasto farmacéutico lo que provoca un deterioro en la atención de los pacientes con trastornos mentales graves (TMG)

Los pacientes tienen una distinta funcionalidad en su vida diaria lo que requiere distintas intervenciones siendo los TMG los que mayores cuidados requieren.

Por consiguiente, resulta necesaria la investigación al respecto contemplando una valoración de los indicadores determinados como más importantes, tanto los determinados por la OMS, como a nivel nacional y comunitario, para poder establecer las pautas a seguir en un futuro, evaluando la calidad de las actividades planteadas y los resultados obtenidos.

De igual modo se le da una gran importancia a la formación continuada para que los objetivos comunitarios puedan ayudar a la consecución de los objetivos estatales, yendo todos en una misma dirección dando importancia a la acreditación de las especialidades (EIR y MIR), ya que hay escasez de profesionales especializados.

Una de las posibles causas de este déficit de profesionales especialistas sería porque en muchos casos no se hace imprescindible tener la especialidad para trabajar en servicios de Salud Mental en el caso de enfermería, siendo el EIR un título que te aumenta las posibilidades de trabajar en estos servicios, pero sin compensación económica por ser especialista ni siendo imprescindible, situación que en los MIR no se da.

Además del déficit de investigación y la falta de profesionales suficientes especializados se percibe una indefinición de la cartera de servicios que requiere ser cubierta ⁴¹.

2. OBJETIVOS

Objetivo principal

Elaborar una propuesta de protocolo de actuación para la atención al paciente con intento autolítico en el Servicio de Urgencias.

Objetivos secundarios

Identificar los factores asociados a conductas autolíticas.

Mostrar la epidemiología de las conductas autolíticas como problema de salud.

Exponer las políticas, planes y programas sobre conducta autolítica en vigor actualmente.

3. METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistematizada a través de la consulta de descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) de la Biblioteca Virtual en salud. Se utilizaron los descriptores: suicide (suicidio), suicide attempt (intento de suicidio), prevention (prevención), y related factors (factores relacionados).

Dichos descriptores, fueron utilizados para determinar la estrategia de búsqueda, conectados entre sí, con el operador booleano -AND-, en otras ocasiones fueron utilizados por separado.

Se utilizó un lenguaje controlado, con una búsqueda avanzada en resumen y título de los artículos. La búsqueda avanzada se completó utilizando los filtros en el año de publicación (artículos a partir de 2011) e idioma, en aquellas bases de datos que contenían dicha opción de filtro.

La estrategia de búsqueda seleccionada se divide a su vez en 4 subestrategias, combinando los diferentes descriptores y adaptándolas a los requisitos de cada base de datos:

Suicide AND suicide attemp

Suicide AND related factors

Suicide AND prevention

Suicide attemp AND related factors

Las bases de datos utilizadas son: la Organización Mundial de la Salud (OMS), Academica-e, PubMed, Dialnet y para completar información imprescindible también se han utilizado recursos como el Instituto Nacional de Estadística (INE), Eurostat, Sistema Nacional de Salud (SNS) y Osasunbidea. La búsqueda se realizó durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2018.

La revisión bibliográfica fue realizada por la propia investigadora, supervisada por la tutora del presente estudio en las reuniones establecidas. La recuperación del texto completo de cada uno de los artículos se realizó en diferentes fondos documentales de la Biblioteca virtual de la Universidad Pública de Navarra.

Los criterios de inclusión son:

Artículos posteriores al año 2011.

Artículos en inglés y español.

Artículos con estudios realizados en servicios sanitarios.

Los criterios de exclusión utilizados son:

Artículos que no cumplen metodología científica, empleando para ello la Guía CASPe de lectura crítica de la Literatura Médica ⁴².

Dificultad para acceder al texto completo.

Artículos no relacionados con el tema de estudio.

Tras seleccionar los artículos en función de los criterios de inclusión y exclusión se realizó la lectura crítica de los artículos y se elaboraron las conclusiones de la revisión bibliográfica.

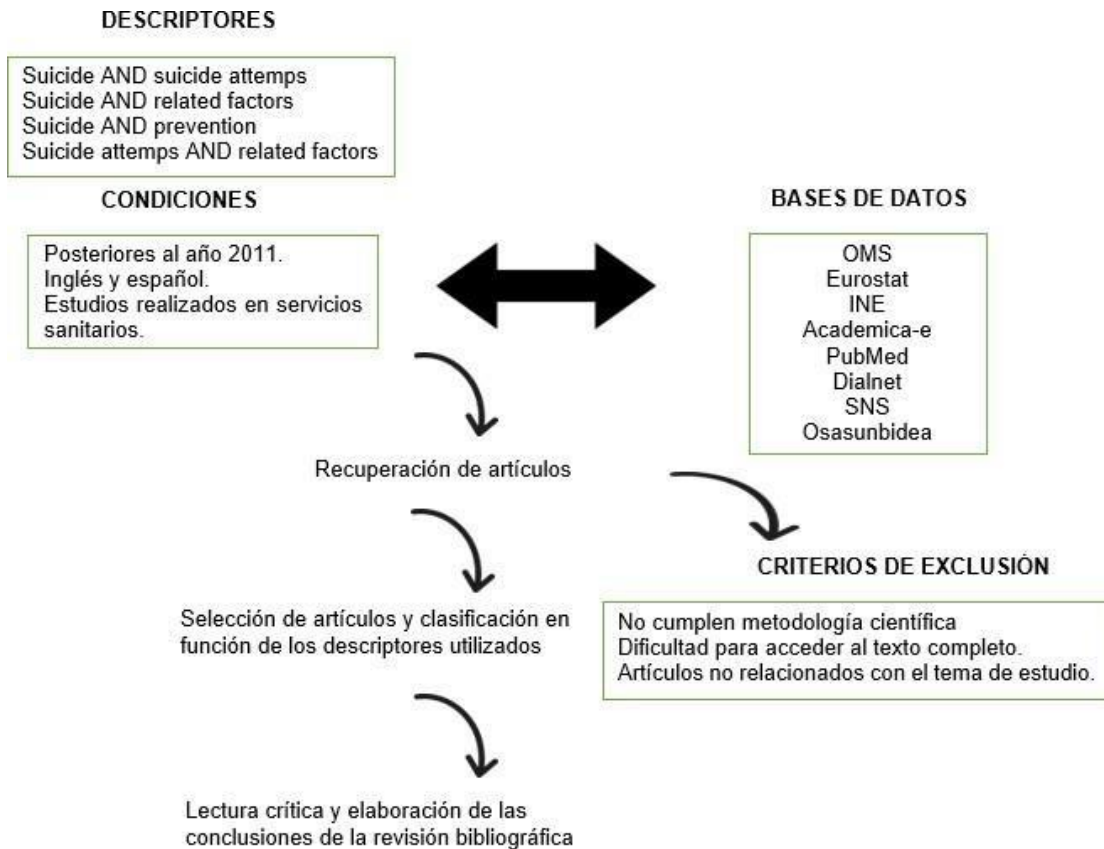


Figura 3: Búsqueda bibliográfica, metodología. Elaboración propia.

En la Figura 3 se exponen los pasos seguidos para la obtención de los artículos y recursos utilizados en la revisión bibliográfica del trabajo completo.

Tras la búsqueda se consiguieron 16 artículos de interés. Tras la lectura crítica de los mismos se amplió la búsqueda con la bibliografía de estos, ampliando así los años de búsqueda hasta el año 2000 en determinados artículos que estaban citados en los publicados a partir de 2011.

El recuento final de la bibliografía encontrada y utilizada para la contextualización del problema asciende hasta 53 artículos, sin tener en cuenta los utilizados para la elaboración de la propuesta de protocolo.

4. RESULTADOS

A continuación, se presentan mediante una tabla (tabla 1) el número de artículos revisados, seleccionados y excluidos, así como la base de datos en la cual se han buscado.

BASE DE DATOS	SUBESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS IDENTIFICADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS	ARTÍCULOS EXCLUIDOS
OMS	Suicide AND suicide attemp	1	1	0
EUROSTAT	Suicide AND related factors	2	2	0
INE	Suicide AND related factors	7	7	0
ACADEMICA-E	Suicide AND prevention Ordenados por relevancia	10 + 30	3 → 30	7
PUBMED	Suicide AND related factors	2	1	1
DIALNET	Suicide AND related factors	27 + 3	1 → 3	26
SISTEMA NACIONAL DE SALUD	Suicide AND prevention	2 + 6	2 → 8	0
OSASUNBIDEA	Suicide AND prevention	1	1	0
TOTAL		91	53	34

Tabla 1: Artículos encontrados, revisados y excluidos según bases de datos. Elaboración propia

De los artículos encontrados en un primer momento, por el método bola de nieve (dentro de un artículo se van cogiendo las referencias bibliográficas de las partes que nos interesan y entrando en los artículos utilizados para los artículos revisados en un primer momento), se amplió la búsqueda.

Según el contenido, los artículos encontrados fueron divididos en dos grandes grupos imprescindibles para la contextualización de la necesidad de una propuesta de protocolo en urgencias en intentos de suicidio: epidemiología, tanto con mortalidad por suicidios a nivel nacional como a nivel comunitario, y programas de actuación ante los intentos de suicidio en Navarra. Además, se añadió una búsqueda de los protocolos establecidos en cada comunidad de España para establecer el que más se asemejara a la población navarra, así como que fuera sencillo para lograr una mayor celeridad en la atención de estos pacientes además de reducir el riesgo de cometer errores.

4.1. Mortalidad por suicidios en España

El suicidio es un grave problema de salud debido a sus números en mortalidad y su evolución en el tiempo. Según los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística Española (INE), donde la mortalidad por suicidios es de declaración obligatoria, se han obtenido los siguientes resultados a nivel nacional ⁴³.

En el año 2016 hubo un total de 3.569 suicidios registrados en España, de los cuales 2.662 fueron hombres y 907 mujeres, teniendo el mayor índice de mortalidad por causas externas en los últimos años. Calculando una tasa de 7,65 muertes por suicidio cada 100.000 españoles, 11,63 en hombres y 3.81 en mujeres (llama la atención la marcada diferencia por sexos siendo las tasas masculinas más de 3 veces superiores a las de mujeres).

En 2015 la tasa de mortalidad por suicidio en España fue de 8,59 y 9,33 en 2014. En el caso de personas de entre 10 y 14 años es el mayor número en los últimos 6 años en hombres y el segundo mayor en mujeres, con 8 muertos en el caso de los hombres y 4 en las mujeres.

La franja de edad que mayores cifras de suicidios tienen son de 40 a 59 años con un 30,4% de los fallecimientos por esta causa en 2016.

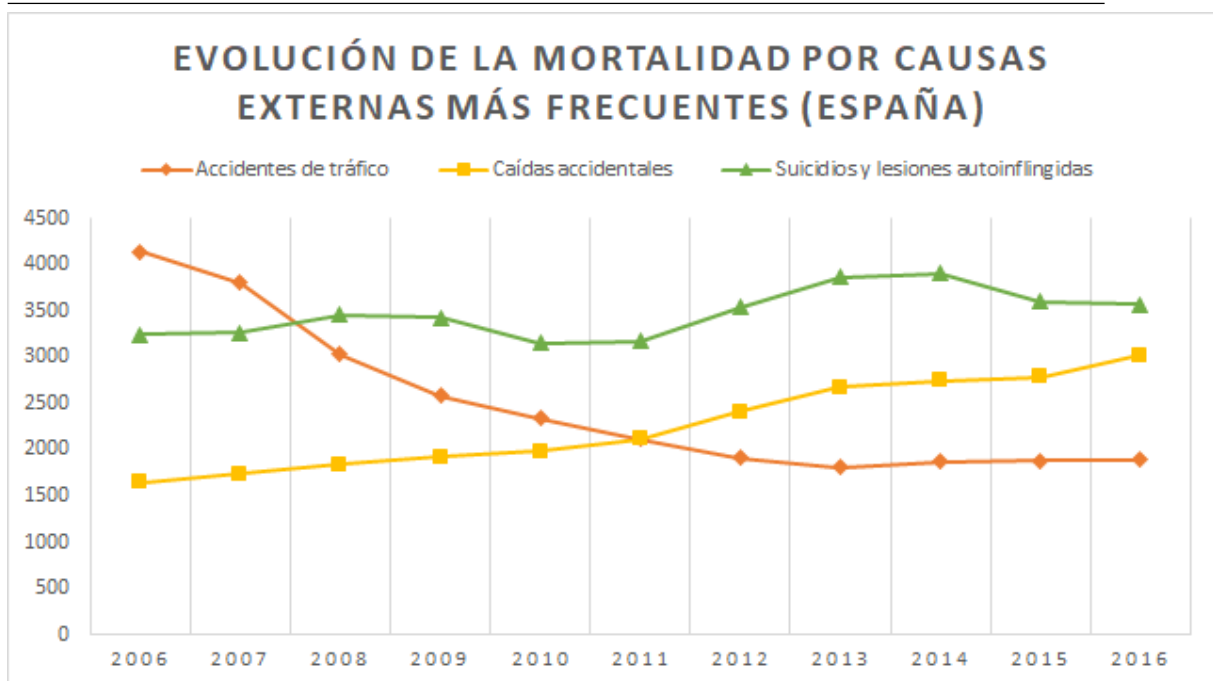


Figura 4: Evolución (2006-2016) de la mortalidad por causas externas más frecuentes en España. Datos obtenidos del INE. Elaboración propia.

En la figura 4 se demuestran los fallecimientos anuales en España desde 2006 hasta 2016 por las causas externas que más producen: accidentes de tráfico, caídas y suicidios.

Las muertes por accidentes de tráfico en 2006 superaron las 4000 y en 2011 rondaban las 2000 muertes anuales. En 2018, que es último dato al que hemos tenido acceso están en 1180 muertos, 18 menos que en el año anterior.

En el caso de las muertes por caídas en el año 2006 superaron las 1500, en 2011, al igual de las muertes por tráfico se acercaban a las 2000 muertes por esta causa y en 2016 se aproximan a las 3000 muertes registradas por esta causa.

Los suicidios en 2006 causaron más de 3000 muertes en España y en 2018 causaron 3679 víctimas. Desde 2006 ha rondado entre las 3000 muertes por esta causa y las 4000.

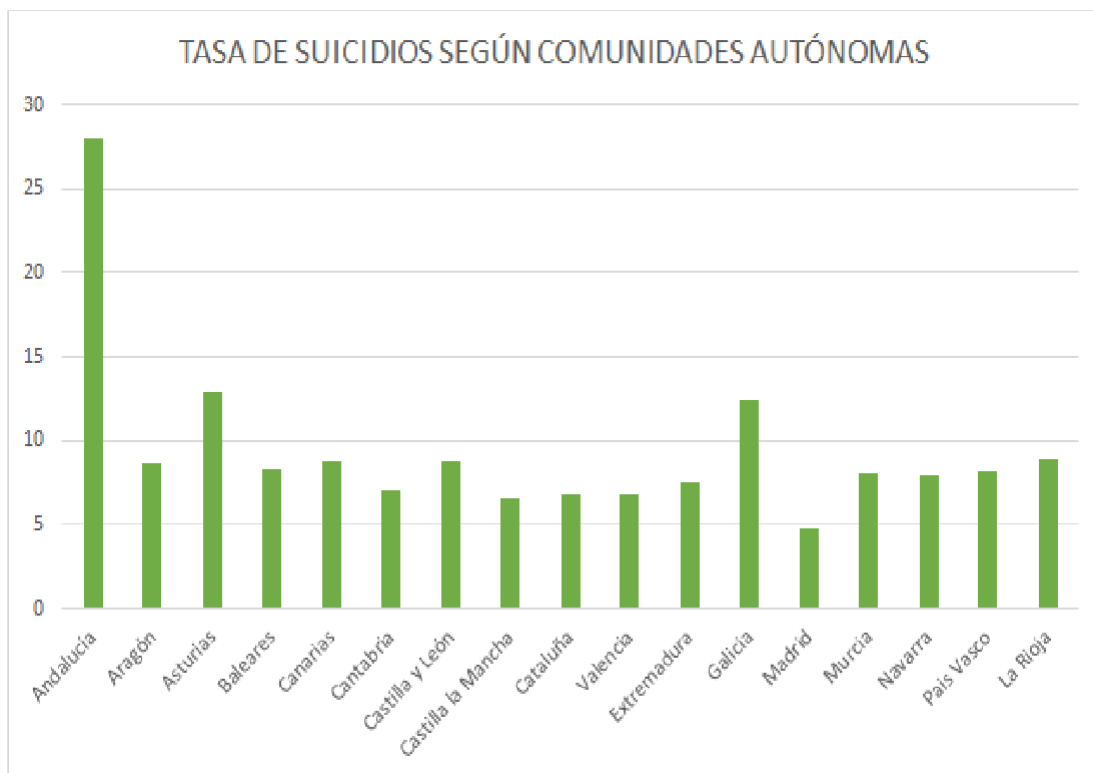


Figura 5: Tasa de suicidio según las Comunidades Autónomas (2016). Datos obtenidos del INE. Elaboración propia.

En la figura 5 se determinan los fallecimientos por suicidio en 2016 según las Comunidades Autónomas y se observa la diferencia en sus tasas ajustadas a 100000 habitantes.

Dentro del Estado español hay diferencias reseñables en las tasas según las Comunidades Autónomas, viéndose la mayor tasa de suicidios en Andalucía con 27,97 fallecidos por suicidio cada 100.000 habitantes en el año 2016, la que menor tasa de suicidios tiene es Madrid con 4,72 suicidios de cada 100000 habitantes. En el centro de nuestra mirada se encuentra la Comunidad Foral de Navarra que se sitúa en el puesto número 11 de 17 de las Comunidades Autónomas con un 7,96 como tasa, un poco por encima de la media española, que era de 7,61 en el 2016.

4.2. Mortalidad por suicidio en la Comunidad Foral de Navarra

Según los datos recogidos del Instituto Nacional de Estadística (INE) de la Comunidad Foral de Navarra en el año 2016 hubo 51 muertes por suicidios en la Comunidad, lo que da una tasa de suicidio de 7,96 por cada 100.000 habitantes (10,53 en hombres y 5,35 en el caso de mujeres)⁴⁴.

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
menores de 15 años	0	0	0
de 15 a 29 años	2	2	4
de 30 a 39 años	2	1	3
de 40 a 44 años	3	1	4
de 45 a 49 años	4	3	7
de 50 a 54 años	8	2	10
de 55 a 59 años	1	2	3
de 60 a 64 años	6	2	8
de 65 a 69 años	0	2	2
de 70 a 74 años	1	0	1
de 75 a 79 años	1	0	1
de 80 a 84 años	2	0	2
de 85 a 89 años	4	1	5
de 90 a 94 años	0	1	1
mayores de 95 años	0	0	0
todas las edades	34	17	51

Tabla 2: Mortalidad por suicidio según edad y sexo en Navarra 2016. Datos obtenidos del INE. Elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla 2 entre 45 y 64 años es cuando más muertes por esta causa han sucedido (28 muertes, un 54,9% del total). En todas las franjas de edad hay más o las mismas muertes por suicidio en hombres que en mujeres salvo de 55-59 años (2 mujeres 1 hombre), de 65 a 69 años (2 mujeres ningún hombre) y mayores de 90 años (1 mujer y ningún hombre).

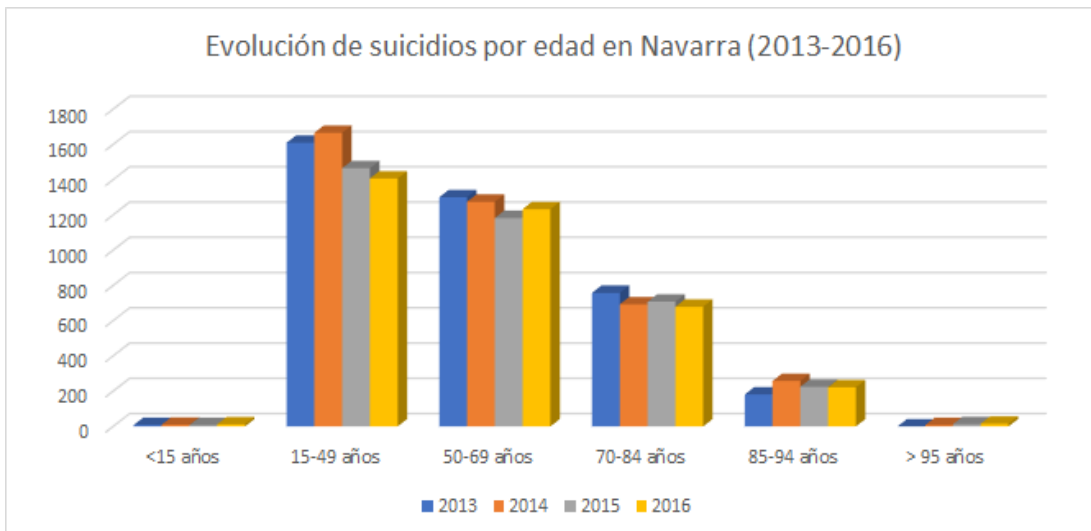


Figura 6: Evolución de suicidios en Navarra (2013-2016). Datos obtenidos del INE. Elaboración propia

En la figura 6 se ve cómo ha progresado desde 2013 el suicidio en Navarra. Debemos tener en cuenta que no se recogen datos anteriores a 2013 porque hubo un cambio en la normativa judicial lo que hace que las comparaciones con años anteriores puedan darnos números erróneos ⁴⁵. Han descendido ligeramente de 15-49 años y de 70 a 84 años, pero han aumentado de 50 a 69 años. A partir de los 85 años se mantiene estable.

Como se ha comentado anteriormente, la tasa de mortalidad por suicidios tiene una gran diferencia de género siendo más del doble en hombres que en mujeres. Esta relación se observa a lo largo del tiempo sin grandes variaciones. También se puede observar que el número de mujeres muertas por suicidio ronda 907-959 entre 2013-2016, en el caso de los hombres ha habido más variación 2.938-2.662 con 276 fallecidos de diferencia a lo largo de los 4 últimos años.

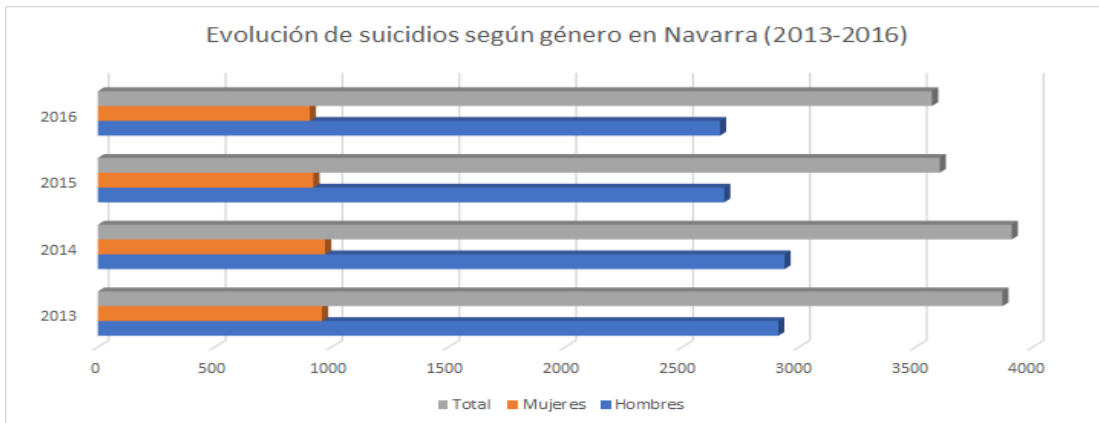


Figura 7: Evolución de suicidios según el género en Navarra (2013-2016). Datos obtenidos del INE. Elaboración propia.

En la figura 7 se representa la evolución de los suicidios en Navarra desde 2013 hasta el 2016 tanto en total como su distribución por géneros.

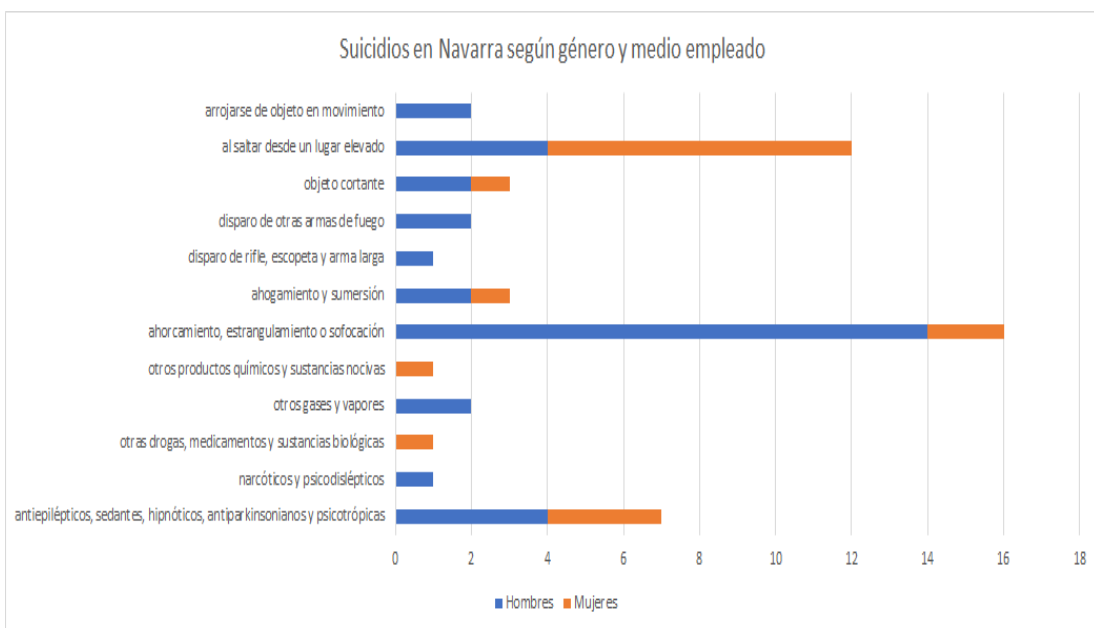


Figura 8: Suicidios en Navarra según el método utilizado y el género. Elaboración propia. Datos obtenidos del INE.

En la figura 8 se constata la diferencia según los géneros según los medios utilizados, no diferenciándose sólo en el número de estos.

En el caso de los hombres el método más utilizado es el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (14/34 → 46,7% de los hombres muertos por suicidio utilizaron este método), en cambio, en el caso de las mujeres es saltar de un lugar elevado (8/17 → 47,1% de las mujeres muertas por suicidio utilizaron este método). Esta diferencia por sexos se invierte en el caso de hablar de intentos de suicidio siendo mayor en las mujeres. No podemos dar datos numéricos de cuanto mayor puesto que los intentos autolíticos no son de declaración obligatoria y sólo podemos estimar los leyendo las historias que pasan por los Servicios de Urgencias tanto hospitalarias como extrahospitalarias, teniendo en cuenta que muchos pueden no requerir de asistencia médica. Esta diferencia puede estar debida a la mayor agresividad e impulsividad del género masculino que hace que los intentos de suicidio se conviertan en suicidios consumados mientras que en las mujeres no logren el objetivo.

4.3 Programas de actuación intento de suicidio en Navarra

Los protocolos establecidos a nivel de la Comunidad Foral de Navarra en los intentos autolíticos se contempla la actuación desde el ámbito sanitario en Atención Primaria, la Red de Salud Mental de Navarra, a nivel educativo y de servicios sociales, así como desde el servicio de 112.

En caso de haya un intento de suicidio se debe llamar al 112, desde donde se coordina la ayuda médica y psicológica, así como el traslado del paciente al Servicio de Urgencias de referencia. Además, se avisa al Cuerpo Policial que deba intervenir en el caso y se da atención médica o psicológica a las personas allegadas que la requieran, en caso de que el médico coordinador lo considere oportuno.

¿Y qué pasa en el Servicio de Urgencias? Al contrario que en el resto de los servicios nombrados anteriormente, Urgencias carece de un protocolo de actuación frente a los intentos autolíticos. Y lo que cabe destacar es que tampoco hay una formación específica a los profesionales sanitarios que trabajan en este servicio.

5. DISCUSIÓN

Tras analizar los resultados obtenidos en la búsqueda bibliográfica podemos identificar dos grandes bloques de información, la epidemiología del suicidio, que nos indica la gravedad del problema, y las políticas planes y programas establecidos, que nos hace ver que el suicidio es priorizado frente a otros problemas de salud. Sin embargo, destaca la ausencia de un protocolo de actuación ante la llegada a urgencias de pacientes con ideas o intentos autolíticos, siendo este el lugar sanitario al que primero acuden.

La epidemiología del problema muestra que en Navarra hay aproximadamente un muerto a la semana por suicidio (7,96 fallecidos por esta causa de cada 100000 habitantes en la Comunidad Foral de Navarra); teniendo en cuenta que es una de las Comunidades autónomas más pequeñas (640647 habitantes) es una cifra realmente alarmante.

Entre las muertes por causas externas más frecuentes se encuentran los accidentes de tráfico, para los cuales se han hecho y continúan haciéndose muchas campañas de prevención desde hace tiempo, tanto publicitarias como medidas para reducirlos a nivel estatal (cambios en las velocidades de las vías, carné por puntos, más controles de velocidad, etc.). Estas campañas preventivas han hecho que la mortalidad por esta causa haya disminuido a lo largo de los años de 4104 fallecidos por accidentes de tráfico en 2006 a 1180 fallecidos en 2018, 18 menos que en 2017 (1.53%). La tendencia de esta mortalidad es descendiente a lo largo de los años.

Las caídas, en las que se ve una tendencia ascendente desde 2006 pasando de algo más de 1500 muertes en ese año a casi el doble en 2016. Han ido aumentando, no en número, sino que también ha aumentado su registro en los centros sanitarios lo que genera que los valores no sean del todo comparables con los años anteriores. Con el aumento del registro y de concienciación por el cambio en los valores, se han

instaurado medidas preventivas en hospitales (calzado cómodo, de su talla y que se meta el talón) además de educación acerca del mobiliario o uso ayuda para la deambulación desde los centros sanitarios. Estas medidas a la larga traerán un descenso en las tasas de mortalidad por esta causa.

Los suicidios no han cambiado demasiado desde 2006 puesto que no se ha cambiado el modo de afrontarlos. Durante todos estos años han rondado desde las 3000 muertes hasta las 4000. El suicidio continúa siendo un tema tabú, no aparece en medios de comunicación, ni se anuncian medidas preventivas por miedo al efecto Werther o efecto llamada. Se teme que al anunciarlo como problema de salud aumenten las tasas en lugar de descender. Esto está cambiando en los últimos tiempos porque ya hemos podido ver alguna noticia en los periódicos hablando de suicidios y más de una noticia en la televisión o la radio que habla de los números de muertes por esta causa.

Como la publicación de las tasas de mortalidad por esta causa no se ha había considerado hasta ahora no podemos saber cómo va a ser el progreso, pero antes de esto ya se había considerado la idea de prevenirlos estableciendo políticas planes y programas que lo contemplaran como problema de salud, de manera global (OMS), nacional y comunitaria, con unos objetivos comunes, guías para mejorar las actuaciones y protocolos que nos guíen en las actuaciones de manera más rápida y efectiva.

El suicidio no afecta por igual a toda la población, lo que se puede ver reflejado en el número de muertes por esta causa entre los hombres en Navarra en el 2016 (34) frente a las muertes en mujeres (17). También cabe destacar que en el caso de las mujeres cometen muchos más intentos de suicidio que los hombres. Esta diferencia según el sexo también se describe en el método empleado para el suicidio siendo en los hombres el más frecuente el ahorcamiento o asfixia y en mujeres el salto al vacío. Tanto en hombres como en mujeres, el mayor número de intentos de suicidio que no provocan la muerte de la persona son por consumo de medicación.

En un estudio llevado a cabo entre 2010 y 2013 se concluyó que los grupos de población en Navarra con mayor índice de intentos de suicidio eran los pacientes de Trastornos de Personalidad y las mujeres con diagnósticos de trastorno afectivo, ansiedad o consumo de tóxicos lo que nos lleva hacernos una idea de los factores de riesgo que pueden compartir estas personas.

Los intentos de suicidio, así como los suicidios, no se producen de una manera aleatoria si no que se modulan por unos factores de riesgo y otros que protegen de ello. Entre los factores de riesgo destacan las enfermedades psiquiátricas y algunos rasgos de personalidad como la impulsividad y la agresividad.

Son factores protectores, que debemos llevar a nuestra práctica clínica, las restricciones a armas o utensilios que puedan ser utilizados como armas potenciales, así como medicaciones mortales a las que se puede tener acceso tanto a nivel ambulatorio como a nivel hospitalario, esto justificaría la actuación de seguridad, celadores o contención por el apoyo familiar en casos en los que no ceden ideas suicidas en el ámbito sanitario.

Como hemos podido comprobar en la revisión bibliográfica muchos de los estudios se centran en el análisis de las defunciones por suicidio más que en los intentos y en su tratamiento ya que hay más acceso a la mortalidad que al número de intentos de suicidio. Se debe tener en cuenta que hay mucha más ideación de suicidio que intentos, y muchos más intentos de suicidio que suicidios consumados. Muchas de las ideaciones suicidas o intentos no producen mayores problemas médicos por lo que no pasan por la atención sanitaria por ello lo que provoca que no se puedan tener registros completamente veraces acerca del número de personas afectadas por ello.

Debido a los números alarmantes de muertes por esta causa, y los pacientes que acuden a servicios sanitarios por ideación o intentos autolíticos se plantean pautas a seguir tanto a nivel internacional por la OMS, como Nacional con políticas en las que se contempla el suicidio como un problema del que se quieren mejorar los resultados, planes y programas a nivel más pequeño para conseguir los objetivos marcados en las políticas.

En los programas vigentes se contemplan tanto la investigación para limitar poblaciones, así como para saber cuáles son las mejores actuaciones ante determinadas situaciones, como la definición de una cartera de servicios de salud

mental suficiente y funcional, a la que tengan acceso los pacientes y sea efectiva a la hora de resultados medidos en salud. Además, se tiene que hacer mucho hincapié en la formación de los profesionales sanitarios tanto con especialidades EIR y MIR como lo son salud mental y psiquiatría respectivamente, pero también en el caso de ser personal sanitario sin tener una especialidad se debe saber actuar en los casos descritos.

La formación de los profesionales que pueden intervenir en la atención del paciente con intento autolítico es esencial. No hay demasiados estudios sobre la necesidad de formación de los profesionales en este tema, pero cuanto mayor es el conocimiento en un tipo de pacientes menor es el nivel de ansiedad que genera el enfrentamiento a él. En el caso de plantas de psiquiatría con personal entrenado y con protocolos establecidos para los casos de intentos autolíticos se hace de manera más automática puesto que el conocimiento ya se tiene adquirido, en cambio en Urgencias, donde se ven más tipos de pacientes, en muchos casos la formación en los pacientes con patología psiquiátrica es menor puesto que se derivan a su especialista ⁴⁶.

El personal que está en mayor contacto con pacientes con problemas mentales que aumentan el riesgo de las conductas suicidas, así como pacientes con ideación suicida, son la Red de Salud Mental con sus especialistas (EIR y MIR de salud mental y psiquiatría), Atención Primaria que ven el cambio en los pacientes que acuden a sus consultas y los pueden conocer más a fondo que en otros recursos, y el Servicio de Urgencias al que llegan los pacientes con ideación autolítica no controlada o intentos autolíticos. Sin embargo, en el Servicio de Urgencias no existe una formación específica para los profesionales sanitarios que tratan con estos problemas. Cabe resaltar que el estrés de los profesionales aumenta con la falta de conocimiento de la patología o del modo de actuación aumentando de igual modo la posibilidad de ser segundas víctimas (profesionales que tras causar un efecto adverso les genera consecuencias negativas en todas las facetas de la vida tanto personal como profesional), por lo que resulta de vital importancia el establecimiento de un protocolo que se pueda seguir desde el Servicio de Urgencias.

En el protocolo que se establezca para la actuación ante casos de ideación o intentos suicidas en el Servicio de Urgencias, siempre primero se tratará de corregir las consecuencias médico-quirúrgicas que se hayan podido producir, y luego la psicopatológica o mental, con profesionales especializados en ello (psiquiatría).

6. CONCLUSIONES

Conocer ante qué tipo de problema estamos, así como los factores que influyen y por tanto ante los que podemos actuar, contar con unificación de criterios y tener una pauta a seguir es imprescindible para hacer frente a este problema de salud de manera óptima en servicios como el de Urgencias.

Los datos obtenidos provienen tanto a nivel global, como de la Unión Europea, España y Navarra para poder establecer comparaciones entre ellos, así como el análisis de las diferencias en el género métodos empleados o la evolución de los números y edades en las que más se producen. Artículos sobre suicidios consumados y números que nos llevan a las estadísticas hay muchos ya que son muertes de declaración obligatoria lo que nos facilita el trabajo de búsqueda, y contextualización del problema.

El número limitado de artículos relacionados con la atención desde el Servicio de Urgencias de este tipo de pacientes, así como los intentos de suicidio y la falta de registros hace que sea complicada la investigación del tema, aunque sea un problema priorizado tanto a nivel internacional como nacional con políticas planes y programas que se están llevando a cabo para mejorar los resultados de salud.

Existen distintos protocolos de actuación relacionados con el suicidio no solo a nivel sanitario, (Policía, atención primaria, Red de Salud Mental). Teniendo en cuenta que en casos de intentos de suicidio el servicio de referencia es el de Urgencias llama la atención que no haya un protocolo establecido en Navarra.

Finalmente, la formación del profesional sanitario en problemas de salud atendidos mayoritariamente en el Servicio de Urgencias debe ser prioritaria. Se trata de un servicio que, si bien no atiende a pacientes de una sola patología o tipo de patologías concretas, si se puede determinar las patologías que se atienden con mayor frecuencia o que son de una mayor gravedad, así como que tienen una mayor especificidad en la atención como pueden ser los intentos autolíticos. Para ello los protocolos se convierten en los instrumentos de ayuda más preciados, ya que unifican los criterios de actuación e impiden o minimizan los riesgos de cometer errores que se pueden dar por falta de conocimiento. en Navarra, sin embargo, no se cuenta con un protocolo de atención al suicidio en el Servicio de Urgencias y de aquí se deriva nuestra propuesta.

**7. PROPUESTA:
ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EL INTENTO
AUTOLÍTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

Como se explica anteriormente el suicidio es un problema de salud pública que provoca de media una muerte a la semana en la Comunidad Foral de Navarra lo que hace que sea priorizado frente a otros. Ante esa priorización se ve que existen protocolos de actuación para la Guardia Civil, Atención Primaria y la Red de Salud Mental. No sé incluye el Servicio de Urgencias en los protocolos a pesar de que es el primer Servicio sanitario al que acuden las víctimas ya sea a nivel hospitalario o extrahospitalario por lo que es de vital importancia el establecimiento de uno.

El establecimiento de protocolos en Urgencias hace que se trabaje con mayor celeridad, así como cometiendo menos errores lo que hace que el profesional sanitario padezca menor estrés al afrontar los pacientes que se encuadran en ellos.

La propuesta de protocolo va dirigida al Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra. Se conoce que entre el 2 y el 5% de los pacientes con síntomas psiquiátricos requieren de la atención urgente de los profesionales sanitarios atención de manera urgente, por lo que a veces se detecta lagunas en la formación de los profesionales. Además, la formación que tienen es por cursos no obligatorios a los que se acuden por interés propio ya sea por necesidad de conocimiento o tras un paciente mal atendido que genera un estrés mayor.

Como consecuencia de esta falta de conocimiento, los profesionales de estos servicios aumentan mucho su nivel de estrés por el hecho de no saber resolver las situaciones que se les puedan presentar, lo que provoca una duda en su atención que genera en una mala gestión de la asistencia: actitudes dogmáticas, evitación, o demasiada complacencia, eliminación de los exámenes médicos establecidos como mínimos habituales, confusión entre problemas sanitarios y sociales, dificultad en la atención conjunta... El establecimiento de pautas comunes de actuación optimiza el tiempo y calidad del tratamiento, eliminando así riesgos potenciales para paciente, allegados y personal sanitario ⁴⁷. Los intentos autolíticos representan una de las urgencias psiquiátricas más frecuentes. De estos intentos más de un 75% son por sobre ingesta farmacológica ⁴⁸.

La propuesta será presentada para su valoración si procede a la dirección de cuidados del complejo hospitalario de navarra

7.1 Procedimiento

El protocolo que se presenta contempla dos posibles trayectorias definidas. Por un lado, están los pacientes con ideación autolítica y por otro lado, cuando el paciente ya ha realizado un intento autolítico

7.1.1 Paciente con ideación o intento autolítico

La entrada del paciente a urgencias es por admisión donde se recogen los datos necesarios (nombre, apellidos, edad y número de historia clínica) para que pase por el triaje.

Desde el mismo momento en el que el paciente entra en el Servicio de Urgencias es imprescindible garantizar su seguridad siendo prioritario para todo el equipo de trabajo del Servicio. En caso de que se considere necesario se mantendrá vigilado en todo momento ya sea por la familia o por vigilantes de seguridad del complejo o celadores.

Posteriormente el paciente pasará a la consulta que le corresponda según su gravedad y será atendido por el médico donde se le realizarán las pruebas complementarias necesarias. Es necesario que se distinga entre paciente con ideación, amenaza o que ya haya realizado un intento suicida. No se debe olvidar que además del problema de conductas autolíticas también puede tener otras patologías somáticas que se deben tratar.

7.1.2 Paciente con ideación suicida

La OMS ha determinado una herramienta de valoración de la ideación suicida de manera rápida y sencilla para facilitar su derivación ⁵⁰.

RIESGO SUICIDA	SÍNTOMAS	EVALUACIÓN	ACCIÓN
0	Sin distrés	-	-
1	Alterado emocionalmente Pensamientos suicidas	Preguntar acerca de	Escuchar con empatía
2	Ideas vagas de muerte Pensamientos suicidas	Preguntar acerca de	Escuchar con empatía
3	Pensamientos vagos de suicidio (método y plan)	Evaluar posible intento.	Explorar posibilidades Identificar apoyos
4	Ideas de suicidio SIN trastorno psiquiátrico	Evaluar el posible intento (plan y método)	Explorar posibilidades Identificar apoyos
5	Ideas de suicidio Y trastorno psiquiátrico O estrés vital grave	Evaluar el posible intento Realizar contrato terapéutico	Enviar al psiquiatra
6	Ideas de suicidio, Y trastorno psiquiátrico, O estrés vital grave, O agitación E intento previo	Tutela permanente del paciente (para prevenir acceso a medios suicidas)	Hospitalización

Tabla 3: Recomendaciones de la OMS en valoración de la ideación suicida desde Urgencias con acciones con mejores resultados ⁵⁰

La valoración por especialistas en psiquiatría debe realizarse tras la estabilización del paciente y alta médica, tras sintomatología de intoxicación o abstinencia, que debe ser tratado por el médico de urgencias. Se debe actuar con empatía, sin crítica ante la acción o pensamiento autolítico, permitiendo que el paciente se exprese abiertamente sin hacerle sentirse culpable ⁵¹.

Se debe distinguir si el paciente tiene ideación con antecedentes psiquiátricos o si ocurre un contexto de consumo de tóxicos o un paciente en situación de crisis.

En el primer caso, se debe derivar a psiquiatría, mientras que, en el segundo, se debe resolver el cuadro que motiva la idea suicida para una reevaluación posterior. En el caso de que persista la ideación autolítica se debe derivar a psiquiatría, si no persiste, alta médica con evaluación de su médico de referencia y posterior seguimiento con el mismo, así como con el trabajador social de la zona básica de salud que le corresponda y posible derivación a recursos de drogodependencias, según el paciente.

7.1.3 Paciente que ya ha realizado un intento autolítico

Si el paciente ya ha dado el paso al intento de suicidio, el médico de urgencias le pasará la escala SAD PERSONS de Paterson ⁵².

- **S:** Sexo masculino.
- **A:** Edad (age) <20 o >45 años.
- **D:** Depresión.
- **P:** Tentativa suicida previa.
- **E:** Abuso del alcohol (etanol).
- **R:** Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos).
- **S:** Carencia de soporte social.
- **O:** Plan organizado de suicidio.
- **N:** No pareja o cónyuge
- **S:** Enfermedad somática

Puntuación: Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente

0-2: alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio

3-4: seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso

5-6: recomendado ingreso sobretodo en caso de ausencia de soporte social

7-10: ingreso obligado incluso en contra de su voluntad con posterior autorización judicial

Escala de valoración de riesgo autolítico SAD PERSONS de Paterson ⁵²

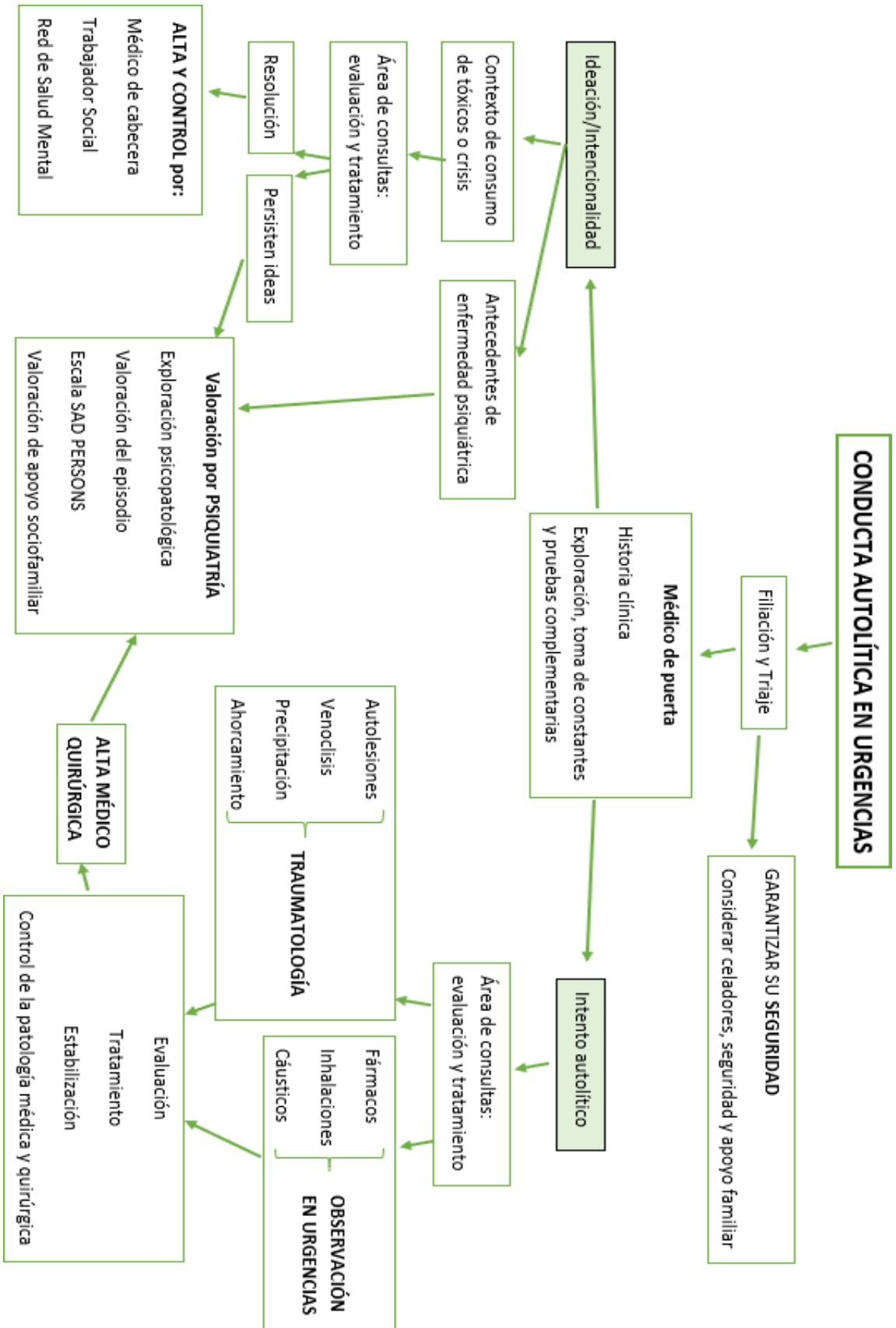
Después de pasarle la escala se le derivará a traumatología en caso de que el método haya sido por ahorcamiento, precipitación, autolesión o venoclisis, sobre todo si tras exploración se considera que puede haber riesgo osteotendinoso o vasculonervioso. En caso de que el intento haya sido, el más frecuente, sobre ingesta medicamentosa, inhalaciones o ingestión de cáusticos, el paciente pasará al Área de Observación de urgencias donde se le estabilizará de manera médico-quirúrgica antes de evaluación psiquiátrica.

Todo paciente que realiza una sobre ingesta voluntaria debe permanecer en Observación un tiempo dependiendo del tipo de fármaco ingerido, cantidad, vida media del mismo, patologías asociadas, tiempo que ha tardado en acudir a urgencias desde la ingesta, etc. El paciente deberá permanecer en el Servicio de Urgencias, aunque el riesgo de problemas somáticos sea mínimo. El tiempo estimado es de 12-24h, siendo mejor el día completo ⁵³.

Tras la valoración psiquiátrica se pueden dar dos casos. Por un lado, se puede decidir dar el alta en cuyo caso se adjunta el informe de alta del Servicio de Urgencias y de Psiquiatría. Otra opción es que se decida el ingreso dependiendo de la intensidad de intencionalidad autolítica, capacidad de autocontrol y calidad de control externo (soporte social y familiar), en cuyo caso se registrará el informe de alta de Urgencias en la Historia Clínica del paciente y se le entregará al alta del servicio de psiquiatría.

En el caso de que el paciente tenga que ingresar en otra unidad (UCI, cirugía...) se avisará al psiquiatra para la valoración del paciente en ese momento, sino se retrasará hasta que pueda valorarlo. Lo que no se debe hacer. En caso de que no tenga la estabilidad médico quirúrgica o psicológica adecuada se retrasará hasta que se pueda valorar con las condiciones más adecuadas. Como siempre, en tanto se lleva a cabo la valoración, los cuidados se seguirán prestando con los adecuados niveles de seguridad.

En el caso de que el paciente se negara a determinados procedimientos que el médico de Urgencias considera necesarios, o si pidiera la alta voluntaria antes de terminar el proceso terapéutico, se actuará siempre garantizando la autonomía del paciente y su seguridad ⁵³.



8. BIBLIOGRAFÍA

1. Bille Brahe U. *"Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998"* [internet] [citado 7 oct 2018]. Disponible en: <http://selvmord.wnm.dk/filecache/31137/1277884104/e60709whopublicationsuicidalbehaviourineuropebille-brahe1998.pdf>
2. Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. *"Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors"*. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):264-77. [internet] [4 oct 2018]
3. De Leo D, Bertolote JM, Lester D. Self-directed violence. En: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. *"World Report on violence and health. Geneva: World Health Organization"*; 2002. p. 183-212. [Internet] [citado 3 oct 2018]
4. Goñi-Sarriés, A., Blanco, M. and Azcaráte, L. (2018). *"Are previous suicide attempts a risk factor for completed suicide?"*. [Internet] [citado 2 nov 2018] *Psicothema*, (Vol. 30, No 1), pp.33-38.
5. Bobes García J, Giner Ubago J, Daiz J. Suicidio y Psiquiatría. *"Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida"*. [Internet] [citado 2 nov 2018] Madrid: Triacastela; 2011.
6. Brent, D. A.; Mann, J. J. (2005): *"Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior"*. [Internet] [citado 2 nov 2018], *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, 133C (1): 13-24.
7. Baldessarini, R. J.; Hennen, J. (2004): *"Genetics of suicide: an overview"*. [Internet] [citado 4 nov 2018] *Harv Rev Psychiatry*, 12(1): 1-13.
8. Instituto Nacional de Estadística data base. [Internet] [citado 1 oct 2018]
9. Instituto Nacional de Estadística data base. [Internet] [citado 2 oct 2018]
10. Mittendorfer-Rutz, E.; Rasmussen, F.; Wasserman, D. (2008): *"Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register based nested case control study"*, [Internet] [citado 5 nov 2018] *Soc Psychiatr Epidemiol*, 43(1): 28-36.
11. Agerbo, E.; Gunnell, D.; Bonde, J. P. et al. (2007): *"Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences"*. [Internet] [citado 19 oct 2018], *Psychol Med*, 37(8): 1131-40.
12. Turvey, C. L.; Conwell, Y.; Jones, M. P. et al. (2002): *"Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study"* [Internet] [citado 19 oct 2018], *Am J Geriatr Psychiatry*, 10(4): 398-406.
13. Masocco, M.; Pompili, M.; Vanacore, N. et al. (2010): *"Completed suicide and marital status according to the Italian region of origin"*, [Internet] [citado 19 oct 2018] *Psychiatr Q*, 81(1): 57-71.
14. Wong, P. W.; Chan, W. S.; Chen, E. Y. et al. (2008): *"Suicide among adults aged 30-49: a psychological autopsy study in Hong Kong"*, [Internet] [citado 19 oct 2018] *BMC Public Health*, 8(1): 147.

15. American Psychiatric Association (2003): "*Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*", [Internet] [citado 19 oct 2018] Arlington, American Psychiatric Publishing.
16. Wong, P. W.; Chan, W. S.; Chen, E. Y. et al. (2008): "Suicide among adults aged 30-49: a psychological autopsy study in Hong Kong" [Internet] [citado 19 oct 2018] BMC Public Health, 8(1): 147.
17. Isometsa, E. T. (2001): "Psychological autopsy studies-a review", [Internet] [citado 19 oct 2018] Eur Psychiatry, 16(7): 379-85.
18. Isometsa, E. T. (2001): "Psychological autopsy studies-a review", [Internet] [citado 19 oct 2018] Eur Psychiatry, 16(7): 379-85.
19. Coryell, W.; Young, E. A. (2005): "*Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder*", [Internet] [citado 19 oct 2018] J Clin Psychiatry, 66(4): 412-7.
20. Meltzer, H. Y.; Alphas, L.; Green, A. I. et al. (2003): "*Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT)*", [Internet] [citado 19 oct 2018] Arch Gen Psychiatry, 60(1):82-91.
21. Khan, A.; Leventhal, R. M.; Khan, S. et al. (2002): "*Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database*" [Internet] [citado 19 oct 2018] J Affect Disord, 68(2-3): 183-90.
22. Conner, K. R.; Duberstein, P. R. (2004): "*Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration*", [Internet] [citado 19 oct 2018] Alcohol Clin Exp Res, 28(5 Suppl): 6S-17S.
23. Pompili, M.; Girardi, P., Tatarelli, G. et al. (2006): "*Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern*", [Internet] [citado 19 oct 2018] Eat Behav, 7(4): 384-94
24. James, A.; Lai, F. H.; Dahl, C. (2004): "*Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations*", [Internet] [citado 19 oct 2018] Acta Psychiatr Scand, 110(6): 408-15.
25. Stenager, E. N.; Stranger, E. (2000): "*Physical illness and suicidal behaviour*" [Internet] [citado 19 oct 2018]: Hawton, K.; van Heeringen, K. (eds): The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide, Chichester, John Wiley & Sons, pp. 405-20.
26. Tang, N. K.; Crane, C. (2006): "*Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links*", [Internet] [citado 30 oct 2018]: Psychol Med, vol. 36(5): 575-86.
27. Conner, K. R.; Duberstein, P. R.; Conwell, Y. et al. (2003): "*Reactive aggression and suicide: Theory and evidence*" , [Internet] [citado 3 nov 2018]: Aggress Violent Behav 8(4): 413-32.
28. Bobes García J, Giner Ubago J, Daiz J. Suicidio y Psiquiatría. "*Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*". [Internet] [citado 3 nov 2018]: Madrid: Triacastela; 2011.
29. Bobes, J., Giner, J., & Sainz, J. (2011). "*Suicidio y psiquiatría*" [Internet] [citado 1 oct 2018]: España - Sociedad Española de Psiquiatría, 185: 58-92 Retrieved from http://www.fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatría-Texto.pdf

30. Kessler, R. C.; Berglund, P.; Borges, G. et al. (2005): *"Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990- 1992 to 2001-2003"*, [Internet] [citado 9 oct 2018]: JAMA, 293: 2487-95
31. Kessler, R. C.; Berglund, P.; Borges, G. et al. (2005): *"Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990- 1992 to 2001-2003"*, [Internet] [citado 9 oct 2018]:JAMA, 293: 2487-95
32. Bernal, M.; Haro, J. M.; Bernert, S. et al. (2007): *"Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study"*,[Internet] [citado 6 oct 2018]:J Affect Disord, 101: 27-34.
33. Casey, P. R.; Dunn, G.; Kelly, B. D. et al. (2006): *"Factors associated with suicidal ideation in the general population: five-centre analysis from the ODIN study"*, [Internet] [citado 6 oct 2018]:Br J Psychiatry, 189:410-5.
34. Ec.europa.eu. (2018). *Estadísticas sobre causas de muerte - Statistics Explained*. [online] [citado 8 nov 2019] Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics/es [Accessed 27 Oct. 2018].
35. Ros S, Arranz F. *"Conducta suicida"*. [Internet] [citado 19 nov 2018]:In: Vallejo R, editor. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 6ª ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 271-94.
36. Gómez Pardiñas, S.M. (2013). *"Interconsulta Psiquiátrica en un Hospital General. Intentos de suicidio y Factores relacionados"* [Internet] [citado 11 oct 2018]: Doctorado, licenciatura medicina. Universidad Da Coruña.
37. Organización Mundial de la Salud. *"Salud Mental en Europa: Políticas y práctica."* [Internet] [citado 11 oct 2018] Organización Mundial de la Salud. (3) Declaración.
38. OMS, 1987; OMS,2001a
39. Zeithaml, V., Rust, R. and Lenon, K. (2001). *"The Customer Pyramid: Creating and Serving Profitable Customers"*. California Management Review, [Internet] [citado 11 oct 2018](vol. 43, 4), pp.pp. 89-105. Available at: <https://cmr.berkeley.edu/search/articleDetail.aspx?article=3849> [Accessed 4 Jan. 2019].
40. Fundación de salud mental española Para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio (2018). *"La Salud también es Mental"*. [Internet] [citado 11 nov 2018] Available at: <https://www.alansaludmental.com/> [Accessed 18 Nov. 2018].
41. Osasunbidea *"Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023"*. (2018). [Internet] [citado 11 oct 2018] 1st ed. Pamplona: Flamarique Chocarro, Mª Begoña,pp.71-73.
42. Cabello, J.B por CASPe. *"Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica"*. [Internet] [citado 2 feb 2018]Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno I.p.5-8.
43. Instituto Nacional de Estadística data base [Internet] [citado 1 oct 2018]
44. Instituto Nacional de Estadística data base [Internet] [citado 2 oct 2018]
45. Instituto Nacional de Estadística (2015). *"Defunciones según la causa de muerte"*. [Internet] [citado 11 oct 2018] Available at: <https://www.ine.es/prensa/np896.pdf> [Accessed 25 Oct. 2018].
46. Gobierno de Navarra (2014). *"Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas"*. [Internet] [citado 27 nov 2018] Pamplona, pp.77-103.

-
47. Del Pino Montesino, JI: *“Actuación con el paciente en situaciones conflictivas de urgencia sanitaria. Curso de Formación sobre Urgencias Psiquiátricas”*. [Internet] [citado 27 nov 2018] Área Hospitalaria Virgen de Macarena. Sevilla, 2006.
 48. Jiménez Morón D: *“Cantidad y tipo de fármacos en los intentos de suicidio por intoxicación medicamentosa”*. [Internet] [citado 27 nov 2018] *Psiquiatría Biológica* 2004; 11(6):211-8).
 49. España Osuna, A., Fernández Pérez, C. and et al. (2010). *“Protocolo de Urgencias Hospitalarias ante conductas suicidas”*. [Internet] [citado 27 nov 2018] *Revista médica de Jaén*, pp.29-34.
 50. World Health Organization. *“Preventing suicide. A resource for general physicians”*. [Internet] [citado 27 nov 2018] Geneve: 2000.
 51. Zimmermann-Serret A, Carballo-Álvarez M, Alcaraz-Bravo J: *“Tentativa de suicidio. Valoración de un caso clínico en un servicio de urgencias”*. [Internet] [citado 27 nov 2018] *Enferm Clin.* 2007
 52. Paterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson G. *“Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale.”* [Internet] [citado 20 nov 2018] *Psychosomatics.* 1983; 24(4): 343-349.)
 53. García Campayo J, Rami MC, Cerdán Lanero C: *“Valoración de un paciente con ideación suicida”*. [Internet] [citado 23 nov 2018] *FMC.* 2006