

POLICLINICO UNIVERSITARIO "FELIPE POEY ALOY", NUEVA PAZ

CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL MÉDICO EN EL MANEJO DEL INTENTO SUICIDA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Dr. Idalberto Aguilar Hernández¹, Lic. Leidi Sandra Perera Milian², Lic. Isnaldo Cañizares Carmenate³.

1. Especialista de II grado en Medicina General Integral. Master en Urgencias Médicas en Atención Primaria.
2. Licenciada en Enfermería. Profesora Instructora.
3. Licenciado en Pedagogía y Psicología. Master en Psicología de la Salud. Profesor Instructor.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional y transversal desde el 1ro de Enero al 30 de Junio de 2006 en 25 médicos que laboran en los servicios de urgencias con el objetivo de explorar los conocimientos del personal médico sobre el manejo del Intento suicida en los servicios de urgencias. Se realizó una guía de observación y se aplicó una encuesta estructurada en cinco secciones que tenían seis preguntas obteniéndose como resultados que existen debilidades en los conocimientos de los médicos que laboran en los servicios de urgencias para abordar esta conducta relacionadas con la valoración de las circunstancias, la identificación de los antecedentes psicosociales, la expiración clínica y la conducta general.

Descriptores DeCS: **INTENTO DE SUICIDIO; URGENCIAS MÉDICAS**

INTRODUCCIÓN

Para la valoración y el tratamiento del paciente con Intento Suicida, el médico traducirá sus conocimientos sobre los factores de riesgo de suicidio en un plan coherente para la valoración y

la asistencia clínica cuidadosas del enfermo y programará un conjunto de intervenciones en las diversas esferas de influencia de riesgo identificadas que operan en el paciente en particular¹⁻⁴.

El suicida puede manifestar signos y síntomas clínicos muy diferentes. Con frecuencia experimenta alteraciones del humor lo mismo que quejas somáticas, que adoptan formas diversas, desde la fatiga, pérdida de peso hasta cefalea y síntomas gástricos.

Debe elaborarse una historia clínica y psiquiátrica cuidadosa del sujeto, con atención especial en la exploración del estado mental y la historia psicosocial que incluya la presencia reciente de una experiencia humillante, pérdida de seres queridos, estrés de vida y consumo o abuso de sustancias.

Una vez que el médico ha determinado la presencia de ideación, planes suicidas, o ambas cosas, debe sujetarse a diferentes componentes esenciales de la asistencia clínica de buena calidad. Las intervenciones se orientarán sobre todo al sistema en el que se produce la conducta suicida, esto es, el propio paciente, sus familiares y la comunidad, cuando sea posible.

Son de enorme importancia los aspectos psicológicos de la asistencia clínica del suicida; uno de los factores principales del tratamiento es la relación entre médico y paciente. El primero ofrece cuidados de apoyo al permitir a la persona, ventilar sus sentimientos dolorosos mediante exposiciones que ayuden a este último a encontrar alternativas, mejorar sus relaciones interpersonales y cambiar sus pensamientos negativos y reorientarse sobre el futuro. Esto se puede lograr si se escucha con atención y en actitud comprensiva todo lo que dice el sujeto, se le hacen preguntas pertinentes que le ayuden a compartir sus sentimientos suicidas y se le ofrecen esperanzas. El estilo terapéutico del clínico debe ser flexible y de apoyo en estos momentos, con lo que tranquiliza al paciente. El profesional o su suplente deben estar a la disposición las 24 horas del día y conservar el contacto frecuente con el enfermo. ⁵

Las intervenciones psicosociales durante este período de crisis deben tener como fin mejorar las deformaciones del pensamiento que acompañan la enfermedad, ayudarlo a volverse más flexible y optimista. Muchas personas están experimentando un estado de desesperanza y no pueden imaginarse otra solución, salvo el suicidio.

Los medicamentos pueden aliviar en parte el sufrimiento inicial que acompaña a los síntomas biológicos de la enfermedad psiquiátrica., con lo que el paciente dispondrá de más energía para explorar sus sentimientos y resolver sus problemas. El tipo de medicamento depende de los síntomas y del diagnóstico clínico. Cuando prescriba agentes psicofarmacológicos, el médico debe prestar atención a los siguientes factores:

1. Ofrecer al paciente información sobre los fármacos y sus efectos colaterales
2. Asegurarse que la posología es la adecuada.
3. Confiar el medicamento a un familiar cuando sea posible.

4. Prescribir los fármacos sólo en pequeñas cantidades para evitar la sobredosis.
5. No permitir que se resurtan las medicinas sin otra prescripción escrita.

La atención cuidadosa a estos detalles ayuda a prevenir tragedias, pues no debe olvidarse que muchos suicidas se quitan la vida con los fármacos prescritos por sus médicos. Más aún, el cuidado de estos aspectos ofrece al sujeto la sensación de que el profesional se preocupa por él y está tomando las debidas precauciones para conservarlo vivo.

Otro aspecto que debe cuidar el médico es el de los sentimientos y actitudes (contratransferencia), que pueden aparecer en él cuando trata a personas suicidas. Los pacientes de esta clase suelen ser difíciles de tratar y sus familias son a menudo muy exigentes.

Es frecuente que al principio se considere el médico como la persona que puede resolver de inmediato todos los problemas y, cuando no sucede así, se manifieste una ira contra él. Los pacientes pueden resistirse, además, a las recomendaciones terapéuticas del facultativo. En muchos casos, estos factores se combinan y hacen que el médico se sienta desamparado; cuando sucede así muchos se retiran del caso o transmiten mensajes negativos a sus enfermos. Es de gran importancia, por tanto, que el médico controle sus sentimientos y reacciones personales y sea capaz de afrontar la ansiedad generada por el trabajo con suicidas con objeto de que pueda proporcionar un tratamiento de calidad a éstos y sus familiares.^{6,7}

Teniendo en cuenta la importancia que reviste el tema y tomando en consideración que el Intento Suicida constituye una urgencia psiquiátrica nos motivamos a la realización de esta investigación con el objetivo de explorar los conocimientos del personal médico en el manejo de este daño a la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS .

Se realizó un estudio observacional y transversal desde el 1ro de enero hasta el 30 de junio de 2006 en 25 médicos que laboran en los servicios de urgencias con el objetivo de explorar los conocimientos del personal médico sobre su manejo del Intento Suicida en los servicios de urgencias.

Se elaboró una encuesta al personal médico que se estructuró en cinco secciones con un total de seis preguntas.

La sección I “Valoración de las circunstancias del intento”, tiene dos preguntas relacionadas con la gravedad y letalidad de los métodos empleados.

La sección II “Antecedentes Psicosociales “, recoge con una pregunta los factores de riesgo psicosociales a tener en cuenta en la atención de estos pacientes.

La sección III “Exploración de síntomas de presentación “recoge la exploración de los diferentes síntomas de presentación de esta conducta.

La sección IV “Exploración Clínica “, busca la correcta identificación de síntomas y signos clínicos en la asistencia clínica de estos pacientes.

La sección V ”Actuación terapéutica general “, explora las diferentes actuaciones médicas en el orden general que se relacionan con la resolutivez de los intentos suicidas.

Para la confección de esta encuesta se tuvo en cuenta los elementos que recoge la Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas de la Dra. Susan J. Blumenthal, los cuales fueron modificados a criterio del autor.

Para validar la misma se realizó un pilotaje con 15 médicos del municipio Nueva Paz que no serían incluidos posteriormente en la investigación. Sus resultados fueron evaluados por un grupo de expertos, integrado por tres especialistas de Psiquiatría, conocedores del tema y con experiencia acumulada en la atención de esta entidad en nuestra provincia.

Finalmente se aplicó la encuesta a 25 médicos que laboran en los tres servicios de urgencias de nuestro territorio (Policlínico Universitario “Felipe Poey Aloy”; Policlínico Docente “Humberto Castelló Aldana” y la Posta Médica de Vegas).

El análisis estadístico de los porcentajes se realizó usando la tabla de contingencia a través de la dócima X² (Steel and Torrie 1988). En las tablas donde se combinan varios factores la significación dentro de la tabla se refiere a la interacción entre los factores.

En los casos en que se alcanzó diferencias significativas ($P < 0.05$, $P < 0.01$ ó $P < 0.001$) se aplicó la dócima de comparación múltiple de Duncan (1955).

Se procesó la información de forma estadística a través de una PC Pentium IV, con ambiente de Windows XP, los textos se procesaron en Word XP y las tablas y gráficos se realizaron en Excel XP utilizando valores absolutos y porcentuales. Todo ello permitió arribar a conclusiones y recomendaciones.

Se tuvo en cuenta para la realización de la investigación el consentimiento previo del personal médico involucrado en la investigación.

RESULTADOS

Al analizar las circunstancias del intento se puede observar en la tabla 1 como el 80.00% tiene en cuenta siempre el método empleado para abordar al paciente, sin embargo, el 60.00% de los médicos responden A Veces o Nunca sobre el conocimiento de la letalidad de estos métodos.

Tabla 1. Circunstancias del intento.

Circunstancias	Siempre		A Veces		Nunca		EE y Sign
	No	%	No	%	No	%	
¿Tiene usted en cuenta el método empleado para abordar el paciente?	20	80.00a	5	20.00b	0	0.00b	±9.42 ***
¿Conoce usted la letalidad de los distintos métodos utilizados en los intentos suicidas?	10	40.00	7	28.00	8	32.00	±9.42 NS

EE: Error estándar

a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según Duncan (1955)

*** P < 0.001

NS: P > 0.05 No significativo

Al explorar los conocimientos sobre los antecedentes psicosociales que debe identificar el médico al abordar un paciente con Intento Suicida podemos observar según los resultados expuestos en la tabla 2 como el estado confusional previo, el abuso de sustancias tóxicas y las crisis por desmembramiento no fueron considerados de importancia por los mismos representando el 16.00%, 44.00% y 48.00 % respectivamente. El resto de los antecedentes fueron respondidos por más de la mitad de estos profesionales como de interés a identificar.

Tabla 2. Antecedentes Psicosociales

Antecedentes	No	%
Intento previo de suicidio	25	100.00a
Abuso de sustancias tóxicas	11	44.00bc
Estado confusional previo	4	16.00c
Crisis por desmembramiento	12	48.00bc
Situación laboral	15	60.00b
Enfermedad crónica	13	52.00bc
Trastornos psicoafectivos	17	68.00ab
Antecedentes familiares de conducta suicida	18	72.00ab
EE y Sign.		±9.89 ***

EE: Error estándar

a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según Duncan (1955)

*** P < 0.001

La tabla 3 presenta los resultados obtenidos al explorar los síntomas de presentación que debe tener en cuenta el médico ante un paciente que ha cometido un Intento Suicida apreciándose que la desesperanza, el insomnio y la agitación y/o inquietud son considerados sólo por el 36.00%, 44.00% y 48.00 % respectivamente Además es bueno señalar que ninguno de estos son abordados por el 100.00% de los encuestados, lo cual constituye un elemento a tener en cuenta en la capacitación de los mismos para el abordaje integral de estos pacientes.

Tabla 3. Síntomas de presentación.

Síntomas	No	%
Desesperanza	9	36.00c
Depresión	19	76.00ab
Insomnio	11	44.00c
Rechazo familiar	21	84.00a
Sentimientos de fracaso e inutilidad	16	64.00abc
Aislamiento social	23	92.00a
Pensamiento y/o planes suicidas	22	88.00a
Agitación y/o inquietud	12	48.00bc
EE y Sign.		±9.44 ***

EE: Error estándar

a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según Duncan (1955)

*** P< 0.001

Al explorar los síntomas y signos clínicos como se evidencia en la tabla 4 podemos apreciar que existen aún un grupo de ellos que no son examinados por el personal médico, entre ellos la respuesta al dolor solo en el 44.00%, el llene capilar en el 56.00% y la coloración de piel y mucosas en el 64.00%.

Tabla 4. Exploración Clínica.

Aspectos	No	%
Toma de signos vitales	25	100.00a
Auscultación del murmullo vesicular	24	96.00a
Coloración de piel y mucosas	16	64.00bc

Llene capilar	14	56.00c
Estado mental	23	92.00a
Utilización del lenguaje	21	84.00ab
Respuesta al dolor	11	44.00c
Presencia de lesiones traumáticas	22	88.00ab
EE y Sign.		±8.28 ***

EE: Error estándar

a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según Duncan (1955)

*** $P < 0.001$

La tabla 5 presenta la actuación terapéutica general de estos médicos evidenciándose que solo el 56.00 % de los mismos llena de forma adecuada los diferentes registros médicos donde se pudo obtener durante el proceso de aplicación de las encuestas que estos profesionales que laboran en los servicios de urgencia no ven necesario siempre la necesidad del correcto llenado de la Tarjeta de Enfermedad de Declaración Obligatoria así como la remisión para interconsulta de Psiquiatría en estos pacientes.

Tabla 5. Actuación terapéutica general.

Elementos	No	%
Comunicación y Enlaces	25	100.00a
Transporte adecuado para el traslado	25	100.00a
Tratamiento específico según método, severidad y gravedad del hecho	25	100.00a
Registros médicos escritos	14	56.00b
EE y Sign.		±6.26 ***

EE: Error estándar

a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según Duncan (1955)

*** $P < 0.001$

DISCUSIÓN

Es bueno señalar que los elementos involucrados en la valoración de las circunstancias del intento suicida son de vital importancia para la atención con calidad en las urgencias en esta conducta. Estos resultados han denotado las debilidades que aún existen en los conocimientos para la atención a los pacientes con Intentos Suicidas, lo cual hace necesario implementar el

perfeccionamiento de este tema en los cursos de postgrado.

De forma general se evidencia que los factores de riesgo psicosociales son aún una necesidad de aprendizaje para el manejo adecuado de esta conducta en la Atención Primaria de Salud.

Ello estriba en que aún en los servicios de urgencias los profesionales médicos no utilizan de forma adecuada y sistemática el algoritmo de evaluación primaria ante cualquier urgencia médica. Vital importancia ha cobrado la Maestría de Urgencias Médicas en la Atención Primaria de Salud, la cual ha dado las herramientas necesarias para ello.

Silvia González Arias ⁸ se refiere a que el intento o el suicidio son sumamente frecuentes como urgencias psiquiátricas, reconociendo que ante un Intento Suicida la conducta a seguir estará determinada por el método y la gravedad del intento, lo que puede requerir de inmediato procedimientos terapéuticos enérgicos y en la atención de urgencias es importante el alivio de los síntomas, la atención psicológica y la actuación en el medio.

Existe en nuestro país el estudio realizado por Torres Lio-Coo ⁹ que aborda la conducta que toma el profesional médico en los servicios de urgencias, pero no con la exploración de sus conocimientos previamente, el cual manifiesta en su investigación que la conducta seguida por los especialistas en psiquiatría se dirigió, en primera opción, a la remisión al área de salud, como segunda decisión la de ingresar al paciente y como última opción la de remitir a otros hospitales.

Debe destacarse el hecho de que al paciente, además de la asistencia de urgencia, se le orientó un seguimiento con vistas a que no atente nuevamente contra su vida. Beautrais coincide con otros investigadores que señalan que en las estrategias de prevención del suicidio se debe enfatizar el reconocimiento y la adecuada atención de los individuos con trastornos psiquiátricos. Son válidas las estrategias de prevención que propugnan una mayor organización y estructuración de la atención en salud mental, la identificación óptima y el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas así como, el entrenamiento adecuado de los proveedores de atención en salud mental. Diversos estudios son coincidentes en cuanto a que para la reducción del número de intentos suicidas se hace necesario reducir la psicopatología presente en la población y de mejorar la atención de los pacientes con trastornos mentales. ¹⁰

CONCLUSIONES

1. En los conocimientos del personal médico para abordar el Intento Suicida en los servicios de urgencias aún persisten debilidades relacionadas con la letalidad de los métodos ;la identificación de estado confusional previo, el abuso de sustancias tóxicas y las crisis familiares ; la apreciación de desesperanza, insomnio y la agitación y/o inquietud como síntomas de presentación .
2. En los pacientes con Intentos Suicidas persisten dificultades en la exploración clínica de

la respuesta al dolor, el llene capilar y la coloración de piel y mucosas; además de no tener en cuenta como elemento importante la correcta confección de la Tarjeta de EDO y la remisión a Psiquiatría.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fulford K, Broome M, Stanghellini G, Thornton T Hechos y Valores en el Diagnostico Psiquiatrico. World Psychiatry. Rev Oficial WPA; 3 (2)2005: 78-86.
2. Kitamura T, Una mirada con los dos ojos y el corazón abierto: la significación de la vida en el diagnostico psiquiátrico. World Psychiatry.Rev Oficial WPA; 3(2) 2005: 93-4.
3. Blumenthal SJ, Kupfer DJ. Generalizable treatment strategies for suicidal behavior . Ann NY Acad Sci 1986; 487:327-40.
4. Blumenthal SJ, Kupfer AJ. Clinical assessment and treatment of youth suicidal behavior. J Youth Adolesc 1988; 17:1 24,
5. Waltzer H. The medical practioner. En: Hankoff LD, Einsilder B, Littleton MA. Suicide. Littleton, MA: PSG Publishing ,1979. p. 353-361.
6. Mackenzie TB, Popkin MK. Suicide in the medical patient. In J Psychiatry Med 1987; 17: 3-22.
7. Blumenthal SJ. Suicidio: guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. Ansiedad y Depresión .Clínicas de Norteamérica.1988;4:999- 1035
8. González Arias S. Temas de Guardia Médica. La Habana: Ciencias Médicas; 2006.
9. Torres Lío-Coo V, Josué Díaz L, Rodríguez Valdés NR. Conducta suicida en pacientes atendidos en Centro de Urgencias.(seriada en línea). Rev Cubana de Med Milit 2005; 34 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572005000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es Acceso:15 abril 2006
10. Beautrais AL, Joyce PR, Molder RT. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case control study. Am J Psych 1996; 153: 1009-14.

SUMMARY

An observational and transversal study was carried out from January 1st to June 30th, 2006 in 25 doctors that work in the urgency services with the objective to explore the knowledge of the medical personnel on the handling of the suicide attempt in the urgency services. It was made an observation guide and it was applied a structured survey in five sections that had six questions; being obtained as results that there are weaknesses in the knowledge of the doctors that work in urgency services to tackle this conduct related to the appraisal of circumstances, the identification of the psychosocial antecedents, the clinical expiration and the general conduct.

Subject Headings: **SUICIDE, ATTEMPTED; EMERGENCIES**

Dr. Idalberto Aguilar Hernández

E-mail: idaguilar@infomed.sld.cu