



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

TÍTULO:

**“PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS
PACIENTES QUE PRESENTAN INTENTO AUTOLÍTICO
QUE ACUDEN AL HOSPITAL SAN LUIS OTAVALO EN EL
PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2010”**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR
POR EL GRADO ACADEMICO DE MAGÍSTER EN
EMERGENCIAS MÉDICAS**

AUTORA:

LIC. MARIANA DE JESUS CABRERA LUNA

TUTORA:

MSC. MERCEDES MAYARI CASTAÑEDO

AÑO 2015

GUAYAQUIL – ECUADOR



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA DE GRADUADOS
 TELEFAX: 042-38866
 Guayaquil - Ecuador

OfEG#176- PROY

Agosto 15 de 2014

Licenciada
 Mariana Cabrera Luna
 MAESTRÍA EN EMERGENCIAS MÉDICAS
 Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su ANTEPROYECTO de investigación titulado:

"EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUE PRESENTAN INTENTO AUTOLITICO EN EL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO EN EL PERIODO 2010".

Ha sido modificado de la siguiente manera:

"PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES QUE PRESENTAN INTENTO AUTOLITIVO QUE ACUDEN AL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2010"

Tutor de tesis: Dra. Mercedes Mayarí Castanedo, MSc.

Ha sido aprobado por la Dirección de esta Escuela de Graduados, el día 27 de junio del 2014, por lo tanto puede continuar con la ejecución del Borrador Final.

Revisor: Leda. Ketty Piedra

Atentamente,


 Dr. Ernesto Cartagena Cárdenas
 DIRECTOR
 ESCUELA DE GRADUADOS

C. archivo

*INFOACULTA AL INTERESADO.
 M. Lumbuy
 Dic 05-2014*

*Aprobado Borrador Final -
 Ketty Piedra
 27.08.2014*

Revisado y Aprobado:	Dr. Ernesto Cartagena C.
Elaborado:	Natalia Salazar S.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA DE GRADUADOS
 SUBDIRECTORA

FECHA: 27 NOV. 2014
 HORA: 11:17
 RECIBIDO POR: Carolina

Guayaquil, 24 de noviembre del 2014

CERTIFICADO DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del programa de Maestría en Emergencias Médicas nombrado por el Director General de la Unidad de Post-Grado, investigación y desarrollo **CERTIFICO:** Que analizado la tesis presentada por la **Lic. Mariana De Jesús Cabrera Luna**, como requisito para optar por el grado académico de Magister en Emergencias Médicas titulada **“PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES QUE PRESENTAN INTENTO AUTOLÍTICO QUE ACUDEN AL HOSPITAL SAN LUIS OTAVALO EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2010”**, la cual cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que demanda el reglamento de Post-Grado.



MSC. MERCEDES MAYARÍ CASTAÑEDO
C.I. 1725234924



Ministerio
de Salud Pública
Dirección Provincial de Salud de Imbabura
Área de Salud No. 4 Hospital San Luis de Otavalo
DIRECCIÓN

Otavalo, 31 de marzo 2011
Oficio 2014-00204-D

Licenciada
Mariana Cabrera
Presente

De mi consideración

Reciba un cordial saludo de quines conformamos el Área de Salud 4- Hospital San Luis de Otavalo.

En atención a su pedido, me permito informar a usted que está autorizado realizar el "PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES QUE PRESENTAN INTENTO AUTOLÍTICO QUE ACUDEN AL HSLO"

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,


Dr. Salomon Proaño
**DIRECTOR TECNICO DEL ÁREA
DE SALUD N° 4 OTAVALO**



*Se necesita este documento
como apoyo al DAE o
certificaciones para
validación y proceso
ico. T. J. J. J.*

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE LICENCIADOS
Dr. Guillermo Cárdenas C.
SUBDIRECCIÓN

Tuero

Sucre S/N y Estados Unidos
Teléfonos: 593 (2) 920444 ext.: 103
salomon.proano@dpse.gob.ec





UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

TÍTULO:

**“PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS
PACIENTES QUE PRESENTAN INTENTO AUTOLÍTICO
QUE ACUDEN AL HOSPITAL SAN LUIS OTAVALO EN EL
PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2010”**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR
POR EL GRADO ACADEMICO DE MAGÍSTER EN
EMERGENCIAS MÉDICAS**

AUTORA:

LIC. MARIANA DE JESUS CABRERA LUNA

TUTORA:

MSC. MERCEDES MAYARI CASTAÑEDO

AÑO 2015

GUAYAQUIL – ECUADOR

DEDICATORIA

Este trabajo investigativo, fruto de la constancia y superación, lo dedico:
A Dios, hacedor de esta maravillosa creación, entre ellas los seres humanos.

A mis padres con amor y

A mis hijos, que son el amor de mi vida, espero que sigan mis pasos, les dejo este
legado, como ejemplo de perseverancia en los estudios.

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi gratitud y respeto a todos los profesores de la Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas, Facilitadores de la Maestría en Emergencias Médicas.

Sobre todo agradezco a Dios que me ha guiado y me ha dado la fortaleza necesaria para lograr todos mis objetivos.

RESUMEN

El intento Autolítico es el acto humano de autolesiones con la intención de acabar para siempre con la angustia que vivencia el individuo. Según la OMS, este fenómeno está en aumento y se ubica entre las 10 primeras causas de muerte. En nuestro país esta problemática también aumentó y ocupa la 9na causa de mortalidad, se puede producir en cualquier persona, independientemente de su edad, nivel socioeconómico, religión. Siendo este comportamiento un problema de salud a nivel mundial, en nuestro país es necesario fortalecer a las instituciones de salud para enfrentar el reto en la calidad de la atención, ya que es un factor determinante para la sobrevivencia y bienestar de los pacientes.

Los intentos Autolítico originan trastornos emocionales, familiares, económicos y complicaciones, lo que representa un alto índice de morbilidad y mortalidad en la población afectada, esto es evidente en el servicio de Emergencia del hospital San Luis de Otavalo, la mayoría de estos pacientes que presentan intoxicaciones son ingresados al servicio de Medicina Interna; en ellos se invierte mayores recursos económicos en su tratamiento y recuperación. En esta investigación se realizará un protocolo de atención de Enfermería para ser aplicado conjuntamente con los profesionales de la salud y contribuya a mejorar la calidad de atención del paciente suicida que acude al HSLO.

Con un diseño de investigación descriptivo y prospectivo, se realizará un diagnóstico inicial mediante encuestas, observación y estudio de historias clínicas para determinar las falencias que se presentan en la atención y a partir de los resultados proponer una estrategia de atención del equipo de salud.

PALABRAS CLAVE:

INTENTO AUTOLITICO- PROTOCOLO- CALIDAD DE ATENCIÓN- MORBILIDAD-VIOLENCIA.

SUMMARY

The attempt Autolytic is the human act of self-harm with intent to end forever the distress the individual experience. According to WHO, this phenomenon is on the rise and is among the top 10 causes of death. In our country this problem also increased and occupies the 9th cause of death, can occur in anyone, regardless of age, socioeconomic status, religion. This behavior being a health problem globally, in our country it is necessary to strengthen health institutions to meet the challenge in the quality of care, since it is a determining factor for the survival and welfare of patients.

The family Autolytic attempts originate emotional disorders, economic and complications, which represents a high rate of morbidity and mortality in the affected population, this is evident in the service's Emergency Hospital San Luis Otavalo, most of these patients with poisonings are admitted to the internal medicine service; on them greater financial resources at their treatment and recovery is reversed. In this study a protocol for nursing care will be made to be applied in conjunction with health professionals and contribute to improving the quality of care of suicidal patient who comes to HSLO.

Designed with a descriptive and prospective research, an initial diagnosis is made through surveys, observation and study of medical records to determine the flaws that arise in the care and based on the results propose a strategy for health care team

KEYWORDS:

ATTEMPT AUTOLYTIC, PROTOCOL, QUALITY OF CARE, MORBIDITY VIOLENCE.

ÍNDICE

	Pág.
1 INTRODUCCIÓN	1
1.1 Determinación del problema	5
1.2 Objetivos	6
1.2.1 Objetivo General.....	6
1.2.2 Objetivos Específicos.....	6
1.3 Hipótesis.....	6
1.4 Variables.....	6
2 MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Generalidades.....	7
2.1.1 Intento autolítico.....	7
2.1.2 Intento autolítico: Definiciones.....	11
2.1.3 Estadística de suicidio de la Organización Mundial de la Salud.	13
2.1.3.1 Intento auto lítico en Ecuador un fenómeno en ascenso.....	15
2.1.3.2 Calidad de atención en paciente de intento autolítico.....	21
2.1.3.3 Características del proceso de enfermería en el paciente con intento autolítico.....	22
2.1.3.4 Generalidades de los órganos fosforados	37
2.1.3.5 Intervenciones de enfermería en pacientes intoxicados con órganos Fosforados	46
2.1.3.6 Intoxicaciones pediátricas	51
2.1.3.7 Órganos fosforados y carbamatos	57
2.1.3.8 Intoxicaciones por productos usados en la industria	63
2.1.3.9 Intoxicaciones por fármacos sedantes hipnóticos	67
2.1.4 Concepto de protocolo de Enfermería	80
2.1.5 Protocolos de manejo en el servicio de Emergencia del Hospital San Luis de Otavalo a pacientes con intento autolítico	80
2.1.6 Definiciones de palabras claves	83
MATERIALES Y MÉTODOS	84
3.1 Materiales	84
3.1.1 Lugar de la investigación	84
3.1.2 Periodo de la investigación	84
3.1.3 Recursos empleados.....	84
3.1.3.1 Recursos humanos.....	84
3.1.3.2 Recursos físicos, infraestructura y equipamiento.....	84
3.1.3.3 Muestra.....	85
3.2 Resultados del diagnóstico.....	85
3.2.1 Diagnostico	85
3.2.2 Observación científica	85
3.2.3 Entrevista a familiares y pacientes	86
3.2.4 Entrevista a Enfermeras	86
3.2.5 Metodología	86
3.2.6 Tipo de investigación	87
3.2.7 Diseño de la investigación	87

3.2.8	Análisis de historias clínicas en estadística	87
	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	108
4.1	Propuesta del protocolo de atención de Enfermería a pacientes con intento autolítico	108
4.1.1	Protocolo de Enfermería a pacientes con intento auto lítico	108
4.2	Manejo de atención de enfermería a pacientes con intento autolítico que acuden al servicio de emergencia del Hospital San Luis de Otavalo	111
	Conclusiones	113
	Recomendaciones	114
	Bibliografía	116
	Anexos	119
	Anexos 1: Cuestionario	120
	Anexos 2: Entrevistas a familiares o cuidadores de los pacientes que presentan intento auto lítico	124
	Anexos 3: Entrevista a las enfermeras/os del servicio de Emergencia	127
	Fotografías	129

Introducción

El intento autolítico constituye un problema de salud pública a mundial, nacional, local y familiar la cual ocasiona daños irreversibles en sus órganos que van deteriorándose poco a poco y destruyendo su salud y calidad de vida, en ocasiones hasta la muerte esto es un motivo frecuente de consulta en la unidad de Emergencia del hospital San Luis de Otavalo.

El intento de suicidio se realiza en toda edad, religión, situación económica, las mujeres jóvenes utilizan métodos poco letales en los hombres es más frecuente el intento autolíticos consumado quienes utilizan métodos más violentos y de mayor letalidad. Un hecho que ha significado una preocupación especial es el aumento de los casos de suicidio e intentos autolíticos en los jóvenes.

Ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS), estudios indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones, esta es la tercera causa de muerte en personas de 15 a 44 años, y la octava razón de fallecimiento en el mundo

La tasa de homicidios a nivel mundial es de 8,8 muertes por cada cien mil habitantes, mientras que la de suicidio es de 14,5. África y América tiene tres veces más homicidios que suicidios, mientras que en Europa y el Asia (Pacífico) la situación es exactamente la contraria. (14)

No hay un patrón consistente entre los países ricos: hay países como Inglaterra y Japón que tienen tasas de 1 y 0.6 homicidios respectivamente, otros como Italia, Canadá y Bélgica con tasas de 1,4 y hay otros países como Estados Unidos que tiene 7,7 homicidios. En todo caso, la correlación más evidente es que en los países ricos no expuestos a guerra las tasas de suicidio son más altas que de homicidio.

En nuestro país, a partir de la creación del Sistema único de Salud los principios que sustentan al mismo están dirigidos a lograr la satisfacción de los pacientes y familiares, por lo que ha sido una tarea sistemática el control de la calidad de los servicios. En el equipo de salud el personal de Enfermería mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y su Interrelación.

Las tasas de suicidio en el Ecuador se han triplicado en las últimas tres décadas. Sólo en lo que va del nuevo milenio, el número de casos de suicidios consumados ha llegado casi a duplicarse, pues en el año 2000 se dieron 538 suicidios, llegando a 900 en 2010.

El comportamiento de intento autolítico viene determinado por un “gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales, hogares disfuncionales, el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales”⁽¹³⁾.

Los niños y los ancianos se han considerado grupos de edad muy especiales en esta patología, ya que la frecuencia es alta. Además ciertas enfermedades médicas generales y enfermedades mentales, tiene un fuerte vínculo con los intentos suicidas.

También Partamos de una afirmación: los seres humanos llevamos en nuestras emociones y conductas el potencial de ejercer violencia sobre otros y uno mismo. Asimismo en las sociedades con patrones sistémicos generadores de violencia, aumentan considerablemente las situaciones de violencia que en aquellas en que la estructura social minimiza su ocurrencia. Japón y Venezuela son sociedades en las que la violencia homicida tiene porcentajes muy diferentes (0.6 y 52 respectivamente). En contraste, el problema de Japón no es tanto la violencia homicida sino principalmente la violencia dirigida hacia sí mismo.

Con estos antecedentes aún no se han desarrollado mecanismos eficientes para solucionar esta problemática de salud pública, situación que se advierte entre otras por falta de diferentes programas de prevención y fomento y su difusión para tratar de evitar estas decisiones, esto sería el método más efectivo para lograr disminuir la incidencia de la misma.

La prevención de los suicidios se pueden conseguir con el desarrollo de normas que limiten los riesgos y una educación encaminada al fomento de actividades preventivas permitiendo mejorar la supervivencia de la población en general, todo esto en conjunto incide en la importancia del mejor conocimiento de los padres, familiares de todos los factores que influyen en los pacientes que toman la decisión del suicidio y así adquirir nuevas conductas favorables para mantener la salud.

Por lo tanto se impone realizar acciones que mejoren la calidad de atención para evitar comportamientos que generen riesgos y así lograr disminuir la gravedad y complicaciones de este problema de salud, a través de protocolos de atención en enfermería que logren dar atenciones eficientes y oportunas contribuyendo a lograr tratamientos efectivos y de pronta recuperación.

"Un estudio del especialista Miguel demuestra que la soledad entre los niños y los jóvenes aumenta de manera vertiginosa, que no se ven habilidades ni capacidades afectivas sino rendimiento académico, y que hay un descuido total de lo psicosocial, del entorno."⁽³⁰⁾

Según los expertos, los jóvenes son ahora más vulnerables por la ansiedad ante el futuro y la falta de estabilidad afectiva. En el ámbito escolar confirman que, a primera vista, los jóvenes tienen ciertas tendencias al suicidio por problemas familiares permanentes por la situación económica, hogar disfuncional, mala relación entre el núcleo familiar, haber sufrido abusos sexuales, maltrato psicológico, físico, situación sentimental.

Los intentos autolíticos originan trastornos emocionales, familiares, económicos y complicaciones en sus órganos que destruyen su salud y representan un alto índice de morbilidad y mortalidad en la población afectada, esto se evidencia en el servicio de Emergencia del hospital San Luis de Otavalo. La mayoría de estos pacientes que presentan intoxicaciones son ingresados al servicio de Medicina Interna; en ellos se invierte mayores recursos en el manejo y recuperación de este problema de salud.

El universo está constituido por todos los pacientes que presentan intento autolítico que ingresan por el área de Emergencia al hospital San Luis de Otavalo desde Enero a julio del 2010, a quienes se les abrirá el formulario 008 con todos los datos que se necesitan para la investigación.

Además se entrevistó a familiares o cuidadores de los pacientes que acudieron al hospital con intento autolítico, a quienes se les realizó encuestas para obtener los datos además utilizamos el cuestionario para obtener datos de la historia clínica los mismos que fueron tabulados y de gran utilidad para esta investigación.

Este estudio será descriptivo, prospectivo, realizando entrevistas y observación directa al personal de enfermería que labora en el servicio, como las de satisfacción al cliente externo. Una vez tabulados los datos se realizara una propuesta de un diseño de estrategia de atención de enfermería para mejorar la calidad de atención con todas las técnicas gerenciales. Los resultados obtenidos serán puestos en conocimiento de los directivos del Hospital HSLO, al igual que la propuesta del diseño de estrategia de atención en enfermería para que se inicie y aplique en el área de influencia y posteriormente en otros centros de salud.

1.1 Determinación del problema

El intento autolítico constituye un gran problema de salud pública a nivel mundial no solo por su frecuencia sino por los daños irreversibles que sufren sus órganos que van deteriorándose poco a poco y destruyendo su salud y calidad de vida, afectando su economía de sus familiares y al país por su alto costo económico para su tratamiento y a la vez aumentando la morbilidad y mortalidad.

El intento autolítico es la tercera causa principal de muerte entre personas económicamente activas sin restricción de razas, costumbres, edades, creencia religiosa. Estadísticas revelan que en nuestro país es la novena causa de muerte y en la provincia de Imbabura ocupa el primer lugar en intentos autolítico este problema se ha vuelto alarmante por las causas anteriormente mencionadas. En el HSLO ha ido incrementándose en el año 2009 se ha incrementado con una cifra de 58%, de los cuales 48 pertenecen de 15- 35 años de edad, 5 pacientes de 5-14 años de edad, de 36-49 años 5 pacientes.

Uno de los desafíos que enfrenta el personal de enfermería actualmente es el de satisfacer las necesidades del cuidado directo y brindar educación a la población por lo que es imprescindible que se mantenga actualiza el equipo de salud para enfrentar los retos que se presenten, sobre todo en los pacientes que presenten intento autolítico.

Todos los problemas mencionados anteriormente pueden ser prevenibles mediante la elaboración de protocolos de enfermería que contribuyen a mejorar la calidad de atención y reducir costos institucionales y familiares evitando complicaciones que dejen secuelas irreversibles.

El protocolo de atención de enfermería se elaborara sobre la base a las necesidades en los pacientes con intento autolítico y sirva para el Personal Profesional de Enfermería que trabaja en esta Institución y brinde una atención oportuna con calidez y calidad aplicando estos conocimientos, cuando los

pacientes hayan mejorado gozarán la satisfacción de haber representado un papel vital en su supervivencia.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Elaboración de un protocolo de atención de enfermería para los pacientes que son atendidos de intento autolítico en el servicio de emergencia del HSLO, para garantizar la calidad de vida y eficacia al paciente.

1.2.2 Objetivos Específicos

- 1.- Determinar la incidencia y filiación de los usuarios registrando la edad, sexo, nivel educativo, socioeconómico, etnia.
- 2.-Registrar los síntomas, diagnóstico, tratamiento que se aplica a un paciente con intento autolítico.
- 3- Evaluar la atención de enfermería brindada a esos pacientes.
- 4- Diseñar un protocolo de atención enfermería a pacientes con intentos autolítico

1.3 Hipótesis

Con la aplicación de un protocolo de atención de enfermería a pacientes de intento autolítico en el hospital San Luis de Otavalo, se contribuye a mejorar la calidad de vida y atención de calidad y prontitud al paciente.

1.4 Variables

1.4.1 Variable independiente

Intento autolitico

1.4.2 Variable dependiente

Protocolo de atención de enfermería

1.4.3 Variables intervinientes

Filiación, síntomas, diagnóstico, tratamiento y evaluar la atención de enfermería brindada a los pacientes.

MARCO TEÓRICO

2.1 Generalidades

2.1.1 El intento autolítico

El suicidio constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de los costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS) 8 de septiembre de 2004 GINEBRA.

Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones. Tras el éxito del año pasado, el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, organizado gracias a la colaboración entre la OMS y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP), se celebrará el 10 de septiembre para llamar la atención sobre el problema y preconizar la adopción de medidas a nivel mundial.

En Ecuador, el fenómeno ha ido en aumento, según reportes estadísticos de la Policía Nacional y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el 2005 esa cifra aumentó a 6,5. Aunque no existen estudios que relacionen directamente las causas del suicidio con la migración y la separación familiar, es claro que para los ecuatorianos estos últimos años no han sido nada fáciles: el país atravesó una de las peores crisis de la historia tras el cierre de una veintena de bancos y como consecuencia de este colapso financiero miles de personas salieron a buscar un futuro mejor en España, Italia y Estados Unidos.

Según datos de la Dirección Nacional de Migración, en el año 2000 se reportó la mayor emigración de ciudadanos, con la salida de 148.367 personas. Un estudio de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso), indica que las

provincias con la tasa más altas de suicidios son Azuay, Cañar, Carchi, Imbabura, Pichincha y Morona Santiago. Precisamente Azuay, Cañar y Pichincha son poblaciones donde se registra una alta emigración en relación a otras provincias.

Henry Ochoa, coordinador de socorro de la Cruz Roja, señala que cada año este organismo atiende unas 400 tentativas de suicidio. Sólo en el 2007, en Pichincha, la Policía Judicial registró 139 suicidios y entre el 25 y 30 por ciento de los fallecidos eran adolescentes. (19)

La OMS calcula que un millón de personas mueren por año a causa del suicidio. Esto representa una mortalidad anual a nivel mundial por suicidio de 14.5 por cada 100.000 habitantes. En realidad hay cada minuto dos muertes por intento autolítico.

A nivel mundial las cifras de intento autolítico van en aumento e igual ocurre en Colombia, a tal punto que el suicidio se ha constituido en un problema de salud pública que requiere un abordaje integral e interdisciplinario en donde la prevención, el diagnóstico temprano en poblaciones de riesgo y el tratamiento deben ser oportunos y eficaces para evitar el sufrimiento, el alto costo social y económico que genera en las familias, en la utilización de los servicios de salud y en la sociedad en general.

En muchos países desarrollados el suicidio es la 2a o 3 a causa de muerte entre los adolescentes y los adultos jóvenes, y la 13 a causa de muerte a nivel mundial de personas de todas las edades. Aparte de estos que mueren a causa del suicidio, hay otros millones que realizan intentos de autoeliminación en un contexto de estrés emocional y provocando el sufrimiento tanto de ellos mismos, como de sus familias.

Hay variaciones importantes en lo que concierne en las tasas de intento autolítico entre los diferentes países. Las tasas de suicidios reportados a la OMS son mayores en países de Europa Oriental, incluyendo Lituania, Estonia, Belarus

y la Federación Rusa. Estos países tienen rangos de suicidio entre el 45 y 75 por 100.0000. (15)

No hay disponibles datos del intento autolítico de muchos países de África y América del Sur. En el 2009 IASP le va a proporcionar la oportunidad a países de América del Sur a sacar a la luz el problema y compartir conocimientos para poder expandir actividades de prevención.

La mayoría de los intentos autolíticos en el mundo suceden en Asia donde se estima que se trata del 60% del total de suicidios. Solamente tres países, China, India y Japón, debido a su gran población, tienen el 40% del total de los suicidios del mundo.

Sin embargo, por el gran tamaño de su población, algunos de estos países no tienen un registro nacional completo de causas de muerte, incluido el suicidio, y pueden no tener una comprensión médica adecuada de las muertes por falta de un sistema de clasificación legal.

Datos oficiales acerca de las causas de muerte que son reportamos a la O.M.S. son de una muestra no representativa de la población. Debemos considerar que es difícil obtener datos precisos del suicidio mientras este permanezca estigmatizado, criminalizado o penalizado.

Un estudio reciente trató de superar a estos problemas para poder estimar las tasas de suicidio de una manera más precisa. Este estudio fue llevado a cabo en Tamll Nadu, India, por entrevistadores entrenados, quienes hicieron entrevistas acerca de "autopsias verbales" a familiares de 39.000 personas fallecidas.

Usando este método, este estudio llegó a la conclusión que los suicidios eran 10 veces mayores que los informados oficialmente a la OMS. Si estos resultados fueran aplicados a otros países, se puede sugerir que, la tasa global de suicidio puede ser mucho más alta que la de un millón, estimada anteriormente.

En Colombia el intento autolítico es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 14 a 24 años, según informes citados en un proyecto de ley sobre salud mental, que durante los dos últimos años no ha surtido ningún trámite en el Congreso de la República.

Cada intento autolítico supone la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares y amigos», ha declarado la Dra. Catherine Le Galés-Camus, Subdirectora General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.

Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras. Es necesario adoptar con urgencia en todo el mundo medidas coordinadas y más enérgicas para evitar ese número innecesario de víctimas.

Esta patología se asocia a una serie de problemas múltiples como son: sociales, económicos, sentimentales, políticos entre otros. Estos problemas pueden conducir la muerte y complicaciones a futuro al paciente con daños irreversibles de sus órganos y disminución de la calidad de vida, también afecta a sus familiares lo cual genera un alto costo económico para su tratamiento.

Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años, se suicidan más hombres que mujeres, aunque en la mayoría de lugares los intentos de suicidio son más frecuentes entre las mujeres.

El intento auto lítico es un acto enigmático, misterioso, fascinante, estigmatizado, juzgado y aclamado, que afecta diariamente a la sociedad. El intento autolítico está acompañado de múltiples circunstancias que forman de cada acto suicida un caso único y singular; aunque se pueden establecer patrones comunes, hay que tener en cuenta que el suicidio se sitúa entre lo colectivo y lo individual.

Al intento autolítico se le buscan explicaciones cómodas y tranquilizadoras para tratar de ocultar las dudas y cuestionamientos que surgen ante la destrucción de un hombre por su propia mano, ya que las personas suicidas, tanto quienes logran consumar el acto, como aquellos que piensan en realizarlo, plantean a la humanidad el gran interrogante que según Albert Camus, debe resolver la filosofía: si vale o no la pena vivir. (4)

Decir que el intento autolítico es una cobardía o que es más fácil morir que enfrentarse a los problemas, no deja de ser una valoración moral y simplista que aleja de la verdad y señala a la vez la incomprensión y dureza con la que en ocasiones se tratan las personas”.

2.1.2 Intento autolítico definiciones

Hoy día el concepto de intento autolítico se ha ampliado a la realización de autolesiones buscando la propia muerte directa o indirectamente y con conciencia de los motivos.

El intento autolítico es un hecho con influencia cultural. A partir de la Revolución francesa el suicidio se empieza a considerar una patología.”(8)

La definición más común y corriente en la sociedad, todos reconocen y aceptan en el acto suicida la voluntad de un individuo para darle fin a su existencia, pero sin tener en cuenta las circunstancias, los motivos, las causas y los efectos producidos por este fenómeno.

Al tratar de generar una definición más completa, se encuentran con diferentes posiciones que lo definen teniendo en cuenta tanto aspectos del sujeto como el ambiente donde se desarrolla.

“El sociólogo francés Emile Durkheim (1858 - 1917) fue el primero en dar una definición de suicidio que aún hoy es aceptada por los expertos. "Es toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que ella debía producir ese resultado". (16).

En esta definición se manifiesta que el intento autolítico puede infundir en la familia, en la comunidad y en la sociedad que pueden ser vistas según las costumbres y las ideologías como un acto que beneficia a los individuos y al sujeto, o que pueden generar consecuencias negativas desastrosas en el ambiente donde sucede; también demuestra que el sujeto debe ser consciente de las consecuencias del acto, aunque estas no sean totalmente similares a las previstas.

Según Sigmund Freud: "El psicoanálisis ha descubierto, en efecto, que quizás nadie encuentra la energía síquica necesaria para matarse si no mata simultáneamente a un objeto con el cual se ha identificado volviendo así contra sí mismo un deseo de muerte orientado hacia distinta persona".

También se puede definir el suicidio como la destrucción de la propia vida, directamente procurada, ya sea por medio de una acción o a través de una omisión voluntaria manifestando aquí algo importante, se puede considerar suicidio aquellas muertes producidas voluntariamente por el desacato de normas de protección personal que tienen como consecuencia la muerte de quien no las cumple.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el intento de suicidio como “un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica”. (2)

2.1.3 Estadística de intento autolítico de la Organización Mundial de la Salud

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud- OMS, cada año aproximadamente un millón de personas se suicidan a nivel mundial. Se calculó que entre el 2000 y el 2007 cinco millones de personas murieron por este motivo; de modo que, el suicidio se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más contundentes y una de las principales.

En los últimos 45 años la tasa mundial de suicidios ha aumentado en un 60%. El suicidio hoy en día, es una de las tres causas principales de muerte en personas de ambos sexos, entre las edades de 15 a 44 años, no obstante, los intentos de suicidio son 20 veces más frecuentes que los suicidios completos.

Aunque el porcentaje de suicidios tradicionalmente ha sido más elevado entre varones ancianos, la tasa entre las personas jóvenes ha aumentado a tal extremo que hoy constituyen el grupo de más riesgo en los países del tercer mundo.

“Los desórdenes mentales, particularmente la depresión y el abuso de sustancias o medicamentos adictivos, están asociados con más del 90% de todos los casos de intento autolítico” (28).

El intento autolítico es el resultado de muchos factores complejos socioculturales, y tiene lugar con mayor frecuencia durante períodos de crisis familiares, individuales o socioeconómicas, tal como la pérdida de un amor, empleo, etc.

El intento autolítico es la octava causa principal de muerte para los norteamericanos y es la tercera entre jóvenes de edades de 15 a 24 años. • Los hombres tienen una tendencia al suicidio cuatro veces mayor que las mujeres. Sin embargo, las mujeres intentan suicidarse más que los hombres.

Como dato global puede decirse que en el último siglo, la proporción de suicidios se incrementó en el mundo 5 veces, siendo la etapa más crítica la de los últimos 50 años, en los cuales creció cuatro de las cinco veces señaladas.

Más bajas sobre todo en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos. Se dispone de poca información sobre el intento autolítico en los países africanos. Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de intento autolítico, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. (24)

Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años. Exceptuando las zonas rurales de China, se suicidan más hombres que mujeres, aunque en la mayoría de lugares los intentos de suicidio son más frecuentes entre las mujeres.

En Colombia, el intento autolítico representa el 5,3% de las muertes violentas de acuerdo con los informes del Instituto de Medicina Legal. Sesenta de las 1.492 víctimas de suicidio en 1994 fueron estudiadas por medio de extensas entrevistas a familiares y relacionados (“autopsia psicológica”) y se encontró presencia muy significativa de trastornos psiquiátricos.

En el año 2008, unas 815 000 personas murieron a causa del suicidio en todo el mundo. Esto representa una tasa mundial de mortalidad anual de cerca de 14,5 por 100 000 habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos. El suicidio es la decimotercera causa principal de muerte en el mundo. Entre las personas de 15 a 44 años de edad. (20)

Las muertes por intento autolítico son solo una parte de este problema muy grave. Además de los que mueren, muchas personas más sobreviven a los

intentos de acabar con su propia vida o causarse un daño, a menudo suficientemente grave para requerir atención médica.

Por otro lado, cada persona que se suicida deja detrás de sí a muchas otras familiares y amigos cuyas vidas resultan profundamente afectadas desde el punto de vista emocional, social y económico. Se estima que los costos económicos asociados con la muerte por suicidio suman miles de millones de dólares estadounidenses al año.

Cada segundo, algún ser humano trata de suicidarse en algún país del mundo. Y cada 40 segundos, un suicida cumple su propósito. "El suicidio es un problema grave de salud pública que pocas personas consideran un problema, prefieren no mencionar y hacen un verdadero esfuerzo por ocultar".

La OMS reconoce que la magnitud del problema pudiera ser más alarmante de lo que muestran las estadísticas porque se suele en ocasiones ocultar un suicidio para evitar la estigmatización de la persona que ha acabado con su propia vida, o de la familia de la persona, por conveniencia social, o razones políticas, o porque la persona que comete el suicidio deliberadamente lo hace aparecer como un accidente.

En América Latina el nivel de suicidio no llega a las alarmantes cifras de algunos países como Lituania 51.6 por 100 mil habitantes, Belarús 41.5, o Federación de Rusia 43.1 hay países latinoamericanos como Cuba o Uruguay que se mantienen a la cabeza de la región con índices altos (23 y 12.8 respectivamente).

2.1.3.1 El intento autolítico en Ecuador un fenómeno en ascenso

El intento autolítico es un acto que ha sido considerado íntimo, privado y absolutamente individual. Sin embargo, se manifiesta como un fenómeno de alto alcance y grandes riesgos y pérdidas para la humanidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha venido considerando como una de las principales amenazas a la salud mundial; de hecho, los pensamientos y tendencias suicidas afectan la seguridad de ciudadanos/as individualmente y de la ciudadanía en su conjunto.

En 1969, la OMS aplicó el término de “acto suicida” para todo hecho en el que una persona se lesiona a sí mismo, independientemente del nivel de intención letal o el conocimiento del objetivo final de morir.

El intento autolítico se ha manifestado desde los inicios de la historia registrada y por motivos varios. Actualmente, es visualizado como un escape a un problema o una crisis que produce intenso sufrimiento y que, de acuerdo a especialistas, está asociado con la insatisfacción de necesidades, las sensaciones del sin sentido y la desesperanza.

“La persona con tendencias suicidas atraviesa una serie de conflictos ambivalentes entre la siempre es concreto, más las opciones de vida se reducen y le dejan a la persona con una sola salida: el escape de la vida” (20).

Existe un rango entre el pensar acerca del suicidio y ejecutarlo. Hay personas que sólo tienen ideas suicidas en su mente; otras que las planifican por días, semanas, meses e incluso años hasta finalmente consumarlas; y otras, que lo hacen de manera impulsiva y sin previa premeditación.

Las causas del suicidio pueden ser múltiples; sin embargo, las verdaderas razones serán siempre subjetivas y relativamente conocidas una vez que la persona suicida ya no esté presente.

Además de los suicidios inmediatos, se reconoce también a los “suicidios crónicos”, que son aquellos que se dan a través del abuso de sustancias tóxicas, como drogas o alcohol, o una falta de régimen o disciplina en el tratamiento de

enfermedades graves. (23).

Aunque el intento autolítico puede aparecer como un problema personal y circunscrito al espacio privado exclusivamente, las cifras y las tendencias ascendentes que se observan tanto a nivel nacional como a nivel mundial muestran que este fenómeno acarrea serie de consecuencias sociales.

Por un lado, la adolescencia, la juventud y los jóvenes adultos son algunos de los grupos más vulnerables ante la posibilidad de cometer suicidios.

Las muertes de estas personas no permiten que ellas aporten al desarrollo social y económico de la sociedad. Por otro lado, el suicidio no es un acto inevitable ni imposible de reconocer.

Especialistas alrededor del mundo están de acuerdo en que las personas con tendencias suicidas conversan y notifican a sus allegados sobre este conflicto, pues esa es su forma de buscar ayuda ante una situación de ambigüedad frente a la vida.

Si se logra reconocer sus síntomas y visualizarlo como un problema de salud y seguridad pública se pueden definir líneas de intervención (ayuda) y prevención que detengan el crecimiento de las tasas de intento autolítico.

Este problema presenta ciertos patrones definidos que pueden ser identificados, tratados y prevenidos desde campos multidisciplinarios y que pueden ser abordados también desde la construcción de un entorno que provea apoyo y condiciones de vida cualitativas.

El intento autolítico presenta componentes individuales y sociales: uno de los primeros pensadores que estudió este tema en el siglo diecinueve y cuestionó su carácter individual versus el social, es el sociólogo francés Emilio Durkheim

(1971), quien llevó a cabo uno de los primeros trabajos investigativos sobre las influencias sociales que inciden en el suicidio y los patrones del fenómeno, basado en las tasas registradas en Europa durante la época. (3).

El intento autolítico se deriva de un comportamiento complejo en el cual las razones y los síntomas varían de persona a persona. Sin embargo, las investigaciones realizadas por médicos especialistas alrededor del mundo asocian al suicidio con los desórdenes mentales. Entre los factores más importantes que incitan al suicidio están la depresión, la esquizofrenia, la demencia y la adicción al alcohol y/o sustancias psicotrópicas. (25).

La depresión está presente en el 80% de los casos de suicidio, lo cual hace un llamado a la investigación sobre este tipo de desorden, de manera que se evite la generación de mitos que, en lugar de viabilizar un claro entendimiento sobre el fenómeno del suicidio, pueden entorpecer las facetas más aptas para la prevención.

Es indispensable comprender que la depresión no es una “falla” irremediable, es una enfermedad que se manifiesta de distintas formas y que puede ser completamente tratada, lo cual es un camino hacia la prevención del suicidio.

En general, quienes sufren de depresión se hallan en una situación ambigua entre la vida y la muerte, es importante entonces trabajar en la consolidación de las razones que estas personas tienen para vivir. (4).

Una perspectiva global del suicidio es un acto que ha sido considerado íntimo, privado y absolutamente individual. Sin embargo, se manifiesta como un fenómeno de alto alcance y grandes riesgos y pérdidas para la humanidad. De hecho, los pensamientos y tendencias suicidas afectan la seguridad de ciudadanos/as individualmente y de la ciudadanía en su conjunto.

El intento autolítico se ha manifestado desde los inicios de la historia registrada y por motivos varios. Actualmente, es visualizado como un escape a un problema o una crisis que produce intenso sufrimiento y que, de acuerdo a especialistas, está asociado con la insatisfacción de necesidades, las sensaciones del sin sentido y la desesperanza.

La persona con tendencias suicidas atraviesa una serie de conflictos ambivalentes entre la supervivencia y la muerte; el deseo de morir no siempre es concreto, más las opciones de vida se reducen y le dejan a la persona con una sola salida: el escape de la vida.

Existe un rango entre el pensar acerca del suicidio y ejecutarlo. Hay personas que sólo tienen ideas suicidas en su mente; otras que las planifican por días, semanas, meses e incluso años hasta finalmente consumarlas; y otras, que lo hacen de manera impulsiva y sin previa premeditación. Las causas del suicidio pueden ser múltiples; sin embargo, las verdaderas razones serán siempre subjetivas y relativamente conocidas una vez que la persona suicida ya no esté presente.

Además de los suicidios inmediatos, se reconoce también a los "suicidios crónicos", que son aquellos que se dan a través del abuso de sustancias tóxicas, como drogas o alcohol, o una falta de régimen o disciplina en el tratamiento de enfermedades graves. (29).

El Ministerio de Salud Pública MSP ha incluido el fenómeno del suicidio en el reporte de Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2007, con el objetivo de visibilizar este problema y fortalecer la vigilancia epidemiológica e intervención inmediata sobre la morbilidad y mortalidad de procesos prevalentes y de notificación obligatoria (MSP et. al 2007).

Este documento, basado en los datos del INEC, sitúa a las lesiones auto-infringidas intencionalmente (suicidios) en el puesto¹⁴ de las 67 causas

principales de muerte en el país por debajo de accidentes de tránsito (puesto 7) y homicidios (puesto 8), y por encima de la tuberculosis, la desnutrición y los paros cardíacos.

Es evidente que la presencia y agravamiento de esta problemática se convierte en un asunto de salud pública; por ende, es necesario estudiar y conocer el fenómeno antes de diseñar políticas que puedan prevenir estos comportamientos en la sociedad. Este ministerio registra los suicidios anuales a nivel nacional y provincial, y lo reconoce como un problema de salud pública.

Debemos tener en cuenta que las últimas cinco décadas corresponden a la implementación vertiginosa de los medios de comunicación, por lo cual es necesario establecer el papel que tales medios han jugado en el aumento de la violencia contra sí mismos de gran cantidad de seres humanos.

Todos sabemos que hay varios tipos de muerte: La que se produce por enfermedad, la que se da por acción violenta de unos contra otros y la sucedida por acción contra sí mismo. Teórica o idealmente, los seres humanos sólo deberíamos morir por muerte natural, porque la acción de unos contra otros o contra sí mismos para quitar la vida, está ligada a una falsa idea: Creer que podemos decidir sobre la vida del otro o la de nosotros mismos.

Por eso la prevención del suicidio y toda forma de daño auto-infringido debe pasar por un claro concepto de lo que la vida del ser humano representa. Hay aquí una disyuntiva: “O creemos que somos dueños de la vida y por tanto del cuerpo nuestro o de los demás y hacemos cuánto queramos con él, o aceptamos que esta vida es un regalo, en cuya administración podemos realizarnos y por tanto no tenemos derecho a hacer nada con nuestro cuerpo ni con el de los demás” (12).

Hemos dicho que hay más muertes por suicidio que por guerras y violencia social en el mundo. Esta cifra de por sí es altamente preocupante y nos señala las proporciones de un fenómeno de salud pública. Pero no quiero dejar pasar estos datos sin llamar la atención sobre un dato aún más triste.

La única cifra que supera los suicidios como primera causa de muerte violenta en el mundo, es la de los abortos, la cual está alrededor de trescientas veces por encima. En última instancia es la concepción de que el cuerpo nuestro o el de los demás, incluido un niño por nacer, puede ser tratado como se quiera, es ésta concepción, repito, una de las causas de la más cruel acción del ser humano: Quitarse la vida o arrebatársela a otro.

2.1.3.2 Calidad de atención en paciente de intento autolítico

La calidad de la atención fue definida como el grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales, el buen desempeño profesional; el uso eficiente de los recursos, garantizar el mínimo de daños y lograr la satisfacción del paciente y los familiares.

El proceso de Atención de Enfermería en el paciente suicida (PAE) es un conjunto de acciones intencionadas que realiza el profesional de enfermería apoyándose en modelos y teorías y en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que requiere de cuidados de salud los reciba de la mejor forma posible por parte del profesional.

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está

clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas tratando a la persona como un todo aplicando el método científico en la práctica asistencial ofreciendo cuidados sistematizados, lógicos y racionales.

Los clínicos y los profesionales de la salud y de los servicios sociales deben adquirir las habilidades necesarias para reconocer al paciente con elevado riesgo y para saber qué hacer en estos casos. Existe una serie de características clave que pueden alertar frente a la posibilidad del suicidio en estos pacientes. De todas ellas la más importante es la expresión del deseo de muerte o cualquier acto deliberado de autolesión.

2.1.3.3 Características del proceso de enfermería en el paciente de intento autolítico

El proceso de enfermería es un proceso cíclico y continuo que puede terminar en cualquier etapa si se resuelve el problema. Existe un solo proceso para todos los problemas de los pacientes y para todos los elementos su cuidado.

La evaluación de los cuidados de enfermería llevará posiblemente a cambios en la realización de los mismos; es probable que las necesidades del paciente cambien durante su estancia en el hospital ya sea por mejora o deterioro de su estado de salud. El proceso de enfermería está enfocado, además de en las necesidades fisiológicas del paciente, en las de seguridad y protección, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización.

Los cuidados específicos del personal de enfermería para el paciente atendido por intento de suicidio

Adoptar medidas de seguridad; es decir, retirar del entorno del paciente todos aquellos objetos que le puedan servir para autolesionarse. No debemos olvidar

que, en los Servicios de Urgencias, donde hay gran demanda y escasa capacidad de control sobre el medio, el paciente puede tener a su alcance múltiples objetos potencialmente peligrosos.

Explicar al paciente las medidas de precaución tomadas y hacerle comprender que nos preocupamos por él. Debemos reforzar su autoestima como ser humano y no adoptar actitud crítica o moralizadora.

Considerar en serio todas las amenazas de suicidio del paciente e informar de ellas inmediatamente. Si el paciente es de alto riesgo, debemos observarle de forma constante, incluso cuando se encuentre acostado o en el cuarto de baño. Observar con atención la toma de medicación (asegurarse de que ingiere la medicación prescrita).

Estar atentos por cualquier posible cambio de actitud por parte del paciente (cambios súbitos de humor, conversaciones sobre la muerte, estar menos comunicativo). El paciente que, estando previamente angustiado si de forma repentina pasa a estar calmado, no implica que se haya curado; puede haber planificado su suicidio y esto habría disminuido su ansiedad.

Contener al paciente si éste intenta suicidarse

La prioridad máxima debe ser proteger la vida del paciente y evitar la ejecución del plan suicida. Es preciso supervisar la conducta del paciente hasta que su nivel de autocontrol sea adecuado.

Además de los cuidados específicos y generales para el paciente con intento de suicidio pueden requerirse intervenciones médicas específicas según el método utilizado (sobre ingesta de fármacos o tóxicos, flebotomía, precipitación...)

El personal de enfermería precisa tener conocimientos también sobre la valoración del riesgo suicida como son:

- Circunstancias precipitantes del intento de suicidio. Debemos

preguntarnos si las circunstancias que llevaron al paciente a realizar el intento de suicidio son susceptibles de cambio.

- Método utilizado por el paciente: a mayor letalidad del método utilizado, mayor gravedad.
- Actitud del paciente después del intento; es mayor la gravedad del paciente que está apesadumbrado porque lo hayan rescatado que la del indeciso o la del que muestra arrepentimiento por la tentativa con crítica clara de la misma.
- Enfermedades psiquiátricas, consumo de alcohol o drogas, intentos anteriores de suicidio aumentan el riesgo.
- Enfermedades físicas: enfermedades terminales y dolor crónico aumentan el riesgo autolítico.
- Rasgos patológicos de personalidad y antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de suicidio.
- Factores sociales desfavorecedores que incrementan el riesgo como soledad, desempleo, pérdidas afectivas.

A modo de conclusiones debemos recordar que:

1. El intento de suicidio es uno de los motivos de consulta psiquiátrica más frecuente en los dispositivos de urgencias.
2. El personal sanitario que atiende a pacientes con intento de suicidio debe tener formación específica para valorar riesgo autolítico y estar atento a signos de alarma suicida.
3. Es preciso abordar abiertamente al paciente con riesgo autolítico, garantizando su seguridad, en espera de que reciba tratamiento especializado.

Tipos de suicidas

Todos sabemos que hay varios tipos de muerte: La que se produce por enfermedad, la que se da por acción violenta de unos contra otros y la sucedida

por acción contra sí mismo. Teórica o idealmente, los seres humanos sólo deberíamos morir por muerte natural, porque la acción de unos contra otros o contra sí mismos para quitar la vida, está ligada a una falsa idea: Creer que podemos decidir sobre la vida del otro o la de nosotros mismos.

Por eso la prevención del suicidio y toda forma de daño auto infringido debe pasar por un claro concepto de lo que la vida del ser humano representa. Hay aquí una disyuntiva: O creemos que somos dueños de la vida y por tanto del cuerpo nuestro o de los demás y hacemos cuánto queramos con él, o aceptamos que esta vida es un regalo, en cuya administración podemos realizarnos y por tanto no tenemos derecho a hacer nada con nuestro cuerpo ni con el de los demás.

Causas del intento autolítico

Las conductas suicidas pueden acompañar a muchos trastornos emocionales como la depresión, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Más del 90% de todos los suicidios se relacionan con un trastorno emocional u otra enfermedad mental.

Las conductas suicidas a menudo ocurren en respuesta a una situación que la persona ve como abrumadora, tales como: (18)

1. El envejecimiento
2. La muerte de un ser querido
3. La dependencia de las drogas o el alcohol
4. Un trauma emocional
5. Sentimientos de culpa
6. Enfermedades físicas graves
7. El aislamiento social
8. El desempleo o los problemas financieros

La tasa más elevada de suicidio está entre las personas ancianas, pero ha habido un aumento continuo entre adolescentes.

Los factores de riesgo para el suicidio en adolescentes abarcan

- Acceso a armas de fuego
- Antecedentes autoagresión deliberada. Antecedentes de descuido o maltrato.
- Vivir en comunidades en donde ha habido brotes recientes de intento autolítico en personas jóvenes.
- Ruptura sentimental.

Los intentos autolíticos que no resultan en muerte sobrepasan por mucho a los suicidios consumados. Muchos intentos de suicidio fallidos se llevan a cabo en una forma en que el rescate sea posible. Estos intentos a menudo representan un grito desesperado buscando ayuda.

Los métodos de intento de autolítico pueden ser relativamente no violentos (como envenenamiento o sobredosis) hasta los violentos (como dispararse con un arma). Los hombres tienen mayor probabilidad de escoger métodos violentos, lo cual puede explicar el hecho de que los intentos de suicidio por parte de ellos tengan más propensión a consumarse.

Los parientes de personas que han cometido un intento de suicidio fallido o exitoso, a menudo se culpan o se enojan mucho ya que ven el intento o el acto como una actitud egoísta. Sin embargo, cuando las personas son suicidas, con frecuencia piensan erróneamente que les están haciendo un favor a sus amigos y parientes al irse de este mundo y esta creencia irracional los arrastra a tener este comportamiento.

Cómo detectar una crisis de intentos autolíticos?

En junio de 2008, la revista "Medicine" publicó un artículo acerca de los 5 puntos clave que nos pueden ayudar a detectar una crisis suicida. Según cálculos realizados, entre un 60 y un 70% de los suicidas consultan a un médico general un mes antes de ejecutar su decisión de quitarse la vida.(28).

Para evitar estos intentos de suicidio, es necesario aprender a detectar estas crisis.

Preste atención al entorno

Según el artículo, las primeras manifestaciones de una crisis suicida se encuentran en el entorno.

Síntomas de la crisis:

- ✚ La personas afectada expresa:
- ✚ Ideas suicidas
- ✚ Intenciones suicidas
- ✚ Desaliento
- ✚ Intenso sufrimiento psíquico
- ✚ Pérdida del sentido de la vida y de los valores
- ✚ Cinismo
- ✚ Gusto por lo morboso
- ✚ Deseos de tener armas de fuego
- ✚ Estado de calma aparente

Existen factores de vulnerabilidad como: Depresión, Trastornos psiquiátricos en el pasado, Alcoholismo, Drogodependencia, Antecedentes familiares, Experiencias traumáticas.

Estos síntomas que varían de una etapa de la vida a otra y que se expresan con mayor o menor intensidad, no pueden ser detectados por el médico únicamente.

Síntomas en los niños

- ✓ Alteraciones somáticas
- ✓ Aislamiento
- ✓ Problemas
- ✓ De comunicación

- ✓ De aprendizaje
- ✓ Hiperactividad
- ✓ Encopresis (incontinencia fecal)
- ✓ Gran preocupación por la muerte
- ✓ El niño se siente el centro de las burlas de los demás

Síntomas en el adolescente

- ❖ Bajo rendimiento escolar.
- ❖ Conducta exagerada o rebelde.
- ❖ Hiperactividad.
- ❖ El adolescente busca sentirse marginado.
- ❖ Anorexia, bulimia.
- ❖ El adolescente se expone a:
- ❖ Riesgos sexuales
- ❖ Auto violencia
- ❖ Violencia contra los demás
- ❖ Huir de casa

Síntomas en el adulto

- Apatía
- Sentimientos negativos:
- De pérdida de importancia en su medio.
- De fracaso, de injusticia, de inferioridad.
- Problemas para relacionarse con los demás
- Bajas laborales continuas o bien
- Se preocupa demasiado por su trabajo

Síntomas en el adulto mayor

- ❖ Actitud de repliegue en sí mismo

- ❖ El adulto mayor se niega a comer
- ❖ No se comunica
- ❖ Pierde el interés
- ❖ No quiere ser atendido
- ❖ Gestos suicidas

Síntomas en personas con trastornos psíquicos

- ✓ Momentos de calma y de agitación alternados
- ✓ Aislamiento
- ✓ Pérdida de las relaciones sociales
- ✓ La persona deja de lado sus actividades cotidianas
- ✓ Los síntomas de la enfermedad se agudizan

¿Qué se debe observar durante la consulta médica?

Elementos que captarán la atención del médico y lo conducirán a realizar preguntas que le permitan identificar ideas suicidas en el paciente.

Cuando se trata de un paciente conocido:

- Trastornos psiquiátricos que se han intensificado
- Síntomas físicos inesperados
- Comportamiento inusual
- Contexto del paciente
- Cuando se trata de un paciente nuevo:
 - El paciente se expresa de manera poco clara
 - Agitación.

Factores de riesgo

La conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos factores sociales, psicológicos

y biológicos. Conocer bien estos factores es de gran importancia para evaluar adecuadamente el riesgo autolítico de un individuo. Se podrían clasificar en cuatro grandes grupos: sociodemográficos, clínicos y genéticos/ neurobiológicos y psicológicos

Aunque el riesgo de intento autolítico está en relación con el número de factores de riesgo presentes, Mann y col “formula un modelo de conducta suicida que consta de dos dimensiones interrelacionadas. La dimensión de los rasgos de la persona (genética, abuso de sustancias, personalidad border-line o impulsividad) y la de los desencadenantes o precipitantes (enfermedad psiquiátrica aguda o acontecimientos vitales adversos)”. (11)

Este autor sugiere que deben coincidir, al menos un factor de cada dimensión, para que aumente el riesgo de suicidio. Esto explicaría por qué unos pacientes se suicidan y otros no, con la misma enfermedad psiquiátrica.

Factores socio demográficos

El sexo los métodos utilizados en el acto suicida varían según el sexo. Los hombres suelen consumir el suicidio ya que el método que emplean es más violento (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas).

Las mujeres suelen realizar sobre ingestas de psicotrópicos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes. Muchas veces el método escogido nos indica la intencionalidad del acto.

El riesgo de suicidio aumenta con la edad. En el estudio de Baxter y Applebyse define una edad media de suicidio de 47 años (42 para hombres y 50 años para mujeres).

Actualmente las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando, sobre

todo en varones entre 15-24 años, siendo la tercera causa de muerte en Estados Unidos entre jóvenes de esta edad, las tasas de intentos de suicidio para mujeres son más altas entre los 15-24 años y entre los 25-34 años para los hombres.⁽¹⁷⁾

Nivel socioeconómico

Tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural.

Trastornos adaptativos

Son síntomas emocionales (depresivos o ansiosos) o conductuales (incluso autolisis), clínicamente significativos que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables. La gravedad del factor no siempre predice la entidad del trastorno adaptativo. Se trata de una variable compleja en la que se combinan su intensidad, cantidad, duración o contexto personal.

Entre estos acontecimientos vitales se pueden destacar: procesos relacionados con la edad (abandono del hogar de los hijos, matrimonio de los mismos, jubilación, necesidad de asistencia domiciliaria, ingreso en residencias), problemas laborales, de pareja, de salud, enfermedad o fallecimiento de algún miembro de la familia. En el estudio de Harris y Barraclough, se obtiene un aumento de 14 veces del riesgo de suicidio frente a la población general.⁽¹⁾

La serotonina es el neurotransmisor responsable de detener la acción e inhibir la impulsividad, disminuye nuestras necesidades y está involucrado en múltiples procesos de la conducta y la vida de relación.

Evaluación y Diagnóstico

Desgraciadamente, muchos de los pacientes psiquiátricos que han realizado

un acto suicida, nunca han recibido ayuda profesional o están insuficientemente tratados.

Estudios de autopsias psicológicas, aparte de revelar la alta prevalencia de patología psiquiátrica en las conductas suicidas, reflejan que muchos pacientes no suelen verbalizar sus intenciones, a no ser que se les pregunte directamente. Muchas veces, la única pista que los clínicos podemos tener, es el hecho de que los pacientes aparezcan por nuestra consulta.

También hay que aclarar que a pesar de todos nuestros esfuerzos, el valorar la probabilidad de que un paciente se suicide en un futuro inmediato, es una tarea compleja.

El mayor problema es la propia naturaleza del ser humano, en la que cada individuo es único y no se puede prever su conducta al 100%. El diagnóstico precoz a través de la entrevista clínica, depende de una adecuada valoración de todos los factores de riesgo y es una de las mejores medidas para intentar prevenir el acto suicida. (13)

En primer lugar, hay que intentar disponer del tiempo suficiente para garantizar una comunicación adecuada y así poder obtener la mayor y mejor información posible. En el caso de que sea la primera vez que le atendemos, es necesario presentarse y explicarle brevemente el motivo de nuestra intervención.

Factores genéticos y neurológicos

Poseer antecedentes familiares de intento autolítico, aumenta el riesgo de conductas suicidas para los pacientes. Algunos autores, encuentran relación entre la historia familiar de suicidio con la violencia del acto suicida. Sin embargo, existen dudas acerca de si esta asociación es debida a factores no genéticos y más relacionados con características culturales en las que crece el

individuo, si se deben a la transmisión genética del trastorno psiquiátrico asociado con el intento autolítico si existe un factor genético independiente para el mismo, como por ejemplo la impulsividad.

En varios estudios, se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es la independencia del diagnóstico psiquiátrico. Se han hallado niveles bajos de serotonina y metabólicos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados, y además se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, violencia y letalidad del acto suicida.

Se piensa que aquellos factores que disminuyen la actividad serotoninérgica, pueden ser relevantes para la conducta suicida, como por ejemplo: factores genéticos (polimorfos en el gen de la enzima triptófano hidroxilasa –TPH, polimorfismos del gen del receptor 5-HT_{2A}) o factores bioquímicos (bajos niveles de proteína transportadora de serotonina, bajos niveles de proteína MAO en sangre, altos niveles de receptores 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A} postsinápticos o bajos niveles de colesterol en sangre).

La serotonina es el neurotransmisor responsable de detener la acción e inhibir la impulsividad, disminuye nuestras necesidades y está involucrado en múltiples procesos de la conducta y de la vida de relación.

Evaluación y diagnóstico

Desgraciadamente mucho de los pacientes psiquiátricos se han realizado un acto suicida, nunca han recibido ayuda profesional o están insuficientemente tratados.

Estudios de autopsias, aparte de revelar la alta prevalencia de patología psiquiátrica en las conductas suicidas, reflejan que muchos pacientes no suelen verbalizar sus intenciones, a no ser que se les pregunte directamente. Muchas veces, la única pista que los clínicos podemos tener, es el hecho de que los

pacientes aparezcan por nuestra consulta.

También hay que aclarar que a pesar de todos nuestros esfuerzos, el valorar la probabilidad de que un paciente se suicide en un futuro inmediato, es la tarea compleja.

El mayor problema es la propia naturaleza del ser humano, en la que cada individuo es único y se puede prever su conducta al 100%. El diagnóstico precoz a través de la entrevista clínica, depende de una adecuada valoración de todos los factores de riesgo y es una de las mejores medidas para intentar prevenir el acto suicida.(13).

Tratamiento de intento autolítico

En cuanto al tratamiento se puede mencionar la clasificación que Dereslach menciona. (7)

- a) medidas generales.
- b) medidas específicas.

Las medidas generales se encuentran

- ✚ Establecer vía aérea permeable.
- ✚ Respiración artificial y oxígeno.
- ✚ Lavado Gástrico (colocación de sonda nasogástrica).
- ✚ Administración de carbón activado.
- ✚ Lavado de la piel (si es por exposición dérmica).

Medidas específicas: se refiere a la administración del antídoto:

Atropina: dosis inicial de 0,5 a 2mg STAT IV, dosis de 0,5mg en 5'-10'-

15`-30` hasta lograr la atropinización del paciente.

Oximas: Toxogonin (cloruro de obidoxima) 250mg/ml IV, repetir 20min después. Cabe considerar que la administración de la atropina debe ser cumplida estrictamente en el horario establecido, motivado a que la interrupción brusca de la atropina puede ser seguida rápidamente por edema pulmonar o insuficiencia respiratoria, otra consideración importante es que no debe usarse como punto límite la obtención de taquicardia o miosis solamente, debido a que sus efectos sobre el sistema nervioso central son nulos.

Por su parte Morgan D (1997) manifiesta que: La atropina no reactiva la enzima colinesterasa, cuando el efecto de la atropina desaparece puede presentarse un recrudecimiento del envenenamiento si la concentración de organofosforados en el tejido permanece alto.(9)

Cabe destacar que la atropina es el antídoto ideal para las manifestaciones muscarínicas, pero no tiene acción con los síntomas nicotínicos. Por tal motivo, es necesario señalar que se debe tener seguridad en cuanto al diagnóstico de intoxicación con organofosforados, pues la atropina es un compuesto tóxico y si el paciente no está intoxicado por un compuesto inhibidor de la acetilcolinesterasa, varias dosis del compuesto pueden causar efectos perjudiciales y agravar el cuadro clínico.

En las perspectivas que aquí se adoptan, es importante destacar el uso de reactivadores de la acetilcolinesterasa como las oximas, este compuesto se caracteriza porque cruza la barrera hematocefálica y reactiva la Ach en el SNC, revierte los efectos nicotínicos de la inhibición de la Ach, por lo que debe administrarse cuando estos efectos son severos y en un período de 36 horas, después de este tiempo no se debe administrar ya que no tendría acción, sino que se uniría a la enzima que se esté reactivando, ocasionando inhibición de la misma.

Sin obviar lo antes expuesto, Pereira C. (1990) refiere: “La oxima tiene otros inconvenientes como lo es su carestía, produce efectos secundarios que pueden confundirse con la propia intoxicación y su ineficacia (sobre todo la pralidoxima con relación al organofosforados que haya producido la intoxicación)”. (22).

Motivo este componente es considerado controvertido, debido a que existen estudios que demuestran la falta de estadística en cuanto a morbi – mortalidad se refiere, entre grupos que usan oximas y atropina, contra los que usan solamente atropina. Algunos autores consideran que la oxima debe utilizarse después de la atropina, cuando la administración de la primera dosis no ha provocado la atropinización.

Tipos de Intoxicación o envenenamiento

Intoxicación: Es la reacción del organismo a la entrada de cualquier sustancia que puede causar distintos tipos de lesiones o enfermedades y en ocasiones la muerte, cuando el organismo se halla expuesto a éstas.

El grado de toxicidad varía según la edad, sexo, estado nutricional, vías de penetración y concentración del tóxico.

Un tóxico es cualquier sustancia sólida, líquida o gaseosa que en una concentración determinada puede dañar a los seres vivos los tóxicos pueden ser muy variadas; encontramos en plantas, animales, serpientes, peces, insectos, microbios, en gases naturales y artificiales, en sustancias químicas e incluso en medicamento que según la dosis puede actuar generando un cuadro de intoxicación. (18)

Clasificación

Los plaguicidas organofosforados son de alta toxicidad aguda y causan efectos inmediatos a los individuos expuestos. Se menciona tres tipos de intoxicación

aguda, de acuerdo a los signos y síntomas que aparecen dentro de los primeros 30-60 minutos y alcanzando su máxima intensidad en un lapso de dos a ocho horas; y la resume de la siguiente manera:

Intoxicación Leve: Siendo los signos y síntomas; anorexia, cefalea, desvanecimiento, debilidad, ansiedad, malestar subesternal, temblores de lengua y párpados, miosis y disminución de la agudeza visual.

Intoxicación Moderada: se manifiestan; náuseas, salivación, lagrimeo, calambres abdominales, vómito, sudación, pulso lento y fasciculaciones musculares.

Intoxicación Grave: se caracteriza por; diarrea, pupilas puntiformes y pérdida del reflejo pupilar, dificultad respiratoria, edema pulmonar, cianosis, pérdida del control de esfínteres, convulsiones, coma y bloqueo cardíaco, en algunos pacientes se puede presentar hipoglicemia.

Cabe considerar por otra parte, que algunos compuestos organofosforados provocan intoxicación crónica, debido que la inhibición de la colinesterasa en ocasiones persiste de dos a seis semanas, manifestada por debilidad general, ataxia y parálisis, pudiendo hasta ser total, dependiendo de la dosis.

Estos síntomas ocurren luego de un período de 7 a 14 días luego del contacto con el producto, de esta forma, una exposición que no produciría síntomas en una persona que no ha estado permanentemente expuesta, podría producir síntomas graves en una persona permanentemente expuesta a cantidades más pequeñas del tóxico.

2.1.3.4. Generalidades de los órgano fosforados

Los organofosforado (OF) son plaguicidas clasificados junto con los carbamatos como inhibidores de la enzima colinesterasa.⁽¹²⁾

Son ésteres del ácido fosfórico y sus homólogos; son biodegradables, se hidrolizan fácilmente en medio húmedo y pH alcalino. Se absorben por todas las vías: oral, dérmica, conjuntival, parenteral, rectal e inhalatoria. Inhiben las colinesterasas y otras enzimas como la fosfatasa ácida, lipasa, tripsina, quimotripsina, etc.

Su principal acción es sobre la acetilcolinesterasa (colinesterasa eritrocítica) y la colinesterasa plasmática (butirilcolinesterasa). Producen una unión muy estable "irreversible", por fosforilación enzimática, produciendo inhibición de acetilcolinesterasa (ACE).

Órganos fosforado: Metil paratión (folidol) Metamidofos (tamarón) clorpirifos (losaban) fenamifos (malation) Malation (Malation) Diaziron (basudin) Foxin (volaton).

Fumigantes: Fosfaminas Detia Gas, Phostoxinagasthion Gramoxoneangloxone-gramoxil Ramuron-x-irbarom Renglone.

El plaguicida tiene el mayor tasa de letalidad, fosfamina 33.6% , en cuanto a las causas o modos de adquirir la intoxicación, intento autolítico 45%, laboral 28% y accidental 26%.

Los carbamatos, plaguicidas derivados del ácido carbámico, son sustancias biodegradables y no acumulables. Son inhibidores de la colinesterasa en forma reversible por carbamilación enzimática.

La sintomatología por intoxicación con carbamatos es corta y menos severa que con compuestos organofosforados (OF) excepto en casos de carbofuran y aldirbarb los cuales se comportan de manera muy severa.

Fisiopatología

Los organofosforados envenenan a insectos y mamíferos principalmente por la fosforilación de la enzima acetilcolinesterasa (ACE) en las terminaciones nerviosas. El neurotransmisor acetilcolina es degradado continuamente por la acetilcolinesterasa. La excesiva estimulación de los receptores de acetilcolina ocurre como resultado de una inhibición de la colinesterasa o por estimulación directa de los receptores de acetilcolina.

La acetilcolina es el mediador químico responsable de la transmisión fisiológica del impulso nervioso de:

- ✓ Las neuronas pre-ganglionares a las postganglionares en los sistemas parasimpáticos y simpáticos (receptores nicotínicos).
- ✓ Las fibras post-ganglionares parasimpáticas a los órganos efectores y de las fibras post ganglionares simpáticas a las glándulas sudoríparas (receptores muscarínicos).
- ✓ Los nervios motores al músculo esquelético.
- ✓ Algunas terminaciones nerviosas en el SNC.

Existen dos tipos de receptores para este neurotransmisor: el receptor muscarínico, (receptor vinculado a proteínas G) y el receptor nicotínico (que contiene canales de sodio). Inmediatamente, tras ser liberada del receptor, la acetilcolina es hidrolizada por la colinesterasa, lo que produce la brevedad y unidad de cada impulso propagado.

Los organofosforados (OF) reaccionan con la zona esterásica de la colinesterasa formando una unión estable que, si no se rompe mediante el tratamiento, envejece y se hace irreversible, quedando la enzima inhabilitada para su función normal. La acetilcolina se acumula entonces en la hendidura sináptica. Una pequeña acumulación da lugar a gran estimulación, mientras que un exceso superior tiene el efecto contrario.

El resultado es la pérdida de la actividad o funcionalidad de la enzima acetilcolinesterasa, por lo cual el órgano efector es sobre-estimulado, por la acetilcolina excesiva, en las terminaciones nerviosas. La enzima es imprescindible para el control normal de la transmisión de los impulsos nerviosos, que van desde las fibras nerviosas hasta las células musculares, glandulares, células nerviosas en los ganglios autónomos y sistema nervioso central (SNC).

Cuando la dosis tóxica es suficientemente alta, la pérdida de la función enzimática permite la acumulación de acetilcolina (AC) en las uniones colinérgicas neuroefectoras (efectos muscarínicos), en las uniones mioneurales del esqueleto y los ganglios autónomos (efectos nicotínicos) y en el sistema nervioso central (SNC).

Los plaguicidas tipo carbamatos son derivados del ácido carbámico, son inhibidores de la colinesterasa en forma reversible, produciendo carbamilación enzimática, en general son de menor toxicidad que los OF, exceptuándose el aldicarb, el carbofurán, el metomil y el nudrín.

Una concentración alta de acetilcolina en las uniones colinérgicas nerviosas con el músculo liso y las células glandulares puede causar contracción del músculo y secreción, respectivamente. En las uniones músculo-esqueléticas, el exceso de acetilcolina puede ser excitatorio (causa espasmos musculares). Altas concentraciones de acetilcolina en el sistema nervioso central causan alteraciones sensoriales y del comportamiento, incoordinación, depresión de la función motora y depresión respiratoria.

El aumento en las secreciones pulmonares y la depresión respiratoria son las causas usuales de muerte en el envenenamiento por organofosforados. Además se ha descrito la asociación entre la exposición a pesticidas y el desarrollo de asma mediada por IgE, al igual que un efecto potencialmente relevante en la inducción y complicación de la crisis asmática. Entre los

pesticidas más involucrados con esta patología respiratoria encontramos tres OF: malathion, parathion y chlorpyrifos, el paraquat y un ditiocarbamato (el EPTC).

El mecanismo por el cual, los organofosforados (OF) y los carbamatos, inducen cardiotoxicidad es incierto. Se han descrito tres fases fisiopatológicas de cardiotoxicidad, después de intoxicación aguda por organofosforados (OF): un período breve, de aumento en el tono simpático; un período de actividad del sistema parasimpático y un período de alteración electrocardiográfica con prolongación de Q-T, seguido por "torsade del pointes", taquicardia ventricular y fibrilación ventricular.

La mayoría ocurre durante las primeras horas después de la exposición. La hipoxemia, la acidosis y la descompensación electrolítica son los mayores factores predisponentes para el desarrollo de estas complicaciones. Una vez esta condición se reconoce, el paciente debe ser inmediatamente transferido a un cuidado intensivo o coronario, para monitoreo y vigilancia permanente.

Cuadro Clínico

Los signos y síntomas de intoxicaciones aguda por organofosforados habitualmente aparecen entre la primera y segunda hora después de la exposición, sin embargo, pueden desarrollarse hasta varias horas más tarde, esto depende principalmente de su solubilidad en grasa y si requieren o no activación metabólica.

El palation no es activo frente a la colinesterasa por sí solo, este es metabolizado a paraoxon en el hígado el cual si es un potente inhibidor de la enzima. En exposiciones de tipo dérmica también los síntomas son tardíos. Las manifestaciones clínicas pueden ser clasificadas en cinco tipos:

Muscarínicos.- Aquí se observan vómitos, diarreas, dolor y calambres abdominales, bradicardia, broncoespasmo, miosis y aumento de la sudoración y salivación.

Efectos nicotínico.- Se observan calambres musculares, taquicardia, hipertensión, fasciculaciones y parálisis respiratoria, en algunos casos se puede observar midriasis.

Efectos en el sistema nervioso central: Agitación, confusión, delirio, convulsiones, coma y muerte.

Neuropatía Retardada: Algunos organofosforados han causado una neurotoxicidad caracterizada por un daño en los axones de los nervios periféricos y centrales que se ha asociado con la inhibición de la esterasa neurotóxica.

Este síndrome se caracteriza por debilidad o parálisis y parestesia de extremidades, principalmente inferiores. La neuropatía inducida por este tipo de agente se puede manifestar 1 a 3 semanas después de la exposición y perdurar semanas, meses o años.

Síndrome Intermedio: Este ocurre después de la resolución de una crisis colinérgica aguda y dentro de un período de 24 – 96 horas, la cual se caracteriza por parálisis respiratoria y debilidad muscular facial de cuello y de los músculos proximales de las extremidades. Este síndrome es el resultado al parecer de una alteración pre y post sináptica de la transmisión neuromuscular.

Efectos secundarios

Los efectos son más prolongados en el caso de la intoxicación por organofosforados.

•**Sobre el sistema nervioso:** cefaleas, vértigos, confusión mental, temblor.

•**Sobre el sistema cardiovascular:** trastornos del ritmo cardíaco, hipotensión.

•**Sobre el sistema respiratorio:** disnea, opresión torácica, hipersecreción bronquial.

•**Sobre aparato digestivo:** sialorrea y otros síntomas inespecíficos.

•En la intoxicación por organofosforados se puede presentar una neuropatía sensitiva- motora en miembros inferiores.

a) ABC

b) Prevención de la absorción.

- ✓ En ingestión
- ✓ Lavado gástrico
- ✓ Carbón activado.

En intoxicaciones dérmicas

Sacar toda la ropa, bañar con agua y jabón al paciente, (proporcionar protección al personal médico que realice esta maniobra). Estos pacientes deben ser observados por lo menos 6 a 8 horas, antes de ser dados de alta.

c) Tratamiento

- ✚ Neumonitis química
- ✚ Insuficiencia respiratoria
- ✚ Convulsiones
- ✚ Coma.

d) Aumento de la eliminación:

Hemodiálisis o hemoperfusión no están generalmente indicados.

Toxicocinética

- ❖ Absorción: Los organofosforados en general se absorben muy bien por vía digestiva, inhalatoria y dérmica.
- ❖ Metabolismo: Su metabolismo es primariamente hepático y a través del sistema citocromo P-450.

Dosis tóxicas

Las dosis tóxicas son bastante variables y dependen de la absorción y de si se requiere o no activación metabólica.

Laboratorio

Medición de acetilcolinesterasa en glóbulo rojo para confirmar el diagnóstico. Otras pruebas útiles son; electrolitos, glucosa, BUN, transaminasas hepáticas, gases arteriales, electrocardiograma, monitoreo electrocardiográfico y radiografía de tórax. Se asegura el diagnóstico si se obtiene respuesta positiva a la Atropina.

Tratamiento

Tratamiento de las intoxicaciones por organofosforados. Mantener una buena hidratación por vía oral o parenteral. Corregir la acidosis con bicarbonato de sodio. Tratar las convulsiones.

Diazepan: Tratar de neumonitis químicas producida, por hidrocarburos asociados a la formulación.

a) ABC

b) Prevención de la absorción

En ingestión

- ❖ Lavado gástrico niños: 0,5g/kg inducir la emesis
- ❖ Carbón activado adultos

En intoxicaciones dérmicas

Tratamiento no farmacológico. Sacar toda la ropa, bañar con agua y jabón al paciente (proporcionar protección al personal médico que realice esta maniobra). Estos pacientes deben ser observados por lo menos 6 a 8 horas, antes de ser dados de alta.

c) Tratamiento

- ✓ Neumonitis química
- ✓ Insuficiencia respiratoria
- ✓ Convulsiones
- ✓ Coma.

d) Aumento de la eliminación

Hemodiálisis o hemoperfusión no están generalmente indicados.

Antídotos

Tratamiento de las intoxicaciones por organofosforados y carbamatos antídoto terapia: incluye un agente antimuscarínico atropia + reactivador de la colinesteras y un reactivador enzimático; como lo es la obidoxima o la pralidoxima.

Atropina

Administrar 1 - 2 mg en adultos ó 0.05 mg/k para niños, vía intravenosa y repetir las dosis cada 10 minutos hasta signos de atropinización. Uso IV continuo, administrar 0,02-0,08 mg/kg/hora hasta obtener respuesta. Hay casos descritos en que se han llegado a utilizar 3 g. de atropina en 24 horas. Vías de

administración: Intravenosa Intramuscular subcutánea.

Obidoxima: Administrar 250 mg con un máximo de 750 mg al día en adultos, en niños se puede usar de 4 a 8 mg/kg. no excediendo los 250 mg.

Pralidoxima: Administrar 1 – 2 gramos en adultos o 25 – 50 mg/kg en niños por vía I.V. o I.M. y repetir la dosis 1 – 2 horas después según necesidad.

2.1.3.5 Intervención de enfermería en pacientes intoxicados con órganos fosforados

Antiguamente la atención de enfermería se ubicó desde un punto de vista humanístico, en donde la enfermera (o) solamente presta un cuidado sin conocimiento científico; sin embargo, en los últimos 20 años la enfermería ha avanzado con decisión, para convertir estos cuidados en una disciplina científica.

Por consiguiente ha comenzado a crear y someter a prueba sus propias bases teóricas y filosóficas de los cuidados de enfermería. De allí pues, que los cuidados que brinda el personal de enfermería de la unidad clínica de emergencia adultos al paciente intoxicado con organofosforados, están encaminados a mantener la vida del ser humano, independientemente de su cultura, status social, raza, edad o sexo.

Es por ello que, la enfermera(o) se mantiene en continuo proceso de aprendizaje, para así ampliar sus conocimientos teóricos para ponerlos en práctica con mayor seguridad en el momento oportuno. Proyectando así otra imagen de la enfermería como profesión al beneficio de la comunidad. Ahora bien Simms, Price y Ervin (1990), manifestaron lo siguiente sobre la práctica de enfermería. (26)

La práctica de enfermería significa el ejercicio mediante compensación de servicios profesionales que requieren un amplio conocimiento especializado de los cuidados biológicos, físicos, conductuales, psicológicos, sociológicos y de las teorías de enfermería como la base de la valoración, el diagnóstico, la

planificación, la ejecución y la evaluación de la promoción y el mantenimiento de la salud.

Dentro de este marco de ideas, se concentra la verdadera responsabilidad de la enfermera (o), en ser directamente responsable de la calidad de atención que debe recibir el paciente. Esta aseveración conduce a determinar que el paciente crítico debe ser tratado de manera individual, de acuerdo a sus necesidades humanas y patológicas.

Es por ello, que la información que posee el personal de enfermería, en la atención de este tipo de pacientes, está enfocado hacia la satisfacción de las necesidades interferidas, lográndose entonces revertir el cuadro crítico en el menor tiempo posible y con resultados positivos.

Lista provisoria de plaguicidas organofosforados registrados en Chile que están prohibidos o severamente restringidos por gobiernos y sus efectos sanitarios y ambientales.

Esta lista fue preparada por la " Alianza por una Mejor Calidad de Vida" de acuerdo información recopilada de literatura médica y estudios científicos realizados por instituciones especializadas y expertos en salud y ambiente, bioquímicos, toxicólogos, ecotoxicólogos de diversas partes del mundo.

Azinfos Metil: Nombre comercial: Gusathion M 35%, Azifon, AzinfosMetil 35, Cotnion.

Efectos agudos: Neurotóxico. Como organofosforado inhibe la acetilcolinesterasa sustancia necesaria para el funcionamiento del cerebro y el sistema nervioso. Causa de muerte: fallo respiratorio.

Es uno de los plaguicidas de más alto riesgo en Chile, según registro de intoxicaciones agudas notificadas.

Efectos crónicos: Tóxico para los riñones. Interfiere en la fertilidad masculina y femenina; Testículos atrofiados, pequeños o de forma anormal en aves. Produce malformaciones durante el embarazo y es mutagénico.

Dimetoato: Nombres comerciales: Perfektion, Roxion, Anatoato, Maktion, Salut.

Efectos agudos: Inhibe la acetil-colinesterasa. Afecta el sistema nervioso e irrita la piel. Se puede morir por fallo respiratorio. Es absorbido por inhalación, ingestión y penetración cutánea.

Efectos crónicos: Altamente tóxico. Tóxico para los riñones, interfiere en la fertilidad masculina y femenina. La EPA plantea que su uso tiene riesgos de efectos mutagénicos, reproductivos y fetotóxicos y se sospecha de efectos cancerígenos. Disminuye la libido y el número de espermatozoides, aumenta la cantidad de espermatozoides muertos en conejos.

- **Disulfoton:** Nombre comercial: isyston.

Efectos agudos: Inhibe la acetil-colinesterasa, daña el sistema nervioso e irrita la piel. Toxicidad aguda dermal y oral. Es absorbido por inhalación, ingestión y penetración en la piel. Es extremadamente tóxico para aves mamíferos, peces y organismos acuáticos.

Efectos crónicos: Como organofosforado puede afectar el riñón y la reproducción, además de provocar malformaciones fetales.

Efectos ambientales: Tiene una actividad prolongada residual y sistémica lo que significa peligro para la vida silvestre y humana.

Demeton-Metil: Nombre comercial: Metasystox.

Efectos agudos: Temblor súbito, convulsiones generalizadas, trastornos psíquicos, cianosis intensa de las mucosas, hipersecreción bronquial, incontinencia de esfínteres, coma, muerte por fallo cardíaco o respiratorio.

Efectos crónicos: Neurotóxico. Provoca neuropatías periféricas.

- **Fosmet:** Nombre comercial: Imidon, Innovat, Fosdan.

Efectos agudos: Inhibe la colinesterasa, sustancia de la sangre que se necesita para el funcionamiento del cerebro y del sistema nervioso. Provoca cambios del comportamiento. Irrita la piel. Causa de muerte: fallo respiratorio.

Efectos crónicos: Tóxico para los riñones, afecta la fertilidad masculina y femenina; fetotóxico, teratogénico y mutagénico. Los residuos permanecen en el ambiente entre 15 y 20 días.

Fonofós: Nombre comercial: Difonate.

Efectos agudos: Similares al Fosmet, sólo que es un producto 10 veces más tóxico al ser ingerido vía oral.

Efectos crónicos: Similares a otros organofosforados.

Efectos ambientales: Insecticida de largo efecto residual, puede afectar a plantaciones o vegetales de consumo humano o animal.

- **Metamidofós:** Nombres comerciales: Metamidofós 60SL, Monitor, Stanza, Tamaron.

Efectos agudos: Por su alta toxicidad puede ser fatal si se inhala o es absorbido a través de la piel. Es uno del plaguicida de más alto riesgo en Chile, siendo el causante del mayor número de intoxicaciones en el año 1996.

Efectos crónicos: En humanos, similares a otros organofosforados altamente peligrosos.

- **Metidatió:** Nombres comerciales: Supracid 40 WP, Supration.

Efectos agudos: Depresión respiratoria, vómitos, diarreas, debilidad muscular y convulsiones.

Efectos crónicos: Afecta el sistema nervioso periférico; neuropatía retardada. El sistema nervioso central, cefalea frecuente, incoordinación, irritabilidad, insomnio, cambios electroencefalográficos, trastornos psicológicos y visuales.

- **Parathion:** Nombre comercial: Parathion 80 EC.

Efectos agudos: Inhibidor irreversible de la colinesterasa. Dificultades para hablar, bradicardia, pérdida de conciencia y de los reflejos normales hasta convulsiones y coma, parálisis respiratoria, afectando especialmente a los músculos del sistema respiratorio. El 80% de los envenenamientos por pesticidas en América Central y la mitad de las intoxicaciones por agroquímicos a nivel mundial se deben al Parathion. En Chile, figura entre los plaguicidas que causan el mayor número de intoxicaciones agudas notificadas.

La EPA (Agencia de protección ambiental de Estados Unidos) señala que no hay margen de seguridad en su uso. El Banco Mundial recomienda no utilizarlo.

Efectos crónicos: Posible cancerígeno, teratogénico y mutagénico; causa degeneración del nervio ciático y efectos embriotóxicos comprobados en animales de laboratorio. Efectos negativos sobre la reproducción, afectando las células espermáticas. Inhibe la liga de testosterona con su receptor proteínico, en ratones reduce la habilidad del espermatozoide para fertilizar huevos. Depresor del sistema inmunológico.

Prohibida su importación y fabricación por resolución del SAG de 6 de febrero de 1999 y prohibido su uso desde el 31 de marzo del 2000.

- **Metil Parathion:** Nombres comerciales: Penncap, Folidol.
- **Fosfamidón:** Insecticida Nombre comercial: Dimecron.

Efectos agudos: Es muy peligroso por ingestión e inhalación y peligroso por absorción cutánea.

Efectos crónicos: Neurotóxico. Problemas en la memoria corta, déficit atencional, gran vulnerabilidad a trastornos psiquiátricos. Interfiere en la fertilidad masculina; Reduce el peso testicular en ratas, aumenta la cantidad de espermatozoides anormales en ratones.

Síntomas Generales

Síndrome muscarínico (vómito, sudoración profusa, diarrea, salivación excesiva, lagrimeo y abundante secreción bronquial; característicamente se presenta miosis).

- ✓ Síndrome nicotínico (calambres de los músculos abdominales y de las extremidades, temblores, bradicardia y trastornos del ritmo cardiaco).
- ✓ Síndrome neurológico (irritabilidad, conducta psicótica, pérdida brusca de la conciencia y convulsiones).

La muerte ocurre por depresión respiratoria, edema pulmonar o bradicardia extrema.

2.1.3.6 Intoxicaciones pediátricas

Las intoxicaciones constituyen un problema frecuente en Pediatría. Estudios efectuados en diversos lugares revelan que hasta el 7% de las consultas de Urgencia corresponden a ingestiones e intoxicaciones, que en niños pequeños habitualmente son producto de un accidente.

En adolescentes y adultos, por el contrario, se deben casi siempre a la ingesta voluntaria con fines suicidas.

Según el reporte anual (2000) del Centro de Información Toxicológica y de Medicamentos de la Universidad Católica - CITUC - el 75 % de las Intoxicaciones son por ingestión, por lo que el vaciamiento gástrico es una medida fundamental en el inicio del tratamiento. El grupo etario más

comprometido es aquél que se extiende entre los 12 meses y los 5 años de edad, con un 45 % de los casos totales. Con respecto al sexo, predominan, levemente, los pacientes de sexo masculino.

Al revisar las causas de Intoxicación, en primer lugar están los medicamentos (44%). Le siguen los productos Industriales y Químicos (11%) y productos de Aseo (10%) y Plaguicidas (8%).(21)

Al analizar el grupo de medicamentos, los más frecuentes son aquellos que comprometen el Sistema Nervioso Central (53,6%), seguidos por medicamentos para el Tracto Respiratorio y los Antimicrobianos. Entre los que afectan el Sistema Nervioso Central predominan las benzodiazepinas (52,2%), seguidas por los antidepresivos (13,2 %).

Los niños generalmente ingieren un solo compuesto, mientras que los adultos y adolescentes tienden a tener ingestiones múltiples.

La historia dada por el paciente es habitualmente inadecuada. Debe interrogarse cuidadosamente a los familiares y acompañantes acerca de la posibilidad de acceso a fármacos y la presencia de envases de ellos en las cercanías, los que se deben presumir originalmente llenos.

Los trastornos resultantes de una intoxicación se producen habitualmente a las cuatro horas post-ingestión, pero los alimentos pueden retardar su inicio. El grado de compromiso orgánico y el tiempo que tomen en expresarse dependerá de la forma de ingreso al organismo.

La ingestión, aspiración, contacto dérmico y otras formas de contaminación tienen su propia dinámica. En niños las causas son diferentes según edad.

La evaluación clínica debe ser rápida y debe considerar, en primer lugar, el registro de signos vitales, mantenimiento de la vía aérea permeable,

evaluación neurológica y la función cardiocirculatoria. La orofaringe debe ser examinada en búsqueda de quemaduras o trozos de material tóxico.

- ❖ Enfermedad respiratoria o cardíaca severa.
- ❖ Hipertensión arterial incontrolable.

Emésis:

Actualmente no se recomienda.

Lavado gástrico:

Debe ser considerado un medio secundario de remoción de un tóxico. Se debe usar primariamente en pacientes que no vomitan con el uso de Jarabe de Ipeca o en pacientes con compromiso de conciencia que debieran estar intubados.

Es de gran valor si se efectúa dentro de las primeras 4 horas después de la ingestión. En el paciente consciente se debe introducir una sonda nasogástrica gruesa (32-36 F).

Con el paciente en decúbito lateral izquierdo, la sonda se coloca por vía nasal u oral. Para confirmar su correcta ubicación se ausculta epigastrio mientras se inyecta 60 a 100 ml de aire.

Debe usarse 15 ml/kg/ciclo, y usar siempre solución salina isotónica con el medio interno del paciente. Volúmenes mayores podrían facilitar la distensión gástrica, disminuyendo el volumen pulmonar, produciendo colapso vascular y favoreciendo el vaciamiento gástrico hacia el intestino, aumentando la superficie de absorción del tóxico. No es necesario agregar aditivos al líquido de lavados.

Absorbentes

Carbón activado:

Constituye el principal adsorbente de materiales tóxicos. La capacidad de

disminuir la absorción de diferentes drogas parece ser mayor que los eméticos. Actúa primariamente adsorbiendo el producto tóxico antes que deje el estómago e intestino delgado. Es útil en intoxicaciones por barbitúricos, digitálicos, carbamazepina, teofilina, metotrexato, imipramina, sulfas, morfina, atropina, ácido salicílico, anfetaminas, cianuro y otros.

La dosis recomendada es: 1-3 gr/kg. Se debe administrar mezclado con 100-200 ml de agua. Debe darse con posterioridad a la inducción de vómitos con jarabe de Ipeca. En drogas de liberación retardada, con circulación enterohepática marcada (tricíclicos, teofilina, carbamazepina, digitálicos) o altamente tóxicos, se recomienda usarlo en forma continuada cada 4 horas por 24 a 48 horas. Esto se considera una modalidad de diálisis intestinal.

Contraindicaciones

En general no existen salvo intoxicaciones por álcalis o ácidos, ácido bórico, cianuro, etanol, metanol, fierro.

Catárticos y evacuantes intestinales

Pueden usarse para remover tóxicos no absorbidos o que pueden ser excretados en el intestino. Existe controversia con respecto a su uso. En niños son poco utilizados ya que pueden llevar a pérdida excesiva de líquidos; al igual pueden provocar hiponatremia e hipocalcemia. Se puede usar el sulfato de magnesio: 250 mg/dosis en dos o tres dosis, o lactulosa, en niños de 6 a 12 años, a dosis de 14 gr al día, dividido en 4 dosis, en niños de 1 a 5 años: 7 gr al día en 4 dosis y en menores de 1 año debe usarse 3,35 gr al día en cuatro dosis.

Eliminación renal

El riñón constituye el principal órgano de excreción de algunas drogas. Se puede aumentar la eliminación, por variación del pH urinario o aumentando la filtración glomerular y el flujo urinario.

En el caso de los ácidos débiles como los barbitúricos y salicilatos, la diuresis forzada, con alcalinización ($\text{pH} > 7.5$) de la orina ha sido utilizada con éxito. Se usa bicarbonato de sodio 3-5 mEq/ kg en un período de 8 horas. Debe descontarse el aporte de sodio del bicarbonato a la terapia general del niño.

Diálisis peritoneal (DP) y hemodiálisis (HD)

La DP es de limitada efectividad en la remoción de drogas. Para la mayoría de los tóxicos no constituye una ventaja adicional respecto de la diuresis forzada con manipulación ácido- básica.

La HD es útil en ciertas intoxicaciones: litio, salicílicos, etanol, metanol, sin embargo, es inferior a la hemoperfusión.

La hemoperfusión que utiliza filtros capaces de adsorber moléculas liposolubles, es útil en intoxicaciones por barbitúricos y teofilina aunque en esto también es efectivo el carbón activado en dosis continuas cada 4 o cada 6 horas durante 24 ó 48 hrs.

Terapia de soporte respiratorio

- ✓ Protección de la vía aérea.
- ✓ Mantenimiento de la función respiratoria.

Considerar intubación traqueal en pacientes con compromiso de conciencia por el alto riesgo de aspiración. Considerar que un alto número de intoxicados con compromiso de conciencia hipoventilan; de allí que deben asistirse primero con ambú y luego con ventilación mecánica (VM).

Cardiovascular:

El apoyo hemodinámico es básico en pacientes con una gran variedad de intoxicaciones (barbitúricos, narcóticos, tranquilizantes, antidepressivos tricíclicos,

digitálicos). En ellos la hipotensión es frecuente por aumento de la capacitancia venosa y la disminución del retorno venoso, o por falla miocárdica. De no corregirse este factor, el pronóstico empeora.

Un apoyo hemodinámico adecuado consiste en el uso de soluciones I.V. y drogas cardio y vasoactivas. Inicialmente se usará suero fisiológico, y, si no hay respuesta, catecolaminas (dopamina o noradrenalina).

Temperatura:

La hipertermia puede complicar algunas intoxicaciones (salicílicos, anticolinérgicos), requiriéndose medidas para disminuirlas. El uso de medios físicos, como paños fríos y baños de esponja puede bastar. La hipotermia se ve en intoxicaciones por barbitúricos, fenotiazinas y carbamazepina. En este caso se aplicarán frazadas calientes y eventualmente diálisis con líquidos calientes.

Insecticidas organoclorados (io):

Entre los organoclorados, el DDT (clorofenotano) parece ser uno de los más tóxicos, capaz de provocar la muerte. Actúa en el cerebelo y corteza motora del sistema nervioso central (SNC), provoca hiperexcitabilidad, temblor, debilidad muscular y convulsiones. Los IO sensibilizan el miocardio a las catecolaminas. Su eliminación es muy lenta, sólo un 1% por día, y son liposolubles. Utilizan como solventes a los hidrocarburos, por lo que esta mezcla puede hacer aún más grave la intoxicación.

Hallazgos clínicos:

La ingestión de 5 grs. o más de DDT provoca vómitos en 0,5 a 1 hora, debilidad muscular, excitación psicomotora y diarrea. Si se ingiere más de 20 grs. se presenta temblor muscular marcado, que comienza en la cabeza y cuello. Posteriormente compromete el cuerpo y provoca convulsiones clónicas y luego bradipnea.

Tratamiento

Inducción de emesis con jarabe de Ipeca, lavado gástrico, carbón activado en forma repetida, lavado de piel con agua y jabón, si existe exposición cutánea. Si es necesario, ventilación mecánica con O₂. Anticonvulsivantes: Diazepam y fenobarbital en esquema de crisis convulsiva.

Pronóstico:

Ocurre recuperación en la mayoría de los casos. Otros insecticidas organoclorados son: Hexaclorociclohexano (lindano), Clordano, Aldrin, Dieldrin, Endrin, Mirex. Los síntomas que provocan son similares al DDT y el tratamiento es el mismo.

2.1.3.7 Organofosforados y carbamatos

Se caracterizan porque contienen inhibidores de la colinesterasa. Constituyen dos grupos genéricos diferentes: órgano-fosforados y carbamatos. Algunas sustancias del grupo órgano-fosforado son el Malathion, Parathion, TEPP.

(Tetraetilpirofosfato). Dosis de 2 mg de Parathion en niños pueden ser fatales. Los carbamatos son menos tóxicos y, a dosis similares, causan síntomas leves y reversibles. Su principal diferencia con los anteriores es que la duración del cuadro clínico puede ser fugaz, y la unión a la acetilcolinoesterasa es reversible en forma espontánea.

Hallazgos clínicos

Las manifestaciones principales de intoxicación son: disturbios visuales, dificultad respiratoria e hiperexcitabilidad gastrointestinal. Los signos y síntomas en orden de aparición son los siguientes:

Anorexia, cefalea, debilidad, temblor de la lengua y párpados, alteración de la agudeza visual. Náuseas, vómitos, salivación, lagrimeo profuso, cólicos abdominales, sudoración profusa, bradicardia, fasciculaciones musculares.

Diarrea importante, pupilas mióticas y no reactivas, dificultad respiratoria, edema pulmonar, cianosis, relajación de esfínteres, convulsiones, coma y trastornos de la conducción cardíaca (bloqueo A-V).

Tratamiento

- ✓ Vía aérea permeable
- ✓ Respiración artificial y O₂:
- ✓ Ventilación boca a boca o con ambú, intubación y ventilación mecánica.

Atropina en dosis elevadas

Un esquema práctico es dar una dosis inicial, en niños, de 0.02 mg/kg, i.v. lo que sirve como diagnóstico. De no tratarse de una intoxicación por OF aparecerán signos de acción atropínica (taquicardia, dilatación pupilar). Si esto no ocurre, se confirma el diagnóstico. Se seguirá entonces con 1 mg i.v. repitiendo la dosis cada 3 - 5 minutos hasta la aparición de signos de intoxicación atropínica: enrojecimiento facial, boca seca, pulso rápido y midriasis. Posteriormente se espaciará esta droga tratando de mantener estos síntomas en grado moderado.

Eliminación del tóxico

Lavar la piel con agua y jabón, si existe exposición cutánea. Emesis y lavado gástrico si la ingestión es reciente.

Antídoto

Sólo en el caso de O.F. Pralidoxima (Protopam, 2, PAM) 25 a 50 mg/kg diluido, en niños, en forma lenta. Se puede repetir después de una a dos horas y se puede mantener el tratamiento por 24 horas en el caso de intoxicaciones severas. No dar pralidoxima en caso de intoxicación por carbamatos.

Otro antídoto es el Toxogonin, cuya dosis es de 4 a 8 mg/kg. Si se observa mejoría, se puede repetir a las 2 horas por una o dos veces. Ambos antídotos se pueden utilizar por vía endovenosa continua en casos severos.

Pronóstico

Los primeros 4 - 6 días son los más críticos. Si existe mejoría después de iniciado el tratamiento, el pronóstico es bueno.

Intoxicaciones por insecticidas carbamatos

Son, junto con los insecticidas organofosforados, inhibidores de la colinesterasa pero con varias diferencias con estos. Causan una inhibición reversible de dichas enzimas porque la unión enzima-carbamil es reversible, lo que origina un síndrome clínico más benigno con una duración más corta, en las intoxicaciones por insecticidas organofosforados esta unión es irreversible.

A diferencia de los organofosforados tienen muy mala penetración al sistema nervioso central, por ello la presentación clínica de esta intoxicación recuerda la de las intoxicaciones por insecticidas organofosforados con la excepción de originar pocos efectos sobre el sistema nervioso central, con convulsiones muy raras en la clínica. Los valores de colinesterasa en suero y hematíes retornan a su valor normal a las pocas horas, por ello en muchas ocasiones su determinación será normal cuando el paciente acude al Hospital.

Clasificación

Estos compuestos tienen una estructura química basada en el ácido carbámico, con una serie de radicales que le dan la acción anticolinesterásica, en el caso de añadir un radical bencénico al éter de oxígeno o bien un hidrógeno o un radical metomilo al átomo de nitrógeno dando lugar a los metil y dimetilcarbamatos. Los ditiocarbamatos tienen actividad antifúngica y herbicida, con poco efecto anticolinesterásico.

Aldicarb, aminocarb, oxamyl, isolan, carbofuran, metomilomexacarbate, metiocarb, dimetilan, propoxur, carbaryl.

Mecanismo de Toxicidad

Actúan inhibiendo la acetilcolinoesterasa, sin embargo la unión a la enzima es reversible; esto provoca un aumento de la acetilcolina en los receptores muscarínicos, nicotínicos y en el sistema nervioso central, sin embargo la duración de éste es corta.

Clínica

Los efectos clínicos suelen aparecer dentro de la primera media hora a dos horas después de la exposición, son similares a la intoxicación por organofosforados e incluyen miosis, aumento de la salivación, incontinencia urinaria, diarrea, dolor abdominal, convulsiones, hipertensión taquicardia y coma.

No existen diferencias importantes con respecto a la sintomatología encontrada en las intoxicaciones por organofosforados, suele haber un predominio de síntomas muscarínicos debido a su mínima penetración en el sistema nervioso central. Al ser la unión a la enzima colinesterasa reversible la duración de estas manifestaciones es mucho menor. Se han descrito efectos tóxicos sobre distintos órganos sobre todo sobre el parénquima renal.

Las intoxicaciones por ditiocarbamatos pueden ser graves, sobre todo si se asocian a consumo de alcohol. Pueden inhibir la dopamina hidroxilasa con la

consiguiente disminución de la síntesis de noradrenalina, lo que puede conducir a shock en ocasiones irreversible. Se han descrito casos con afectación del sistema nervioso central y periférico, así como fracaso renal agudo por acción directa del tóxico.

La evolución suele ser favorable en la mayoría de los casos, siempre que no haya complicaciones intercurrentes, debido a la corta duración del efecto tóxico.

Algunos trabajos muestran neurotoxicidad retardada por carbamatos, que es infrecuente y con recuperación completa en la mayoría de los casos.

Toxicocinética

Absorción: En general se absorben bien por vía digestiva y dérmica. **Inicio de acción:** su inicio de acción es anterior a las cuatro horas. **Metabolismo:** son rápidamente metabolizados en el hígado sufriendo hidrolización a ácido metilcarbámico y a una variedad de sustancias fenolicas de baja toxicidad.

Laboratorio

La medición de acetilcolinesterasa en glóbulo rojo no es recomendada, ya que esta rápidamente se recupera por lo tanto no será indicativo del grado de intoxicación. Importante medir electrolitos, glucosa, BUN, creatinina y gases arteriales.

Tratamiento

El tratamiento de la intoxicación por carbamatos incluye monitorización de signos vitales, mantenimiento de vía aérea permeable con intubación y ventilación mecánica si ello fuera preciso, lavado gástrico o administración de jarabe de ipecacuana para retirar el tóxico del tubo digestivo si hubo ingesta, con las precauciones habituales. La administración de carbón activado y

catártico está indicada si hubo ingestión. Si el contacto con el tóxico fue a través de la piel, retiraremos toda la ropa y lavaremos al paciente con agua y jabón de cabeza a pies durante al menos diez minutos.

Atropina

Es la droga de elección en estas intoxicaciones. En adultos la dosis es de 0,4 a 2.0 mg i.v. repetidos cada 15-30 min. Hasta que aparezcan los signos de atropinización, pupilas dilatadas (si estaban previamente mióticas), rubefacción facial, disminución de la sialorrea y broncorrea, aumento de la frecuencia cardíaca.

La mayoría de los pacientes precisan dosis de atropina durante las 6-12 primeras horas. Los pacientes críticos deben ser bien oxigenados además de recibir atropina. La dosis en niños es de 0,05 mg/kg inicialmente repitiendo la dosis en caso necesario con los mismos intervalos que en adultos.

La observación de los casos graves debe prolongarse durante al menos 24 horas. La intoxicación leve no precisa observación prolongada. No se debe usar morfina, fenotiacinas o clordíacepóxido en estas intoxicaciones por el peligro de depresión respiratoria.

Los pacientes críticos que han sufrido una parada cardíaca, edema pulmonar, requieren manejo en UCI con cuidados propios del paciente crítico, ventilación mecánica, manejo de líquidos y drogas vasoactivas, monitorización hemodinámica invasiva, monitorización ECG.

Oximas no están indicadas en estas intoxicaciones pues la unión carbamilcolinesterasa es reversible, regenerándose la enzima de forma rápida y espontánea.

Es un grupo bastante amplio de productos, destacan el aldicarb como el producto más utilizado.

2.1.3.8 Intoxicaciones por productos usados en la industria

- Hidrocarburos
- Alcoholes y glicoles
- Alcohol metílico (metanol).

Se usa en descongelantes y como alcohol desnaturalizado. La intoxicación puede ocurrir por ingestión o inhalación.

Hallazgos clínicos

Las manifestaciones principales son trastornos visuales y acidosis. Los síntomas, ya sea por ingestión, inhalación o cutánea, son en orden de aparición: fatiga, cefalea, náuseas, visión borrosa, mareos, vómitos y compromiso de conciencia.

Aparece ceguera temporal o permanente 2-6 días después. Si la intoxicación es grave, aparecen polipnea por acidosis, cianosis, hipotensión, midriasis. La muerte ocurre por falla respiratoria. La dosis letal es 1mg/k.

Tratamiento

Lavado gástrico con agua con bicarbonato de sodio.

Antídoto: alcohol etílico 50% 1-5 ml/kg en solución acuosa al 5% por vía oral, continuar con 0,5 ml/kg c/2 h oralmente o EV, por 4 días.

Acidosis: Tratar con bicarbonato de sodio.

Delirio: Administrar diazepam.

Casos graves: Hemodiálisis.

Pronóstico: Si la intoxicación es grave existe una alta mortalidad. Suele dejar como secuela, ceguera.

Alcohol Etilico

Es usado como solvente, antiséptico o bebida. Sus efectos mayores son sobre el SNC. 14.

Hallazgos clínicos: Depresión respiratoria, compromiso de conciencia, hipotensión, bradicardia, enfriamiento, coma.

Tratamiento:

- ✓ Lavado gástrico
- ✓ Tratamiento del compromiso de conciencia.
- ✓ Vía aérea permeable
- ✓ Mantener temperatura corporal
- ✓ Alcalinizar orina con bicarbonato de sodio
- ✓ Hipoglicemia: aportar glucosa según glicemias seriadas
- ✓ Hemodiálisis en casos graves.

Pronóstico

Si el paciente sobrevive las primeras 24 horas hay recuperación total.

Alcohol isopropílico

Es depresor del SNC, aún más potente que el etanol. Se encuentra en solventes industriales, lociones faciales, limpiavidrios. Puede ser ingerido como sustituto del etanol y con fines suicidas. Una dosis de 200 a 250 ml puede ser fatal.

El isopropil alcohol se absorbe rápidamente y los niveles más altos se alcanzan a la hora después de la ingestión. La inhalación de vapores también puede intoxicar a un niño. Este compuesto se metaboliza en el hígado y cerca del 20% al 50% se excreta por riñón. Pueden aparecer signos de intoxicación al ingerir 20 ml.

Hallazgos clínicos

Son muy frecuentes la taquicardia y la hipotensión, debido a vasodilatación. Son frecuentes las náuseas, los vómitos, el dolor abdominal, y, ocasionalmente, la hematemesis y el compromiso de conciencia, que va desde sopor a coma. Pueden existir: hipotermia, alteraciones cardiovasculares, miopatía, insuficiencia renal aguda y raramente anemia hemolítica.

Laboratorio

BUN, SGOT elevadas, anemia, cetonemia, cetonuria, hipoglicemia.

Tratamiento

Como en todas las intoxicaciones, lo más importante es el ABC de la reanimación. La eméesis está contraindicada debido a que el isopropil se absorbe rápidamente y compromete el SNC.

El lavado gástrico es importante en las primeras dos horas siguientes a la ingestión. Sin embargo, como el compromiso de conciencia es rápido, hay que considerar la posibilidad de proteger la vía aérea e intubar al paciente antes del lavado gástrico.

Si existe hipotensión, debe aportarse solución de NaCl al 9 % ó a volúmenes de 20 cc/k/iv y repetir la dosis si fuese necesario. Si no hay respuesta al aporte de volumen, deben usarse drogas vaso activas (dopamina, noradrenalina o adrenalina). Debe asegurarse un buen aporte de volumen y de glucosa.

Aunque el alcohol isopropílico no es bien absorbido por el carbón activado, éste puede usarse en dosis de 500 mg por 1 gr de alcohol isopropílico. La hemodiálisis está indicada cuando las concentraciones sanguíneas exceden los 400 mg/dl o en casos de hipotensión severa y coma. En 5 horas de hemodiálisis los niveles pueden descender hasta 4 veces.

Pronóstico

Los pacientes que sobreviven 48-72 horas se recuperan.

Monóxido de carbono

El monóxido de carbono es producido por la combustión incompleta del carbón. También se produce por la combustión incompleta del gas usado en calefactores de agua, sobre todo cuando éstos están ubicados en el interior de baños mal ventilados. El gas de balón no contiene CO; en cambio el gas de "cañería" contiene un 18% de CO₂ y un 11% de CO. Ésta es una de las intoxicaciones más frecuentes y con mayor mortalidad en el país.

Hallazgos clínicos

Los síntomas iniciales son cefalea y polipnea leve, a lo que posteriormente se agregan: náuseas, irritabilidad, aumento de la cefalea y polipnea intensa, dolor torácico, confusión y cianosis.

La exposición prolongada y en concentraciones elevadas causa inconsciencia, insuficiencia respiratoria y muerte si la exposición dura más de 1 hora. (> 1000 ppm o 0,1%). 16

Laboratorio

- ✓ Niveles de carboxihemoglobina en sangre elevados, leucocitosis, alteraciones al ECG.
- ✓ Puede existir edema pulmonar a la Rx de tórax.

Tratamiento

- Siempre recordar el ABC de la reanimación.

- Remover a la víctima de la zona de exposición.

Cámara hiperbárica: Debe enviarse a cámara hiperbárica, aunque no se haya cuantificado la carboxihemoglobina, a todo paciente que presente convulsiones, coma o compromiso grave de conciencia. Los niños son extremadamente sensibles a los efectos tóxicos del CO y el feto - cuando la madre embarazada ha estado expuesta al gas - lo es aún más. Una indicación relativa son los niveles de 30% a 35% de carboxihemoglobina sanguínea (de todos modos son muy importantes las condiciones clínicas y patologías agregadas) e indicación absoluta son los niveles sobre 40%.

O2 al 100% en mascarilla

- ✓ Si existe compromiso de conciencia: intubar y ventilar con O2 al 100%.
- ✓ Si existe falla respiratoria: intubar y ventilar con O2 al 100% y conexión a ventilación mecánica.
- ✓ Medidas generales:
- ✓ Mantener temperatura corporal normal.
- ✓ Mantener presión arterial.
- ✓ Si existe fiebre, colocar paños fríos.
- ✓ Control de niveles de carboxi-hemoglobina
- ✓ Tratamiento del edema cerebral.
- ✓ Mantener en reposo 2- 4 semanas para minimizar las complicaciones neurológicas.
- ✓ Tratar convulsiones con diazepam y /o fenobarbital.

Pronóstico:

Si hay recuperación precoz, los síntomas regresan gradualmente. Si la intoxicación ha persistido por horas, existe daño cerebral irreversible.

2.1.3.9 Intoxicación por fármacos sedantes hipnóticos

En niños, en Chile, la principal causa de Intoxicaciones son los medicamentos y entre éstos los que ocupan los primeros lugares son los sedantes e hipnóticos,

destacando con mucha preponderancia las benzodiazepinas. Analizaremos la sobredosis de barbitúricos y benzodiazepinas.

Barbituricos

Una dosis 10 veces mayor que la terapéutica llevará a una intoxicación grave. Esta intoxicación afecta especialmente al sistema nervioso central y al cardiovascular.

Hallazgos clínicos:

Existe compromiso de conciencia hasta el coma profundo y compromiso respiratorio que puede llegar a la apnea. La hipotermia es común y puede agravar el coma. Hay compromiso hemodinámico, con hipotensión e hipoperfusión tisular debido a compromiso medular y a toxicidad vascular y miocárdica. Ocasionalmente ocurre insuficiencia renal secundaria a la hipoperfusión. Se han descrito lesiones cutáneas de aspecto buloso en intoxicaciones graves.

Tratamiento

Es solamente de soporte, destinado a preservar las funciones vitales y eliminar la droga. El paciente con compromiso de conciencia importante debe ser intubado y asistido en su ventilación. Posteriormente se ventilará mecánicamente mientras dure la depresión. Se apoyará el sistema cardiovascular con drogas vaso y cardioactivas.

Si el paciente ha ingerido recientemente la droga, se inducirá emésis o se practicará lavado gástrico. Además, debe usarse carbón activado en dosis repetidas, cada 6 u 8 horas por SNG para crear una gradiente entre circulación enteral y lumen intestinal.

El carbón activado debe acompañarse de administración de lactulosa. Se forzará la diuresis y se alcalinizará la orina cuando la ingestión haya sido de barbital o fenobarbital. Para forzar la diuresis en niños, se usará aportes de volumen de 1 1/2 a 2 veces los requerimientos o lo que sea necesario para obtener una excelente diuresis.

Si no se logra hacer orinar al niño debe indicarse dopamina o incluso un diurético si existe una volemia adecuada y una presión arterial estable. Además debe alcalinizarse la orina con bicarbonato de sodio, en dosis de 2 a 4mEq/ kg /día hasta obtener un pH urinario superior a 7. Si con estas medidas no existe recuperación, se debe derivar el paciente para practicar hemodiálisis o hemoperfusión para eliminar la droga.

Benzodiacepinas

Raramente producen toxicidad importante y casi nunca se observa que una sobredosis provoque la muerte del paciente. Inducen una depresión menor del SNC, con poco efecto sobre otros órganos. Pocos pacientes pediátricos llegan al coma y la depresión respiratoria es muy rara.

Tratamiento:

Básicamente es de sostén. Generalmente no se requiere ventilación mecánica ni drogas vasopresoras. La hemodiálisis o hemoperfusión no se indica prácticamente nunca. Existe un antídoto, el flumazenil (Lanexate®) cuya dosis intravenosa es de 0,3 mg hasta un máximo de 1mg. Actúa en forma competitiva, desplazando a las benzodiacepinas de los receptores.

Anticolinérgicos

Existe una gran cantidad de sustancias con efecto anticolinérgico. El mayor grupo de drogas incluye:

- ❖ Antidepresivos tricíclicos
- ❖ Fenotiazínicos
- ❖ Butirofenonas

- ❖ Antihistamínicos
- ❖ Alcaloides de la belladona
- ❖ Extractos de una gran variedad de plantas (Chamico, por ejemplo)

Hallazgos clínicos:

Ansiedad, desorientación, alucinaciones, delirios, hiperquinesia, movimientos coreoatetósicos, disartria, convulsiones. Puede llegarse al coma, insuficiencia cardiorrespiratoria y eventualmente la muerte.

Examen físico:

Midriasis, taquicardia, vasodilatación, retención urinaria, fiebre, sequedad de la piel y mucosas, secreciones bronquiales adherentes y constipación importante.

Tratamiento

En éste tipo de intoxicaciones debe mantenerse la terapia básica del "ABC de la reanimación" y seguir con medidas para evitar la absorción (vaciar el estómago), favorecer la adsorción (carbón activado) y favorecer la eliminación. En el caso de las fenotiazinas puede usarse un antídoto en el caso de que los signos extrapiramidales sean intensos y dolorosos. Debe usarse en estos casos benztropina (Congetin®) por vía endovenosa, a dosis de 1 a 2 mg IV lento.

Antidepresivos tricíclicos

La intoxicación por Antidepresivos Tricíclicos (ATC) es extraordinariamente grave en niños. A pesar de ser poco frecuente, es una intoxicación que causa mortalidad debido a que su mayor problema es la aparición de trastornos del ritmo cardíaco.

Teóricamente, los ATC actúan inhibiendo la recuperación de epinefrina y

serotonina por lo que se produce un aumento de estas aminas neurotransmisoras, aumentando así la transmisión nerviosa. Los ATC se metabolizan principalmente en el hígado y tienen un gran coeficiente de distribución (20 a 40 l/kg).

Generalmente la dosis se correlaciona con la toxicidad, como por ejemplo es el caso de la imipramina - en que la dosis terapéutica es de 1 a 3 mg/k - produciéndose intoxicaciones moderadas a severas con dosis de 10 a 20 mg/k. Las dosis del orden de 30 a 40 mg/k son fatales.

Hallazgos Clínicos:

Neurológicos: Coma, alucinaciones, coreoatetosis, mioclonías, convulsiones y depresión respiratoria.

Cardiovasculares: Hipotensión postural, taquicardia, fibrilación auricular, trastornos del ECG: cambios del ST, prolongación del P-R bloqueo A-V, 20 extrasistolia ventricular y taquicardia ventricular, insuficiencia cardíaca congestiva.

Las complicaciones aparecen durante las primeras 24 horas.

Tratamiento

Apoyo de sistemas vitales:

- ❖ Recordar siempre el ABC de la reanimación. Mantener vía aérea permeable y función ventilatoria, intubación traqueal si es necesaria e hiperventilación para producir alcalosis. La hiperventilación con producción de alcalosis ha demostrado ser el mecanismo más efectivo para tratar los trastornos cardíacos.
- ❖ Soluciones salinas intravenosas para el manejo de la hipotensión: 20 cc /k, dosis que puede ser repetida, o bien, usar expansores del plasma en las

mismas dosis. Si no existe respuesta, usar de preferencia alfa-agonistas, como noradrenalina o dopamina en dosis altas para obtener efectos alfa.

- ❖ Alcalinizar con bicarbonato de sodio: 2-4mEq/kg EV en bolo o en forma continua para mantener pH sanguíneo en cifras de 7.4-7.5.
- ❖ Trastornos de conducción: para todos los trastornos del ritmo lo primordial es mantener la alcalosis del paciente (pH 7.4 a 7.5) y evitar la hipoxia y la hipercarbia. Por lo tanto está indicado intubar y ventilar precozmente al paciente. Las arritmias ventriculares se pueden tratar con lidocaína y en caso de que no haya respuesta, con fenitoína. En el caso de presentarse bradicardia, no usar atropina (no hay respuesta). En este caso, debe usarse noradrenalina o isuprel. En el caso de que se presente una taquicardia supra ventricular, hay que descartar: fiebre, agitación, otras drogas o hipoxia. Se debe aportar volumen en forma señalada y si no hay respuesta a esto, se debe usar propranolol o labetalol endovenoso, precaviéndose de la hipotensión. Eventual uso de marcapaso.
- ❖ Disminución de absorción: lavado gástrico y luego adsorber con carbón activado: 1 a 3 gr por kilo, en forma repetida por SNG, cada 4 horas, por 24 o 48 hrs., asociado a catárticos o a lactulosa. La diuresis forzada no sirve, ya que sólo el 5 % de la droga se elimina por el riñón; tampoco son útiles la hemodiálisis o la peritoneodiálisis.
- ❖ En casos graves podría usarse la hemoperfusión pero no ha sido suficientemente estudiada.
- ❖ El tratamiento con fisostigmina es controvertido en niños. Es preferible el diazepam para tratar las convulsiones, según esquema habitual. Tampoco deben usarse las fenotiazinas ya que potencian el efecto tóxico de los ATC al agravar el efecto anticolinérgico.
- ❖ Mantener la monitorización cardiovascular durante 2 – 4 días, en la Unidad de Cuidados Intensivos o cuidados intermedios.

Pronóstico:

Los pacientes pueden fallecer inclusive después de 72 hrs de la ingestión.

Tranquilizantes mayores

Las fenotiazinas, ioxantenos y butirofenonas son llamados tranquilizantes mayores y se usan para el manejo de pacientes psicóticos. La intoxicación por tranquilizantes mayores provoca compromiso del SNC y del sistema cardiovascular, pero ésta es habitualmente menor que con antidepresivos tricíclicos.

Hallazgos clínicos

Neurológicos extrapiramidales: Crisis oculogiras, tortícolis, opistótono, espasmos de musculatura abdominal, acatisia, temblor de reposo, movimientos involuntarios de labios boca y cara, coreoatetosis de tronco y extremidades, pseudo Parkinson.

Cardiovasculares: hipotensión ortostática. Los trastornos de conducción son muy raros en esta intoxicación.

Tratamiento

Apoyo de sistemas básicos. ABC de la reanimación.

Favorecer la disminución de la absorción (emesis, lavado gástrico, carbón activado que puede ser administrado en forma continua, catárticos). Las fenotiazinas son radioopacas y una Rx. simple de abdomen puede ayudar a detectarlas en el tracto intestinal. (22)

No son útiles ni la diálisis peritoneal ni la hemodiálisis. Tampoco es útil forzar diuresis ya que el 70% de las fenotiazinas se metabolizan en el hígado y son excretadas por la bilis. Por ello, es mucho más importante el uso continuo de carbón activado.

Compromiso hemodinámico: Solución de NaCl al 9 %: 20 cc/kg que puede repetirse. También pueden usarse expendedores de volumen.

Vasopresores: Dopamina o Noradrenalina si no hay respuesta a un buen aporte de volumen.

Compromiso neurológico: la fisostigmina es la droga de elección para tratar los efectos tóxicos derivados del efecto anticolinérgico. Sin embargo debe ser usada con mucha precaución y no debe usarse de rutina; su uso debe ser reservado para pacientes hemodinámicamente muy inestables o con taquicardia supraventricular que no responde a las medidas habituales.

Antihistamínicos

La intoxicación por antihistamínicos es similar a la de los tranquilizantes mayores. Pero sus efectos son mucho más atenuados. Existe compromiso neurológico con alucinaciones, ataxia, incoordinación, movimientos coreoatetósicos, convulsiones, bochornos y fiebre. En casos muy graves y extremadamente raros puede existir coma, colapso cardiorrespiratorio y muerte.

Tratamiento

Se insiste en el soporte general de sistemas básicos (respiratorio y cardiovascular). Poner en práctica el ABC de la reanimación. Insistir en el vaciamiento gástrico y en el uso continuo de carbón activado además de lactulosa o magnesio. En caso de convulsiones, usar benzodiazepinas o barbitúricos.

Alcaloides de la belladona

Los más conocidos son la atropina y la escopolamina. Están presentes en medicamentos tranquilizantes, antidiarreicos y colirios. En Chile también están presentes en una planta, el Chamico. Su sobredosis produce compromiso neurológico con compromiso de conciencia, alucinaciones y delirio. Puede ocurrir coma y muerte en el caso de niños pequeños o en sujetos que han

recibido dosis extremadamente altas. Los efectos periféricos son: midriasis, taquicardia, sequedad de piel y mucosas, disminución de la motilidad intestinal.

Tratamiento:

El punto principal es el ABC de la reanimación, seguido por el ABC del tratamiento toxicológico. Se debe evitar la absorción, usando ipeca si el paciente está consciente o bien, practicar un lavado gástrico con vía aérea protegida si está inconsciente. Luego debe iniciarse carbón activado por SNG y luego darlo en forma continua, cada 4 o cada 6 horas, seguido de lactulosa.

La fisostigmina debe usarse en casos graves y a dosis de 1-2 mg EV. Puede repetirse cada 1- 2 hrs. con precauciones para no provocar intoxicación.

Terapia de soporte

1. Respiratorio:

- Protección de la vía aérea.
- Mantenimiento de la función respiratoria.

Considerar intubación traqueal en pacientes con compromiso de conciencia por el alto riesgo de aspiración.

Considerar que un alto número de intoxicados con compromiso de conciencia hipoventilan; de allí que deben asistirse primero con ambú y luego con VM.

2. Cardiovascular

El apoyo hemodinámico es básico en pacientes con una gran variedad de intoxicaciones (barbitúricos, narcóticos, tranquilizantes, antidepresivos tricíclicos, digitálicos).

En ellos la hipotensión es frecuente por aumento de la capacitancia venosa y la disminución del retorno venoso, o por falla miocárdica. De no corregirse este factor, el pronóstico empeora. Un apoyo hemodinámico adecuado consiste en el uso de soluciones I.V. y drogas cardio y vasoactivas. Inicialmente se usará suero fisiológico, y, si no hay respuesta, catecolaminas (dopamina o noradrenalina).

3. Temperatura

La hipertermia puede complicar algunas intoxicaciones (salicílicos, anticolinérgicos), requiriéndose medidas para disminuirlas. El uso de medios físicos, como paños fríos y baños de esponja puede bastar. La hipotermia se ve en intoxicaciones por barbitúricos, fenotiazinas y carbamazepina. En este caso se aplicarán frazadas calientes y eventualmente diálisis con líquidos calientes.

Antídoto:

Sólo en el caso de O.F. Pralidoxima (Protopam, 2, PAM) 25 a 50 mg/kg diluido, en niños, en forma lenta. Se puede repetir después de una a dos horas y se puede mantener el tratamiento por 24 horas en el caso de intoxicaciones severas. No dar pralidoxima en caso de intoxicación por carbamatos.

Otro antídoto es el Toxogonin, cuya dosis es de 4 a 8 mg/kg. Si se observa mejoría, se puede repetir a las 2 horas por una o dos veces. Ambos antídotos se pueden utilizar por vía endovenosa continua en casos severos.

Pronóstico:

Los primeros 4 - 6 días son los más críticos. Si existe mejoría después de iniciado el tratamiento, el pronóstico es bueno.

Intento auto lítico en adolescentes

Suicidio es la segunda causa principal de mortalidad en jóvenes de 15 a 24

años de edad. Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH), los resultados de la investigación científica establecen lo siguiente:

Se estima que hay ocho a 25 intentos de suicidio por cada suicidio concretado, y la proporción es aún mayor entre los jóvenes. (33)

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr éxito, inquietudes financieras y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes, el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros, o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. En algunos casos, el suicidio aparenta ser una "solución."

La depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales que se pueden tratar. Hay que reconocer y diagnosticar la presencia de esas condiciones tanto en niños como en adolescentes y se debe desarrollar un plan de tratamiento. Cuando los padres sospechan que el niño o el joven pueden tener un problema serio, un examen psiquiátrico puede ser de gran ayuda.

Muchos de los síntomas de las tendencias suicidas son similares a los de la depresión. Los padres deben de estar conscientes de las siguientes señales que pueden indicar que el adolescente está contemplando el suicidio. Los psiquiatras de niños y adolescentes recomiendan que si el joven presenta uno o más de estos síntomas, los padres tengan que hablar con su hijo sobre su preocupación y deben buscar ayuda profesional si los síntomas persisten.

- ❖ Cambios en los hábitos de dormir y de comer.
- ❖ Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales.
- ❖ Actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa.

- ❖ Uso de drogas o del alcohol.
- ❖ Abandono poco usual en su apariencia personal.
- ❖ Cambios pronunciados en su personalidad.
- ❖ Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar.
- ❖ Quejas frecuentes de dolores físicos tales como los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven.
- ❖ Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones.
- ❖ Poca tolerancia de los elogios o los premios.

Factores de riesgo del suicidio en adolescentes

Los factores de riesgo del suicidio varían de acuerdo con la edad, el sexo y las influencias culturales y sociales, y pueden modificarse a lo largo del tiempo. Por lo general, los factores de riesgo del suicidio se presentan combinados. A continuación, se incluyen algunos de los factores de riesgo que pueden presentarse:

- Uno o más trastornos mentales diagnosticables o trastornos de abuso de sustancias.
- Comportamientos impulsivos.
- Acontecimientos de la vida no deseados o pérdidas recientes (por ejemplo, el divorcio de los padres).
- Antecedentes familiares de trastornos mentales o abuso de sustancias.
- Violencia familiar, incluida el abuso físico, sexual o verbal/emocional.
- Presencia de armas de fuego en el hogar.
- Encarcelación.

- Exposición a comportamientos suicidas de otras personas, incluyendo la familia, los amigos, en las noticias o en historias de ficción.

Manejo inicial de una persona de intento autolítico

- Para determinar si una persona realmente está pensando en suicidarse, hay que comunicarse con ella, y tener en cuenta la empatía poniéndose en la situación del otro, permanecer calmado y acrítico, proceder de lo general a lo específico.
- También se debe considerar la privacidad y la comodidad, y valorar los antecedentes de conducta violenta y los signos precoces de ira, hostilidad o conducta agresiva.
- Reducir los estímulos ambientales manteniendo poca iluminación y ruidos bajos en una zona con pocas personas.
- Retirar los objetos potencialmente peligrosos (objetos afilados, cinturones, artículos de vidrio y fármacos, insecticidas, armas, fungicidas).
- Transmitir una actitud de dedicación y preocupación por el paciente.
- Aproximarse al paciente con tranquilidad, de un modo no amenazador, y hablar en un tono de voz suave y uniforme.
- Comentar las expectativas y consecuencias de su conducta. Realizar con el paciente el pacto conductual que no se hará daño ni a los demás.
- Dar al paciente la oportunidad de expresar sus preocupaciones y hablar sobre los sucesos, pensamientos y sentimientos (sobre todo la ira) que puedan haber desencadenado su reacción actual.
- Informar al paciente que el personal intervendrá si se necesitan medidas de seguridad adicionales para protegerlo a él y a los demás: aislamiento, sujeciones, tranquilizantes.

Contención Física

Consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, las muñecas, los tobillos, etc., las sujeciones mecánicas o el aislamiento deben aplicarse con suma discreción y las máximas garantías de seguridad. La principal acción de en enfermería es desestimular el uso de la sujeción mecánica, utilizando otro tipo de abordaje, por ello es importante la capacidad de la enfermera para anticiparse a las situaciones de riesgo; sin embargo, cuando es necesaria su utilización debe velar porque se cumplan con las condiciones éticas existentes para proteger de esta manera a los pacientes.

2.1.4 Concepto de protocolo de atención de enfermería

Un Protocolo es el conjunto de actuaciones que sirven como estrategia para unificar criterios y acordar de forma conjunta el abordaje de diferentes técnicas, terapias y/o problemas de enfermería, basados en la evidencia científica más reciente. Además, permite su utilización como prototipo de media a la hora de evaluar la actuación protocolizada desde el mismo protocolo, es decir, aporta criterios de cumplimiento propios, así como posibles tomas de decisiones.(27).

2.1.5 Protocolos de manejo en el servicio de emergencias del hospital San Luis de Otavalo a pacientes con intento autolítico

Objetivos: Es definir y coordinar las acciones del equipo de Salud, con el fin de entregar una atención oportuna, eficaz y de mejor calidad al paciente con intento suicida en el servicio de emergencia del hospital San Luis de Otavalo.

Alcance: Debe ser conocido y aplicado por todo el personal de salud : Médicos especialistas y no especialistas de Sistema de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Servicio de Urgencia Rural (SUR), Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU) y sistemas de rescates, unidades de emergencia hospitalaria (UEH) , unidades de paciente crítico (UCI/UTI), servicios de

medicina , geriatría, neurología, neurocirugía y rehabilitación.

La evolución profesional del colectivo de enfermería ha ido acompañada siempre de la consecución de avances tanto en el campo del conocimiento como en el de la responsabilidad. Por tanto, no podemos olvidar que al diseñar un protocolo estamos estableciendo el nivel mínimo de calidad que consideramos aceptable, y que como ejemplo de nuestra autonomía profesional en realidad lo que estamos haciendo es establecer las propias normas que regulan el ejercicio de la profesión, en el contexto de nuestra realidad.

Con protocolos de atención de enfermería garantizara un correcto y responsable ejercicio profesional en emergencia pretendemos mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de salud para la mejor respuesta a las necesidades de los usuarios, estableciendo criterios homogéneos, científicos y coherentes sobre la necesidad de atención, que un paciente presenta con respecto a su demanda de asistencia y sobre la base de ello, aplicar las intervenciones de enfermería para garantizar su seguridad.

En algunos hospitales utilizan el término RAC para priorizar la emergencia, que significa: R = Recepción A = Acogida C = Clasificación.

Recepción.- Momento en el cual se establece la relación sanitario paciente. Identificación, valoración primaria y medidas asistenciales de emergencia.

- ✓ Valoración primaria:
- ✓ Declaración del problema
- ✓ Reconocimiento inmediato de signos vitales
- ✓ Valoración riesgo vital
- ✓ Actuación inmediata.

Acogida.- Comienza una vez descartada la emergencia, seguida de una valoración secundaria, sistemática, realización de pruebas diagnósticas, medidas asistenciales de urgencias y una relación terapéutica que determina la toma de

decisiones en cuanto a la asistencia del paciente en relación a su estado de salud.

Valoración secundaria:

- ✓ Valoración del paciente por sistemas.
- ✓ Análisis e interpretación de datos obtenidos.
- ✓ Toma de decisiones clínicas.
- ✓ Actuación in situ- traslado a otro nivel asistencial o área asistencial concreta.
- ✓ Valoración de nivel de gravedad y nivel de prioridad.

Clasificación.- Momento en el que siguiendo criterios homogéneos se establece un nivel de asistencia al paciente y que deriva en una actuación concreta. Cada una de las etapas de la RAC se corresponderá en mayor o menor medida con una de las etapas del proceso de enfermería. El método de intervención más eficaz para la satisfacción de los propósitos de la asistencia sanitaria a través de la práctica de enfermería, de manera que pueda ser aplicada en cualquier ámbito de urgencias y emergencias por un profesional de enfermería capacitado para dicho fin (recogida de datos/juicio clínico/acción/evaluación).

La priorización variará según el nivel en el que se le atienda (atención primaria, extra hospitalaria u hospitalaria) y los protocolos establecidos por cada institución de atención a emergencias.

Se definen 4 niveles de priorización:

Nivel I: riesgo potencial elevado y requiere intervención inmediata.

Nivel II: potencial de deterioro que necesita cuidados rápidos; la espera no debe pasar 30 minutos.

Nivel III: no hay riesgo potencial de deterioro a corto tiempo; la espera no debe pasar 2 horas.

Nivel IV: no hay riesgo; la espera no es un factor de riesgo.

2.1.6 Definiciones de palabras claves

Conducta intento autolítico (CIA): constituye un problema de salud pública de primer orden, en la que están implicados factores psicológicos, biológicos y sociales, y es además una frecuente causa de utilización de los servicios de Urgencias hospitalarios.

El suicidio constituye un grave problema de salud pública, y es en gran medida prevenible. Casi la mitad de todas las muertes violentas se deben al suicidio, con cerca de un millón de víctimas anuales en todo el mundo. (10)

La OMS estima que para el 2020 las muertes por suicidio podrían bordear unos 1,5 millones de personas. Se producen más muertes por y deseos suicidas (*ideación suicida*): Las ideas suicidas pueden abarcar desde pensamientos de falta de suicidio que por la suma de homicidios y guerras. Ideasvalor de la vida a la planificación de un acto letal, pasando por deseos más o menos intensos de muerte o fantasías de suicidio.

Conductas suicidas sin resultado de muerte (*intentos suicidas*): Las conductas de autolesión pueden abarcar desde gestos comunicativos sin intención definida de muerte hasta tentativas tan severas (“intentos abortados”) que constituyen verdaderos suicidios frustrados; estos se asocian más a pacientes psiquiátricos. (5)

Intento Autolítico: Propósito, intención, intoxicación del organismo por productos químicos.

Protocolo: conjunto de procedimientos establecidos para la transmisión de datos en una institución.

Calidad De Atención: es la cualidad de una persona que tiene capacidad para brindar servicios.

Violencia: acción violenta o contra el natural modo de proceder.

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Materiales

3.1.1 Lugar de la investigación

El estudio se realizó en el servicio de emergencias del Hospital San Luis de Otavalo. El Es un hospital Nivel II. Cuenta con 75 camas distribuidas para las cuatro especialidades básicas.

Medicina General	21 camas
Cirugía y Traumatología	14 camas
Pediatría	23 camas
Gineco-obstetricia	17 camas

En emergencia cuentan con 5 consultorios distribuidos para cirugía, medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, 3 cubículos cada uno con camilla, destinados para observación.

3.1.2 Período de la investigación

La presente investigación se efectuó en el período comprendido entre los meses de enero a Julio del 2010.

3.1.3 Recursos empleados

3.1.3.1 Recursos Humanos

Maestrante.

Tutor.

3.1.3.2 Recursos físicos, infraestructura y equipamiento

Contamos con un procesador informático, internet, una cámara fotográfica, una impresora HP, material de escritorio, material bibliográfico de apoyo y sustento teórico.

Universo.

El universo estuvo conformado por 300 pacientes que ingresaron al Servicio de Emergencias del Hospital San Luis de la ciudad de Otavalo, con diferentes patologías.

3.1.3.3 Muestra

La muestra se conformó 79 Pacientes con diagnóstico de intento autolítico, atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital San Luis de Otavalo de enero a julio del 2010, que representan el 26 % del universo

3.2 Resultados del diagnóstico

3.2.1 Diagnóstico

El diagnóstico se realizó mediante la revisión de historias clínicas, entrevista a los pacientes y familiares de los pacientes que presentan intento autolítico y son atendidos en el servicio de emergencia del hospital San Luis de Otavalo, aplicando el formulario 008, entrevista a enfermeras que trabajan en el servicio de emergencia y observación de la atención que brindan a los pacientes.

3.2.2 Observación científica

La observación se realizó con el objetivo de determinar las falencias que presenta el personal de enfermería que elabora en el servicio de emergencia del HSLO en el manejo y atención que brinda a los pacientes de intento autolítico.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

El personal de enfermería son muy pocas que tienen capacitación sobre la atención al paciente que presenta intento en el servicio de emergencia.

El personal de enfermería se cambia a otros servicios continuamente no se puede especializar en urgencias, al momento con lo que hemos seguido las maestrías ya no sean removidas continuamente.

Son pocas enfermeras las que tienen el título de cuarto nivel razón por la cual existen fallas en nuestra casa de salud aún más en el servicio de urgencias.

No hay un protocolo para poder guiarse y brindar atención con seguridad, rapidez y así cambien el personal si hay esta guía no habría tanta inseguridad.

3.2.3 Entrevista a familiares y pacientes

La entrevista a pacientes y a familiares se realizó con el propósito de analizar la causa, problemas con que le conlleva a tomar las decisiones del intento autolítico.

3.2.4 Entrevista a enfermeras

La entrevista a enfermeras se realizó para verificar el grado de preparación y actualización y ver la necesidad de la elaboración de un protocolo de atención al paciente de intento autolítico que acude al servicio de emergencia del HSLO.

3.2.5 Metodología

Métodos Empíricos

Observación Directa: De los pacientes que presentan intento suicidio para brindar ayuda al paciente y familiares.

Análisis Documental: De historias clínicas de pacientes que presentan intento autolítico para identificar los factores y causas que lo conllevan a tomar estas decisiones.

Encuestas: A los pacientes y familiares para verificar la causa que lo lleve a tomar la sesión de intento autolítico.

Entrevistas: A los familiares para confirmar las causas, incidencia que lo

conlleven al suicidio.

Métodos Teóricos

Análisis y síntesis de los resultados.

Instrumentos aplicados: Para mejorar la calidad de atención en beneficio de los pacientes.

Inducción – Deducción: Para identificar causas que lo conlleven a tomar estas determinaciones.

Sistémico: Para tratar de evitar daños irreversibles en sus órganos.

3.2.6 Tipo de Investigación

Será un trabajo: Descriptivo

3.2.7 Diseño de la investigación

Es un diseño transversal, no experimental.

3.2.8 Análisis de historias clínicas en Estadística

Se analizaron las historias clínicas de los pacientes seleccionados como muestra con el objetivo de analizar las causas y factores, verificar el alto índice de los pacientes que presentan intento autolítico que acuden al servicio de emergencia del HSLO.

Se obtuvieron los siguientes resultados

Las causas que les conlleva a las personas a tomar esta decisión del intento autolítico es por la situación económica, problemas sentimentales y problemas educativo por la ausencia de sus padres los adolescentes tienen tendencia a acabar con su vida por falta de comprensión y afecto, por estas causas el índice de pacientes va aumentando cada vez más

1. Prevalencia de pacientes que presenta intento autolítico atendido en el servicio de emergencia del Hospital San Luis de Otavalo.

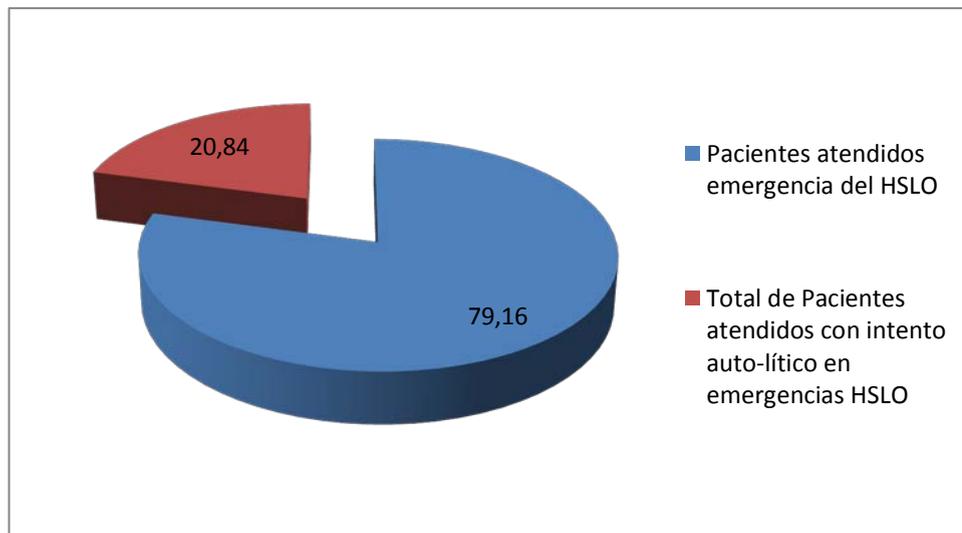
Tabla no.1

Número de Pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Pacientes atendidos emergencia del HSLO	300	79%
Total de Pacientes atendidos con intento auto-lítico en emergencias HSLO	79	21%

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital San Luis de Otavalo

Elaboración: Lic. Mariana Cabrera.

Gráfico no. 1



Análisis e Interpretación

Al referirnos a los pacientes con intento autolítico atendidos encontramos que la mayor parte presentan diferentes patologías y pacientes que representan a patologías con intentos autolíticos para lo cual se tomó en cuenta para la realización de esta investigación.

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital San Luis de Otavalo

2. Filiación de los pacientes atendidos con intento autolítico de acuerdo a la edad y sexo que acuden a emergencia del hospital San Luis De Otavalo 2010.

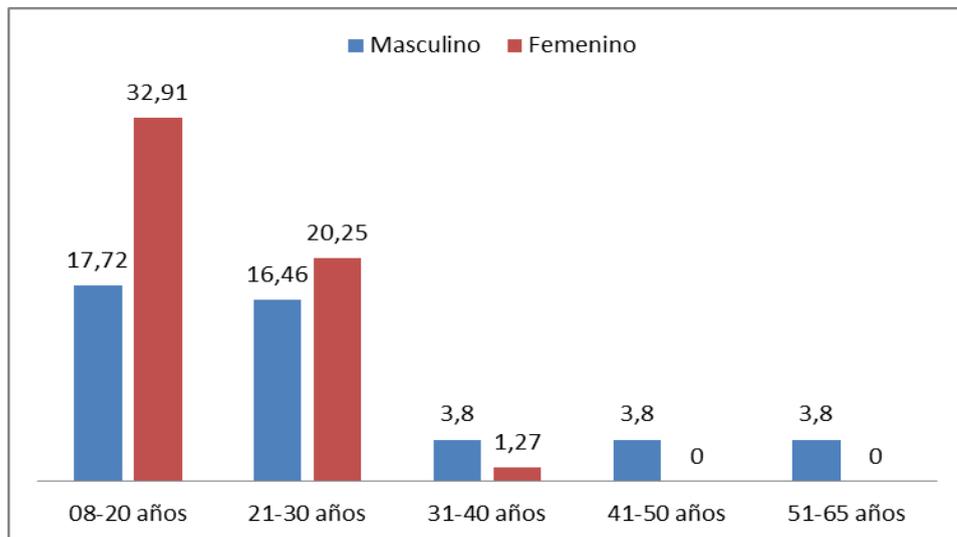
Tabla no. 2

Edad	Masculino	Femenino	Total	Porcentaje
08-20 años	14	26	40	50,63
21-30 años	13	16	29	36,71
31-40 años	3	1	4	4,00
41-50 años	3	0	3	3,80
51-65 años	3	0	3	3,80
Total	36	43	79	98,94

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital San Luis de Otavalo

Elaboración: Lic. Mariana Cabrera

Gráfico no.2



Análisis e Interpretación

Al referirnos a la edad de los pacientes con intento autolítico que acudieron a emergencia del Hospital San Luis de Otavalo encontramos que 8 – 20 años y sexo femenino el porcentaje es alto en esta etapa los adolescentes son más sensibles para enfrentar los problemas que se les presentan. De 20-30 año de sexo femenino el porcentaje por la responsabilidad que ejerce en nuestra sociedad.

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital San Luis de Otavalo

3. Frecuencia y procedencia que presentan intentos autolíticos de los pacientes que acuden a emergencia del hospital San Luis De Otavalo 2010.

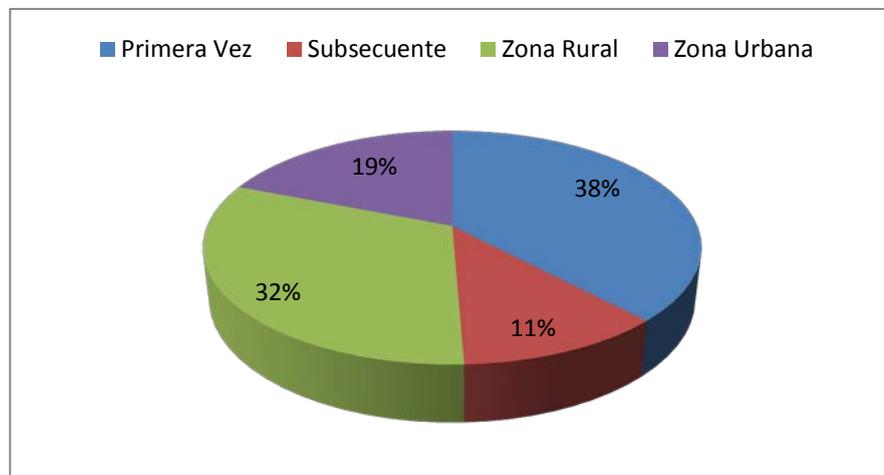
Tabla no. 3

	Frecuencia	Porcentaje
Primera Vez	30	38%
Subsecuente	9	11 %
Zona Rural	25	32%
Zona Urbana	15	19%
Total	79	100%

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital San Luis de Otavalo

Elaboración: Lic. Mariana Cabrera

Gráfico no.3



Análisis e Interpretación

Los pacientes de intento autolítico que acuden a emergencia del hospital san Luis de Otavalo. Tenemos que en la zona rural es mayor, y por primera vez por primera vez el porcentaje es alto.

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital San Luis de Otavalo

4. Ingreso económico del jefe de familia de los pacientes que presenta intento autolítico que acuden a emergencia del Hospital San Luis de Otavalo 2010.

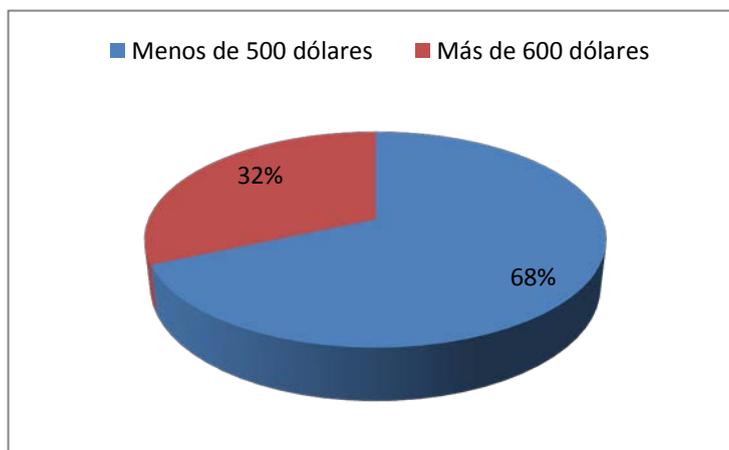
Tabla no.4

Ingresos Económicos	Frecuencia	Porcentajes
Menos de 500 dólares	54	68%
Más de 600 dólares	25	32%
TOTAL	79	100%

Fuente: Entrevista familiar

Elaboración: Lic. Mariana Cabrera

Gráfico no. 4



Análisis e interpretación

El ingreso económico del jefe de familia y de las personas responsables del cuidado de los pacientes que presenta intento autolítico es menos de 500 dólares. Es decir que tenemos ingresos inferiores de la canasta básica para satisfacer necesidades de alimento, vivienda, vestido, educación.

Fuente: Entrevista familiar

5. De acuerdo a la edad y sustancias utilizadas para el intento autolítico de los pacientes que acuden a emergencia del Hospital San Luis de Otavalo 2010.

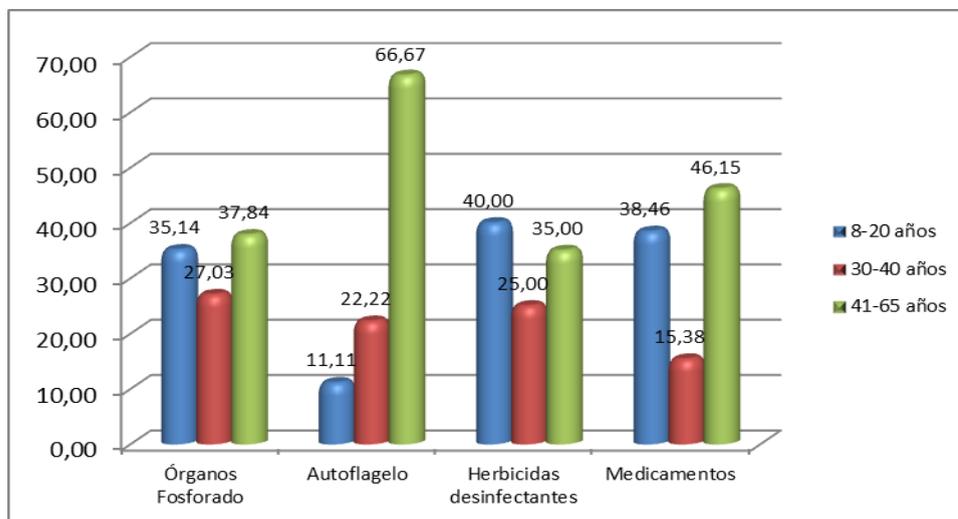
Tabla no.5

	8-20 años	30-40 años	41-65 años	Total
Órganos Fosforado	13	10	14	37
Autoflagelo	1	2	6	9
Herbicidas desinfectantes	8	5	7	20
Medicamentos	5	2	6	13
Total				79

Fuente: Formulario 008

Elaboración: Lic. Mariana Cabrera

Gráfico no. 5



Análisis e Interpretación

Con las sustancias que son más utilizadas para el intento autolítico son los órganos fosforados es por la accesibilidad que tienen la gente de nuestra provincia y los herbicidas que son igualmente vendibles sin ninguna restricción al igual que los medicamentos.

Fuente: Formulario 008

6. Causas que lo conlleva a tomar la decisión del intento autolítico en los pacientes que ingresan al servicio de emergencia del hospital San Luis De Otavalo.

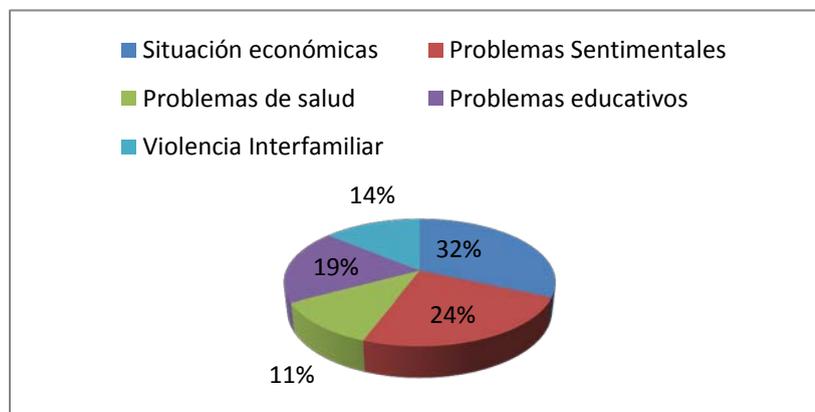
Tabla No.6

Causas	Frecuencias	Porcentajes
Situación económicas	25	32
Problemas Sentimentales	19	24
Problemas de salud	9	11
Problemas educativos	15	19
Violencia Interfamiliar	11	14
Total	79	100

Fuente: Entrevista a los pacientes

Elaboración: Lcda. Mariana Cabrera

Gráfico no. 6



Análisis e Interpretación

El porcentaje más alto del intento autolítico es la situación económica, sus padres buscan mejorar su economía para educar y mejorar sus viviendas, seguida son los problemas sentimentales que les conlleva a tomar esta decisión.

Fuente: Entrevista a los pacientes

7. Parentesco de los pacientes que presenta intento autolítico que son atendidos en el servicio de emergencia.

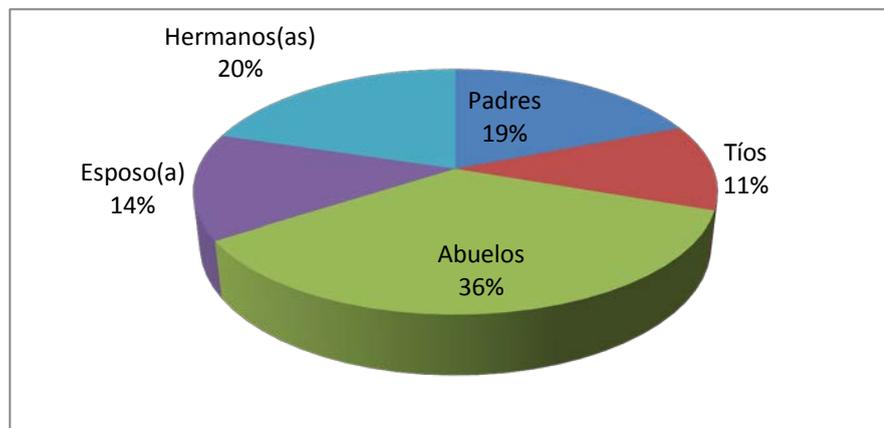
Tabla No.7

	Frecuencia	Porcentajes
Padres	15	19%
Tíos	9	11%
Abuelos	28	36%
Esposo(a)	11	14%
Hermanos(as)	16	20%
Total	79	100%

Fuente: Entrevista a los familiares

Elaboración: Lcda. Mariana Cabrera

Gráfico no. 7



Análisis e Interpretación

Los abuelos y los hermanos son los responsables del cuidado de los niños y adolescentes esta son personas que no están adecuadas, los abuelos por su edad inexperiencia, consentidores. Los hermanos muchos por su temprana edad, esto también contribuye al aumento del intento autolítico en nuestra población.

Fuente: Entrevista a los familiares

8. Lugar de trabajo de las personas de quien están al cuidado de los pacientes que presentan intento autolítico que son atendidos en el hospital San Luis De Otavalo.

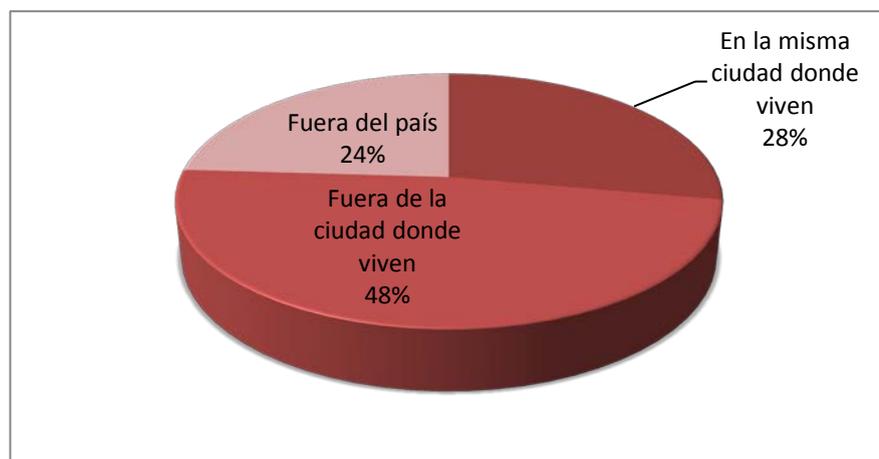
Tabla no.8

	Frecuencia	Porcentaje
En la misma ciudad donde viven	22	28%
Fuera de la ciudad donde viven	38	48%
Fuera del país	19	24%
Total	79	100%

Fuente: Entrevista a los familiares

Elaboración: Lcda. Mariana Cabrera

Gráfico no. 8



Análisis e Interpretación

Los padres o familiares que están a cargo del cuidado de los hijos la mayoría trabajan fuera de la ciudad donde viven, esta es una de las causas para que aumente el intento autolítico por la soledad y libertad que tienen.

Fuente: Entrevista a los familiares

9. Tenencia de vivienda de los pacientes y familiares que presenta intento autolítico que son atendidos en el hospital San Luis De Otavalo.

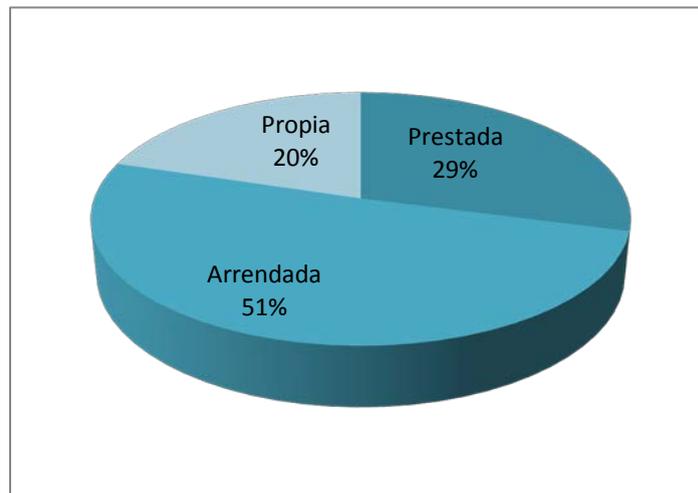
Tabla no.9

	Frecuencia	Porcentaje
Prestada	23	29%
Arrendada	40	51%
Propia	16	20%
Total	79	100%

Fuente: Entrevista a los familiares

Elaboración: Leda. Mariana Cabrera

Gráfico no. 9



Análisis e Interpretación

En relación a la vivienda de los pacientes y familiares responsables del cuidados de los pacientes que presentan intento autolítico tenemos que el porcentaje de la vivienda es arrendada es situación muchos jefes de familia están obligados a salir fuera del país para mejorar la necesidad que es de tener una vivienda.

Fuente: Entrevista a los familiares

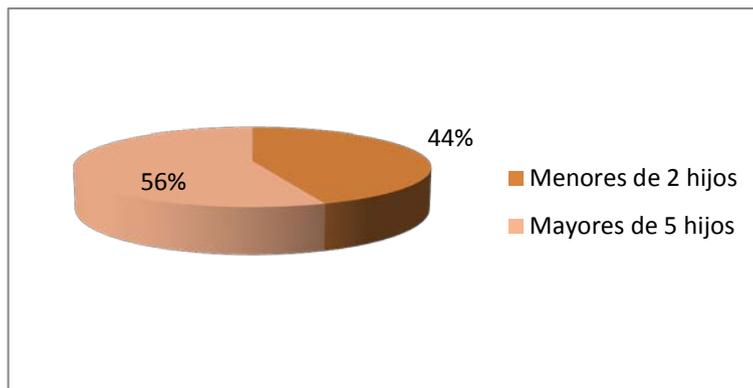
10. Cuantos hijos tienen los pacientes y familiares que presentan intento autolítico que acuden al hospital San Luis De Otavalo.

Tabla no. 10

	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 2 hijos	35	44%
Mayores de 5 hijos	44	56%
Total	79	100%

Fuente: Entrevista a los familiares
Elaboración: Lcda. Mariana Cabrera

Gráfico no. 10



Análisis e Interpretación

Todavía en nuestra población las familias son numerosas por sus creencias, por su nivel de educación, por la etnia y el desconocimientos de lo que se refiere a la planificación familiar como observamos en la tabla el porcentaje es alto que tiene más de 5 hijos.

Fuente: Entrevista a los familiares

11. Nivel de educación de las personas que están a cargo de los pacientes que presentan intento.

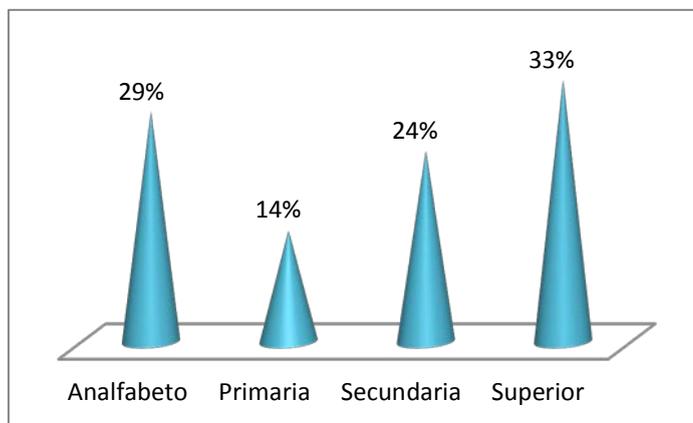
Tabla no. 11

Nivel de Educación	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	11	29%
Primaria	23	14%
Secundaria	26	24%
Superior	19	33%
Total	79	100%

Fuente: Entrevista a los familiares

Elaboración: Leda. Mariana Cabrera

Gráfico no. 11



Análisis e Interpretación

El analfabetismo si es alto pero esta no es la causa de que haya aumentado el porcentaje de intentos autolíticos, es el abandono de los padres por buscar una situación económica mucho mejor

Fuente: Entrevista a los familiares

12. Tratamiento del paciente que presenta intento autolítico en el servicio de emergencia el hospital San Luis De Otavalo.

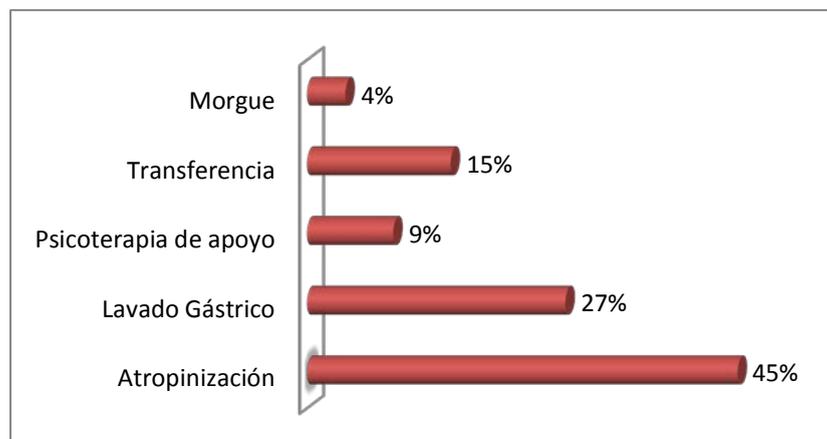
Tabla no.12

	Frecuencia	Porcentaje
Atropinización	36	45%
Lavado Gástrico	21	27%
Psicoterapia de apoyo	7	9%
Transferencia	12	15%
Morgue	3	4%
Total	79	100%

Fuente: Formulario 008 de emergencia

Elaboración: Lcda. Mariana Cabrera

Gráfico no. 12



Análisis e Interpretación

Los pacientes que son atendidos de intento autolítico son administrados atropina la mayoría porque la mayoría de pacientes tratan de quitarse la vida con órganos fosforados, medicamento como explicamos anteriormente por su accesibilidad que tiene la población a estas sustancias.

Fuente: Formulario 008 de emergencia

13. Condición del paciente de intento autolítico que llega al servicio de emergencia del hospital San Luis De Otavalo.

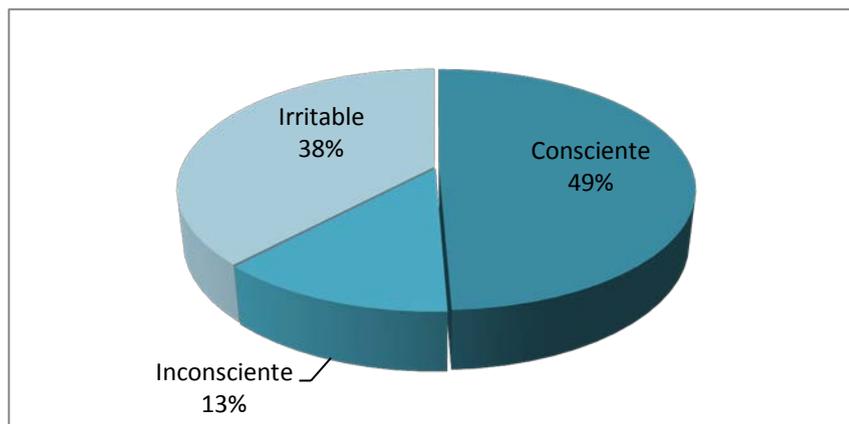
Tabla no. 13

	Frecuencia	Porcentaje
Consciente	39	49%
Inconsciente	10	13%
Irritable	30	38%
Total	79	100%

Fuente: Formulario 008 emergencia

Elaboración: Lcda. Mariana Cabrera

Gráfico no. 13



Análisis e Interpretación

La mayoría de pacientes que presentan intento autolítico son traídos a tiempo a nuestra casa de salud por sus familiares lo cual tratamos de intervenir urgente para evitar complicaciones severas en un futuro.

Fuente: Formulario 008 de emergencia

14. Egreso o traslado de los pacientes que presentan intento autolítico que acuden a emergencias del hospital san Luis de Otavalo.

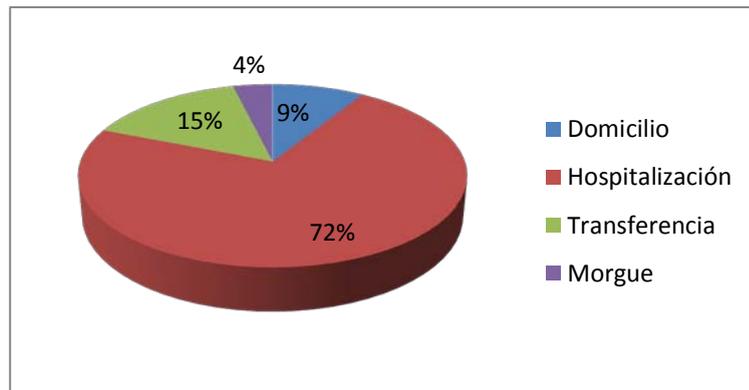
Tabla no.14

Egreso Traslado	Frecuencia	Porcentaje
Domicilio	7	9%
Hospitalización	57	72%
Transferencia	12	15%
Morgue	3	4%
Total	79	100%

Fuente: Formulario 008 de emergencia

Elaboración: Lcda. Mariana Cabrera

Gráfico no. 14



Análisis e Interpretación

La mayoría de pacientes son hospitalizados para ser tratados su patología y así tratar de evitar complicaciones en su salud, el 15% que es un porcentaje bajo se los transfiere a un tercer nivel para que sean tratados, muy pocos pacientes son enviados con tratamiento a su domicilio.

Fuente: Formulario 008 de emergencia

15. Registro de actividades que realizan el personal de enfermería del servicio de emergencia en el paciente de intento autolítico.

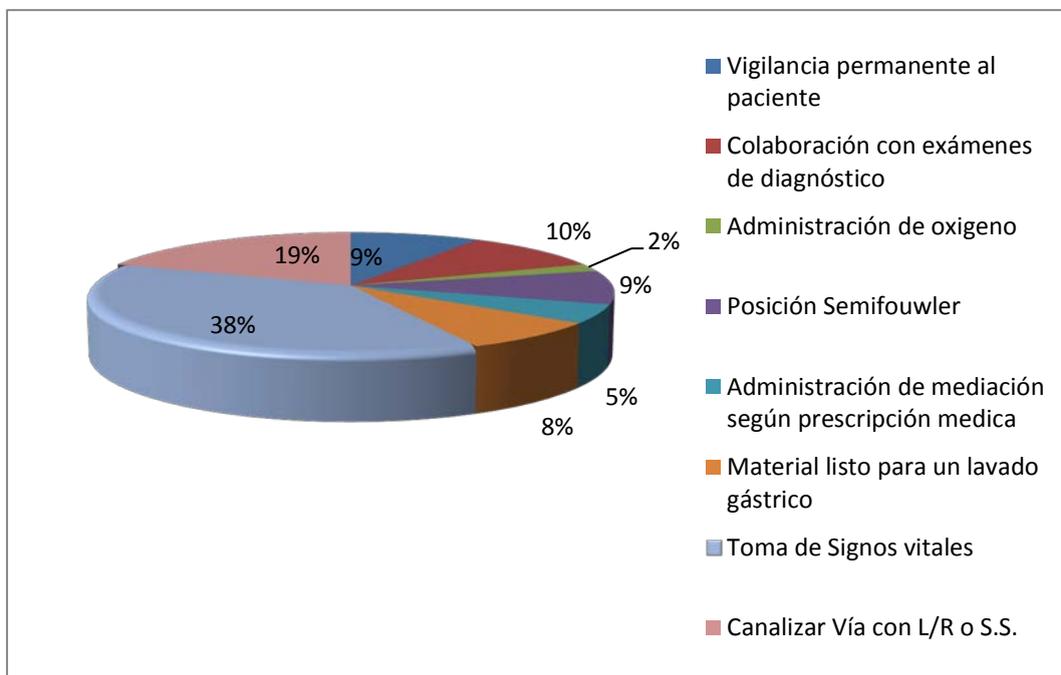
Tabla no. 15

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vigilancia permanente al paciente	7	9%
Colaboración con exámenes de diagnóstico	8	10%
Administración de oxígeno	2	2%
Posición Semifowler	7	9%
Administración de medicación según prescripción	4	5%
Material listo para un lavado gástrico	6	8%
Toma de Signos vitales	30	38%
Canalizar Vía con L/R o S.S.	15	19%
Total	79	100%

Fuente: Entrevista a las enfermeras/os del servicio de emergencia

Elaboración: Lcda. Mariana Cabrera

Gráfico no. 15



Análisis e Interpretación

A todo paciente que ingresa al servicio de Emergencias como primera actividad es la toma de signos vitales por el personal de Enfermería, según la condición del paciente, luego administramos oxígeno.

Fuente: Entrevista a los enfermeras/os del servicio de emergencia

16. Explicación por parte de los Profesionales de Enfermería los procedimiento que se realizan al Paciente de Intento autolítico que acude a emergencia del Hospital San Luis de Otavalo 2010.

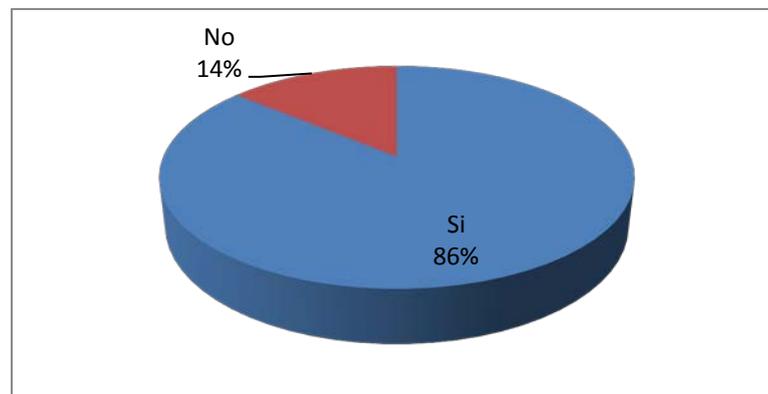
Tabla no.16

Explicación sobre el Procedimiento al Paciente	Frecuencia	Porcentaje
Si	68	86%
No	11	14%
Total	79	100%

Fuente: Entrevista de satisfacción de usuario externo

Elaboración: Lcda. Mariana Cabrera

Gráfico no. 16



Análisis e Interpretación

En relación a las explicaciones dadas antes de realizar los procedimientos a los pacientes pediátricos a su madre tenemos que el 93.2% de las enfermeras cumplen con esta regla que está dentro de la seguridad en la atención al paciente.

Fuente: Entrevista de satisfacción de usuario externo

17. Capacitaciones recibidas al personal de Enfermería del servicio de Emergencia De Enero A Julio Del 2010.

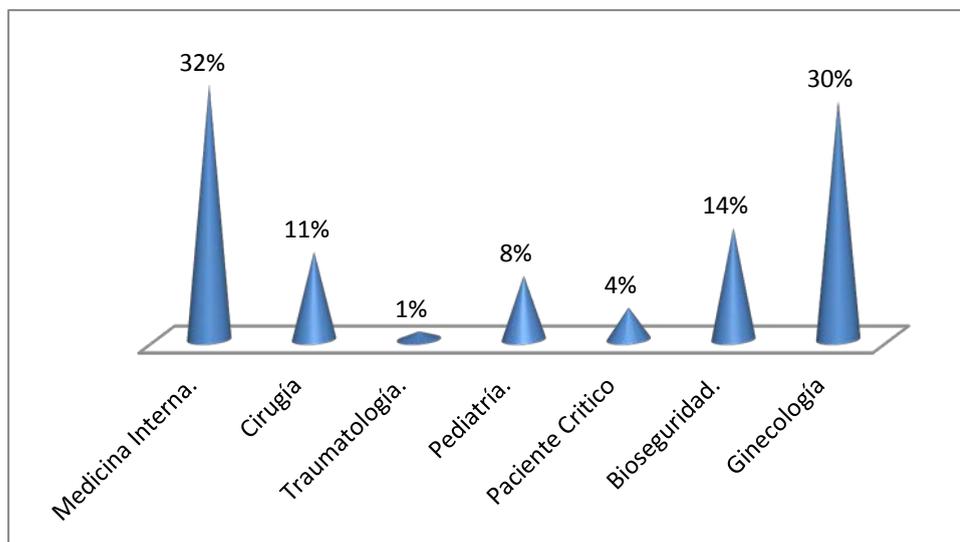
Tabla no.17.

Capacitación	Frecuencia	Porcentaje
Medicina Interna.	25	32%
Cirugía	9	11%
Traumatología.	1	1%
Pediatría.	6	8%
Paciente Critico	3	4%
Bioseguridad.	11	14%
Ginecología	24	30%
Total	79	100%

Fuente: Entrevista a los enfermeras/os del servicio de emergencia

Elaboración: Lcda. Mariana Cabrera

Gráfico no. 17



Análisis e Interpretación

El personal de Enfermería está capacitado un 32% en medicina Interna pero no especialmente en la atención al paciente que presenta intento autolítico, un 4% en pacientes críticos este porcentaje es muy bajo.

Fuente: Entrevista a los enfermeras/os del servicio de emergencia

18. Tiempo que trabaja el personal de Enfermería en el servicio Hospital San Luis De Otavalo.

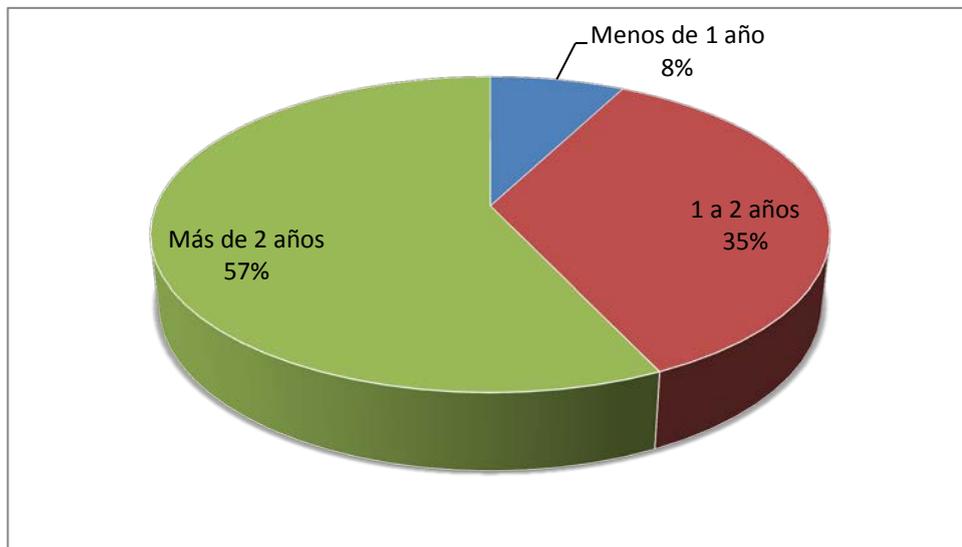
Tabla. 18

Tiempo de Servicio	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	6	8%
1 a 2 años	28	35%
Más de 2 años	45	57%
TOTAL	79	100%

Fuente: Entrevista a los enfermeras/os del servicio de emergencia

Elaboración: Lcda. Mariana Cabrera

Gráfico no. 18



Análisis e Interpretación

El equipo de salud en su mayoría tiene muchos años trabajando en el área de Emergencia, pero hasta el momento no hay un protocolo de atención para los pacientes que presentan intento autolítico.

Fuente: Entrevista a los enfermeras/os del servicio de emergencia

19. Títulos profesionales que tiene el personal de Enfermería del servicio de Emergencia del HSLO.

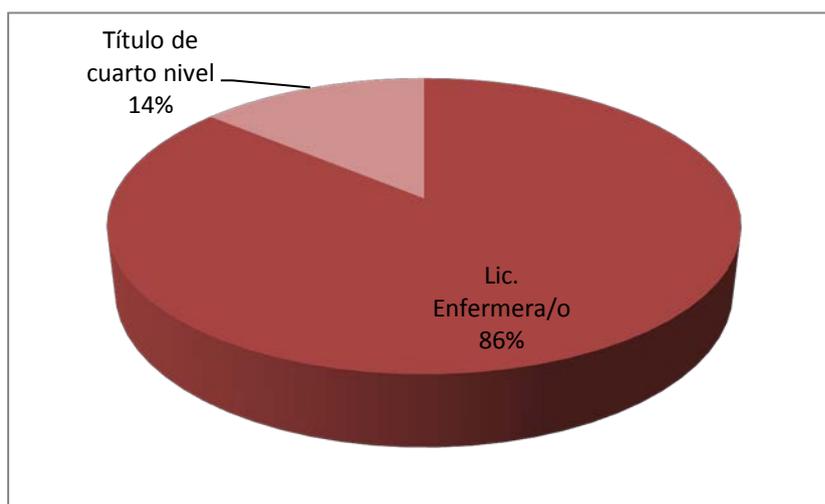
Tabla.19

Título Profesional	Frecuencia	porcentaje
Lic. Enfermera/o	68	86%
Título de cuarto nivel	11	14%
Total.	79	100%

Fuente: Entrevista a los enfermeras/os del servicio de emergencia

Elaboración: Lcda. Mariana Cabrera

Gráfico no. 19



Análisis e Interpretación

El personal de Enfermería igualmente es bajo el porcentaje que tiene el título de cuarto nivel esto se debe a que las autoridades no han exigido la constancia de preparación del personal

Fuente: Entrevista a los enfermeras/os del servicio de emergencia

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Propuesta de protocolo de atención de enfermería a pacientes con intento autolítico

4.1. 1 Protocolo de enfermería a pacientes con intento autolítico

Los protocolos de atención de enfermería en emergencia pretendemos mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de emergencia para la mejor respuesta a las necesidades de los usuarios, estableciendo criterios homogéneos, científicos y coherentes sobre la necesidad de atención, que un paciente presenta con respecto a su demanda de asistencia, aplicar las intervenciones de enfermería para garantizar su seguridad y confiabilidad de la atención brindada a los usuarios.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	PRINCIPIO CIENTÍFICO
Abrir hoja de admisión (008).	Facilita obtener datos de identificación, seguimiento de caso, como documento legal.
Valorar al paciente	Mediante la entrevista observación y examen físico, la enfermera tendrá el punto de partida para el diagnóstico, planificación y ejecución de las acciones de salud, las mismas que están encaminadas a resolver o aliviar los problemas del paciente.
Tomar de signos vitales cada dos horas, cada treinta minutos o cada quince, de acuerdo a la condición del paciente.	Detecta cambios en el estado fisiológico del organismo del paciente.
Uso de prendas de protección	Evitar la contaminación y prevención de infecciones cruzadas.
Colocar al paciente en una posición corporal adecuada para optimizar el patrón respiratorio (cabecera de la cama a 45°).	La elevación de la cabecera de la cama desplaza el contenido abdominal hacia abajo y permite que el diafragma mejore las contracciones. Nos permite esta posición

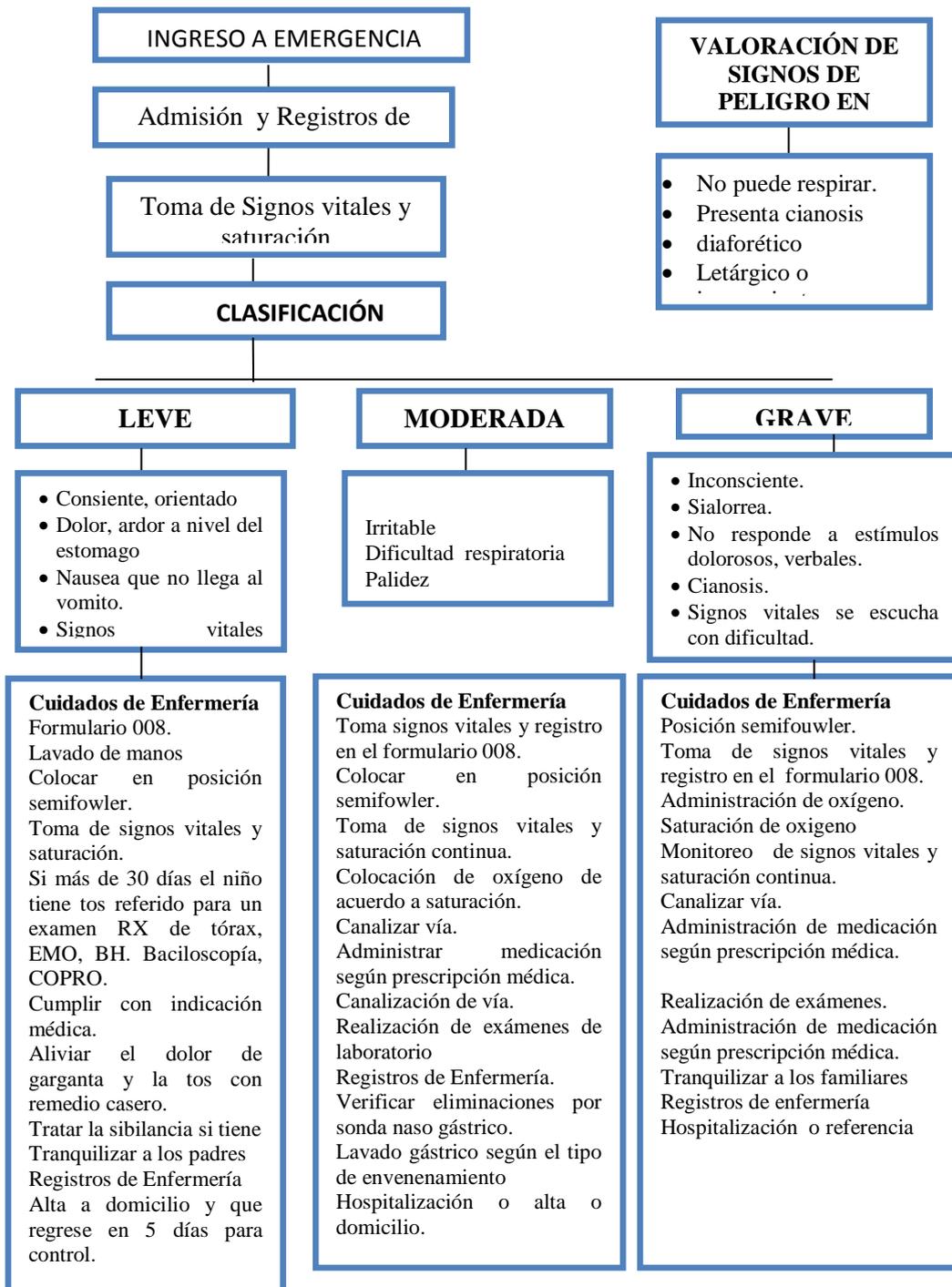
	evitar aspiraciones en el caso que se produzca el vómito.
Medir saturación de oxígeno continuo y medir signos vitales.	Es una técnica no invasiva del control de la saturación de la hemoglobina capilar arterial, los signos vitales permiten identificar cualquier alteración hemodinámica.
Explicar a los familiares o padres del procedimiento que vamos a realizar al paciente.	El conocimiento disminuye los temores y aumenta la cooperación y comodidad. Facilita la actuación rápida del equipo médico.
Administración de oxígeno para mantener una saturación mayor a 90%.	Incrementa la presión de oxígeno en los alveolos. La administración de oxígeno evitamos daños cerebrales en los pacientes.
Humidificar las vías aérea mediante un dispositivo de suministro de oxígeno o una vía aérea artificial.	Permite fluidificar las secreciones facilitando la limpieza de vía aérea.
Lavado gástrico en los pacientes que presentan intento autolítico por órganos fosforados, cumínicos, medicamentos.	Nos permite eliminar las sustancias tóxicas que generan daños irreversibles al organismo.
Canalizar vía con catión # 24,22 o 20.	Facilitar la administración de medicación y reposición de líquidos.
Administrar medicación según prescripción médica y utilizando los 5 correctos.	Ayuda a mejorar la salud del paciente, disminuye las complicaciones.
Cumplir con métodos diagnóstico: realizar Obtener muestras de laboratorio: biometría hemática, elemental y microscópico de orina, eco. Química sanguínea, electrolitos, glucosa, TP, TTP	El análisis de la sangre nos van indicar el funcionamiento y metabolismo de los diferentes órganos y sistemas, así como el mecanismo de coagulación, función renal, hepática.

<p>Administrar líquidos calientes a 37 °C, Lactato Ringer, SS0,9% con dosis de acuerdo su peso corporal.</p>	<p>Evita la hipotermia, la hipovolemia, lo consigue mantener una hemodinámica adecuada, con una diuresis aceptable, pulso y tensión arterial correcta, llenado capilar óptimo, compensando los líquidos perdidos.</p>
<p>Valorar pupilas, tamaño y respuesta a la luz y hemiplejía cada cuatro horas.</p>	<p>Valora gravedad del intento autolítico, ofrece información directa sobre los pares craneales 3, 4 y 6, las pupilas pueden estar isocóricas, anisocóricas, mióticas, midriáticas. En trastornos del sistema nervioso central. Es frecuente la aparición de movimientos involuntarios normalmente en sentido horizontal y con incapacidad para fijar la mirada.</p>
<p>Cuidados de sondas vesicales, nasogástricas anotar características y cuantificar diuresis y contenido gástrico.</p>	<p>Permite la evacuación de la orina desde la vejiga del paciente al exterior, se puede medir diuresis exacta y observar si está hematórica, colúrica, de la sonda naso gástrica permite valorar cantidad y características del contenido gástrico.</p>
<p>Registros de enfermería</p>	<p>Es un registro cronológico del progreso clínico del paciente, constituye un importante sustento informativo, y seguimiento del tratamiento según prescripción médica.</p>

Elaboración: Lic. Mariana Cabrera

4.2. Manejo de atención de enfermería a pacientes con intento autolítico que acuden al servicio de emergencia del Hospital San Luis de Otavalo.

La atención del paciente desde el momento que ingresa al servicio de emergencia son todas las actividades que realiza el equipo de salud.



Elaboración: Lic. Mariana Cabrera

En el servicio de emergencia en la actualidad existe un medico líder y se podría realizar una capacitación sobre el protocolo de atención al paciente de intento autolítico que se implementaría en el servicio.

CONCLUSIONES

La incidencia de pacientes que acudieron al Servicio de Emergencias del Hospital San Luis de Otavalo es del 26% muestra que se consideró representativa para la realización del presente trabajo investigativo, este problema de salud no hay edad, religión, sexo, al momento aumentado en niños y adolescentes de edad de 8-20 años y viven áreas rurales, los ingresos mensuales de sus padres son menores a 500 dólares, la situación económica es uno de los factores de la migración, los hijos quedan al cuidado de los familiares en su mayoría la instrucción es primaria.

La mayoría de los jóvenes que toman esta decisión del intento autolítico presentan problemas sentimentales, bajo rendimiento en las instituciones educativas, mala relación con las personas con quien viven y la sustancia que más utilizan para acabar con los problemas son los órganos fosforados, la mayoría de los pacientes son hospitalizados lo cual generan grandes costos económicos para el país y sus familiares a la vez causando deterioro en su salud futura.

En la atención brindada a los pacientes de intento autolítico estudiados, encontramos que el personal de enfermería a demostró rapidez y calidad humana. Proporcionando información y explicación del diagnóstico, de los procedimientos a realizarse, con conocimiento científico y técnico ya que aplicaron el proceso de atención en enfermería.

Se llega a la necesidad además de proponer protocolos de atención en enfermería se aplique y se trabaje con ellos para unificar criterios y mejorar la calidad de atención del equipo de salud de la instituciones públicas y privadas

RECOMENDACIONES

Luego de obtener los resultados de la investigación y concluir el trabajo científico se recomienda:

- ✓ Que las instituciones de primer nivel deben focalizar este grupo de población afectada para elaborar planes preventivos a este tipo de poblaciones en riesgo involucrando a la familia, comunidad con monitoreo que reflejen el compromiso del cuidado y vigilancia para lograr de esta manera disminuir la incidencia de este problema de salud.
- ✓ Es importante que los profesionales en salud tengan una experiencia y conocimiento suficiente en su especialidad ya que deben establecerse diagnósticos, tratamientos y cuidados específicos de acuerdo a la gravedad del paciente más aún si se trata de intento autolítico ya que esto deteriora la salud futura de los pacientes que pueden complicarse y morir. Por tanto se recomienda la capacitación permanente y la aplicación de los protocolos.
- ✓ Las enfermeras deben ser capaces de establecer diagnósticos de enfermería para atender en emergencia en pacientes que presentan intento autolítico con criterio científico, técnico y humano.
- ✓ Es imperativa la aplicación de protocolos de atención para todo el personal de enfermería que laboran en el servicio de emergencias del Hospital San Luis de Otavalo, ya que son los profesionales que tienen el primer contacto con el paciente y que en muchos de los casos depende de una primera atención para garantizar la vida del paciente.
- ✓ Fomentar las medidas de prevención y promoción en salud por parte del personal médico y paramédico, encaminadas a prevenir intoxicaciones agudas y crónicas a través de educación en cuidado de salud a la comunidad, realizar programas efectivos y confiables de vigilancia e Epidemiológica, para saber con certeza la magnitud del problema y poder tomar políticas adecuadas

de intervención.

- ✓ Identificar personas con depresión mayor o riesgo alto de intento autolítico , para realizar asesoría familiar, incluirlos en programas de salud mental y evitar además el fácil acceso a estas sustancias, ya que son utilizadas en forma frecuente con fines suicidas y homicidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. BARRACLOUGH, B: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry, 170:200 http://www.revistafuturos.info/futuros_9/suicidio_adol4.html, 2003.
2. BASTOS, H.: Tratamiento en la emergencia del paciente suicida, Revista Argentina de clínica Neuropsiquiátrica, vol. 12, No. 1, págs. 5 a 15, 2006.
3. BETANCOURT, A.: El suicidio en el Ecuador un fenómeno en ascenso, s.e, pág. 4, 2009.
4. CAMUS, Albert: La muerte feliz, Noguer, S.A., Barcelona, Pág. 76-77, 2011.
5. CIRA, S.: Paciente con Intento de Suicidio en la Red Local de emergencia, Parios, pág. 8, Barcelona, 2002.
6. CRESPO, Rodolfo: Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería, s.e, pág. 10, Barcelona, 2007.
7. DERESLACH: Intoxicación y Urgencias por abuso de drogas. Ediciones Interamericanas. Mc. Graw Hill., Pág. 9, México, 2005.
8. DESFONTAINES, Francois: Suicidio, Editorial Planeta, Pág. 1, España, 2003.
9. DONALD, Morgan :Diagnóstico y Tratamiento de los envenenamiento con plaguicidas 3ª Edición, pág. 15, EE.UU,2012,
10. GÓMEZ, Alejandro: Conducta Suicida, Gedisa editorial, pág. 89, Barcelona España, 2009.
11. GONZÁLEZ, J. SAIZ, P. Bobes, J: Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. 2a. Ed. Chile, Masson, 2006.
12. GUTIÉRREZ, María Victoria: Prevalencia de trastorno depresivo en pacientes internados por intento de suicidio, Editorial Pixeles, pág. 78, México, 2008.
13. GUILLON, Claude: Manual del Suicidio, Ed, Tempestad, España, 2003.

14. HURTADO, Carlos: Enfoque del paciente con intoxicación aguda por plaguicidas órganos fosforados, s.e, pág. 247, Madrid, 2007.
15. JALÓN, E-PERALTA, V: Suicidio y riesgo de suicidio, Editorial Paidós, pág. 87, Barcelona, 2011.
16. JIBAJA, Carlos: Violencia homicida en el Perú y Latinoamérica, <http://www.spaciolñibre.net/violencia-homicida-en-el-peru-y-latinoamerica/>, 2002.
17. KUMAR, S-MOHAN, R-RANJITH, G- Chandrasekaran R: Characteristics of high intent suicide attempters admitted to generalhospital. J Affect Disord; 91: 77-81, 2006.
18. LINN, Matthew: Sanando las ocho etapas de la vida, Librería parroquial de Chavería, México, 2005.
19. LONDOÑO, Julián: Tendencia suicidas en estudiantes de medicina, <http://www.elportaldesalud.Com/tendencias-suicidas-en-estudiantes-de-medicina/10/>, 2009.
20. LÓPEZ, JJ Ibor: CIE 10 Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, Ed, Cometa, Madrid, 2008.
21. MEJIA, Macarena-SANHUEZA, Pamela: Factores de riesgo y contexto del suicidio, Libresa, pág. 11, Quito, 2009.
22. MUÑOZ, Ana: Mejora de las capacidades físicas y primeros auxilios para las personas dependientes en el domicilio, Editorial, pág. 68, New York, 2003.
23. OCHOA, Henry: Los intentos de suicidio en adolescentes, Editorial Planeta, pág. 6, Argentina, 2012.
24. OTERO, Juan: Efectos Psicosociales en víctimas de violencia delincual, Lidera, pág. 69, Chile, 2001.
25. PARIS, Enrique: Guía de información Toxicológica, Prentice Hall, pág. 20, New York, 2007.
26. PEREIRA, Cesar: Hacia un enfoque integral sobre plaguicidas y salud. XI curso Ocupacional, pág. 39, Venezuela, 2004.
27. PONTÓN, Jenny-Santillán Alfredo: Nuevas problemáticas en seguridad

- ciudadana, sudamericana, pág. 28, Argentina, 2008.
28. PORTER, David-BERTOLOTE, José: El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS, <http://www.who.int/mediacenter,2004>.
 29. RUANO, Nieto Cesar: Revista de ciencias médicas, Gráficas 3 "S2 volumen 30 No. 1 Agosto, 2005.
 30. SADOCK, Benjamin - KAPLAN, Virginia Kaplan: Synopsis of Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, pág. 289, USA, 2007.
 31. SIMMS L., PRICE S. Y ERVIM N. Administración de servicios de enfermería. Editorial Interamericana, pág. 59, México, 2009.
 32. SOTO, Juan: Proceso enfermo, <http://modelodecuidados.wordpress.com/proceso-enfermo>, 2005.
 33. VIALFA, Carlos: ¿Cómo detectar una crisis suicida?, B16<http://kioskea.net>, 2006.
 34. VIERA, Paola: Cómo vivir sin morir en el intento prevención del suicidio, <http://solodeesperanza.blogspot>, 2011.
 35. ZUBIRIA, Miguel: Proyecto sobre salud mental lleva "parado" dos años en el congreso <http://www.caracol.com.co/actualidad/proyecto-sobre-salud-mental-lleva-parado-dos-años-en-el-congreso>, 2007.

ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
MAESTRIA DE URGENCIAS MÉDICAS

CUESTIONARIO

FAVOR TOMAR LOS SIGUIENTES DATOS DEL FORMULARIO 008 DEL SERVICIO DE EMERGENCIA LOS MISMOS QUE SERVIRÁN PARA EL DESARROLLO DE LA TESIS: PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES QUE PRESENTAN INTENTO AUTOLITICO, ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO.

Nombre: Castañeda Flores Julio.

1.- EDAD.....

2.- SEXO.

MASCULINO

FEMENINO.....

3.- FRECUENCIA QUE PRESENTA INTENTO AUTOLITICO

Primera vez

Subsecuente

4.- PROCEDENCIA

Urbano.....

Rural.....

5.- NIVEL DE EDUCACIÓN.

Ninguna.....

Primaria.....

Secundaria.....
Superior.....

6.- ESTADO CIVIL.

Casada /o.....
Soltera /o.....
Unión libre.....
Viuda/o.....
Divorciada /o.....

7.- INGRESO ECONÓMICO.

< 100.....
100-200.....
200 -400.....
De 400.....

8.-Número de hijos.

> DE 2.....
3 a 5.....
5 a 7.....
7 a 10.....
> De 10.....

9.- TIENE VIVIENDA.

Prestada.....
Arrendada.....
Propia.....

10.-CAUSA POR LA QUE LE CONLLEVA HA TOMAR ESA DECISIÓN

Situación económica

Problemas sentimentales

- Problemas de Salud
- Depresión
- Soledad
- Problemas educativos

11.- CONQUE SUSTANCIAS SE ENVENENO

- Veneno de ratas.....
- Insecticidas para matar a moscos.....
- Veneno para fumigar los cultivos.....
- Medicamentos.....
- Otros... Thiner - Alcohol.....

12.- CONDICIÓN DEL PACIENTE QUE INGRESA A EMERGENCIA CON INTENTO AUTOLITICO

- Consiente.
- Inconscientes
- Irritable
- Diaforético
- Desorientado

13.- TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON INTENTO AUTOLITICO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

- Oxígeno
- Atropinización
- Lavado gástrico
- Colocación de vía

Otros:

14.- EGRESO O TRASLADO DEL PACIENTE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA.

- | | |
|-----------------|-------------------------------------|
| Domicilio | <input type="checkbox"/> |
| Hospitalización | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Trasferencia | <input type="checkbox"/> |
| Morgue | <input type="checkbox"/> |

Anexo 2

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
MAESTRÍA EN EMERGENCIAS MÉDICAS**

**ENTREVISTA A FAMILIARES O CUIDADORES DE LOS PACIENTES
QUE PRESENTA INTENTO AUTOLÍTICO.**

FAVOR CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, LAS MISMAS QUE SERVIRÁN PARA EL DESARROLLO DE LA TESIS PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INTENTO AUTOLITICO, ATENDIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO.

HCL:

1.- EDAD.....

2.- SEXO.

MASCULINO

FEMENINO.....

3.- PROCEDENCIA

Urbano.....

Rural.....

4.- INGRESO ECONÓMICO.

< 100.....

100-200.....

200 -400.....

De 400.....

5.- NIVEL DE EDUCACIÓN.

Ninguna.....

Primaria.....

Secundaria.....

Superior.....

6.- ESTADO CIVIL.

- Casada /o.....
- Soltera /o.....
- Unión libre.....
- Viuda/o.....
- Divorciada /o.....

7.- Número de hijos.

-
- > DE 2.....
- 3 a 5.....
- 5 a 7.....
- 7 a 10.....
- > De 10.....

8.- TIENE VIVIENDA.

- Prestada.....
- Arrendada.....
- Propia.....

9.- LUGAR DE TRABAJO.

- En la misma ciudad donde viven.....
- Fuera de la ciudad donde viven.....
- Fuera del país.....

10.- CONQUE SUSTANCIAS SE ENVENENO.

- Veneno de ratas.....
- Insecticidas para matar a moscos.....

Veneno para fumigar los cultivos.....

Medicamentos.....

Otros...Thiner - Alcohol.....

11.- PARENTESCO DEL PACIENTE QUE PRESENTA INTENTO AUTOLITICO

Padres

Tios

Abuelos

Primos

hermanos

otros
Anexo 3

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

MAESTRIA EN EMERGENCIAS MÉDICAS

**ENTREVISTA PARA ENFERMERAS Y ENFERMEROS DEL SERVICIO
DE EMERGENCIA**

HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO

FAVOR CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, LAS MISMAS QUE SERVIRÁN PARA EL DESARROLLO DE LA TESIS PROTOCOLO DE ATENCION DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON INTENTO AUTOLOTICO QUE ACUDEN A EMERGENCIAS, HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO.

1.- Cuáles son los cuidados inmediatos que usted da al paciente con intento autolítico.

- . Elaboraciónn del formulario 008
- . Toma de Signos vitales.
- . Canalización de una vía con L/R o S.S. 0.9%
- . Administraciónn de oxígeno.
- . Material listo para el lavado gástrico.
- . Vigilancia permanentemente al paciente
- . Colaboración con exámenes de diagnostico

2.- Sobre que se ha capacitado en el último año:

Medicina Interna

Cirugía

Traumatología

Pediatría

Paciente crítico

Bioseguridad

Ginecología y Obstetricia

Otros _____

3.- Qué tiempo trabaja en el servicio de emergencia

Menos de 1 año

1 a 2 años

Más de 2 años

4.- Qué título posee:

Enfermera/o

Licenciada/o en enfermería

Título de cuarto nivel _____ en qué

5.- ¿Conoce usted la existencia de protocolos de atención en enfermería en intento autolítico?

SI ()

NO ()

6. Explica usted al paciente sobre el procedimiento que va a realizar?

Dio explicación.

SI... (.....).....NO... ().









Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: “PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES QUE PRESENTAN INTENTO AUTOLÍTICO QUE ACUDEN AL HOSPITAL SAN LUIS OTAVALO EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DEL 2010”		
AUTOR/ES: LIC. MARIANA DE JESUS CABRERA LUNA	TUTOR: MSC. MERCEDES MAYARI CASTAÑEDO	
	REVISOR: MSC. KETTY PIEDRA CHAVEZ	
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS	
CARRERA: MAESTRÍA EN EMERGENCIAS MEDICAS		
FECHA DE PUBLICACIÓN: 8 abril 2015	No. DE PÁGS: 131	
ÁREAS TEMÁTICAS: SALUD		
PALABRAS CLAVE: INTENTO AUTOLITICO, PROTOCOLO, CALIDAD DE ATENCIÓN, MORBILIDAD, VIOLENCIA		
<p>RESUMEN: El intento Autolítico es el acto humano de autolesiones con la intención de acabar para siempre con la angustia que vivencia el individuo. Según la OMS, este fenómeno está en aumento y se ubica entre las 10 primeras causas de muerte. En nuestro país esta problemática también aumentó y ocupa la 9na causa de mortalidad, se puede producir en cualquier persona, independientemente de su edad, nivel socioeconómico, religión. Siendo este comportamiento un problema de salud a nivel mundial, en nuestro país es necesario fortalecer a las instituciones de salud para enfrentar el reto en la calidad de la atención, ya que es un factor determinante para la sobrevivencia y bienestar de los pacientes.</p> <p>Los intentos Autolítico originan trastornos emocionales, familiares, económicos y complicaciones, lo que representa un alto índice de morbilidad y mortalidad en la población afectada, esto es evidente en el servicio de Emergencia del hospital San Luis de Otavalo, la mayoría de estos pacientes que presentan intoxicaciones son ingresados al servicio de Medicina Interna; en ellos se invierte mayores recursos económicos en su tratamiento y recuperación. En esta investigación se realizará un protocolo de atención de Enfermería para ser aplicado conjuntamente con los profesionales de la salud y contribuya a mejorar la calidad de atención del paciente suicida que acude al HSLO.</p> <p>Con un diseño de investigación descriptivo y prospectivo, se realizará un diagnóstico inicial mediante encuestas, observación y estudio de historias clínicas para determinar las falencias que se presentan en la atención y a partir de los resultados proponer una estrategia de atención del equipo de salud.</p>		
No. DE REGISTRO (en base de datos):	No. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: : 06-2925506 0959587185	E-mail: mariana_cabreralu@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS	
	Teléfono: 2- 288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	