



TENTATIVA SUICIDA POR INGESTA DE COCAÍNA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO EN UCI

Antonio Sánchez Gallardo, Francisco Javier Vega Vázquez, Buenaventura Díaz Noa.

asgcoripe@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Conceptos

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10, (OPS, 1996) el suicidio es: un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y donde la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social.

La definición de conducta suicida hace referencia a una serie de comportamientos relacionados con ideas de suicidio, tentativa de suicidio y suicidio consumado.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), la ideación y tentativas suicidas pueden ser vistas como fases previas al suicidio, esto significa que existe un desarrollo desde los pensamientos hasta la acción en las cuales se ha realizado un acto intencionado y auto-infringido que amenaza contra la vida y con resultado de muerte. La tentativa de suicidio incluye aquellas situaciones en las que la persona ha realizado un acto en el que amenaza su vida con la intención de ponerle fin o dar esa apariencia y sin que tenga como resultado la muerte.

En 2014 fallecieron por suicidio 784 andaluces, más de 2 personas al día; un 80% de ellas varones (621) y un 20% mujeres (163).

Estos datos, que se basan en los últimos datos publicados por el INE en marzo de 2016 y que están referidos a 2014, suponen una disminución de 24 defunciones respecto a 2013 (un 3% menos), si bien la realidad entre sexos es muy diferente: mientras que se mantienen en hombres (1 defunción más, apenas un 0,2% de aumento), disminuyen las de mujeres un 13,3%, con 25 fallecimientos menos que en 2013.

1 de cada 5 suicidios que se producen en España es de residentes andaluces, lo que la convierte en la primera comunidad autónoma de muertes por esta causa y la quinta en relación a su población, con una tasa de 9,3 suicidios por 100.000 habitantes (frente a 8,3 de la media estatal).

Según la encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2015-2016), existen 41000 personas entre 15-64 años que empezaron a consumir cocaína en 2015, lo que supone una tendencia ascendente con 2500 personas más que en 2013, siendo el 56% hombres y el 44% mujeres, con un porcentaje del 70% los consumidores menores de 25 años. Después del cannabis, la cocaína en polvo es la siguiente sustancia psicoactiva ilegal con mayor prevalencia

TENTATIVA SUICIDA POR INGESTA DE COCAÍNA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO EN UCI

en España. De dicha encuesta, se establece que el 9,1 %, es el porcentaje de población que ha consumido cocaína de manera global (ya sea en polvo y/o en forma de base).

Cocaína, acción y síntomas

La cocaína estimula el sistema nervioso central aumentando la actividad normal de determinados neurotransmisores cerebrales. Fundamentalmente, excitan la actuación de la noradrenalina, la serotonina y la dopamina (tres de los principales neurotransmisores implicados en los sistemas cerebrales que regulan la conducta emocional).

Básicamente la acción de la cocaína se centra en dos procesos:

- a) promueve una mayor cantidad de neurotransmisores endógenos.
- b) bloquea la recaptación fisiológica de estos neurotransmisores, impidiendo su reabsorción al interior de la neurona y, aumentando por tanto la acción de estos neurotransmisores en las sinapsis. Esta inhibición de la recaptación de estos neurotransmisores guarda similitud con el mecanismo de acción de los antidepresivos que poseen esa propiedad.

La dopamina es el producto químico del cerebro responsable de causar sensaciones del placer, tales como comer, reír, relaciones sexuales, etc. El consumo de cocaína crónico suele producir disforia, irritabilidad, malestar psicofísico y agotamiento general.

Una persona con dependencia por cocaína tiene una elevada probabilidad de padecer algún tipo de trastorno psicopatológico asociado. En algunos casos pueden aparecer episodios psicóticos, crisis de pánico, cuadros depresivos, tentativas de suicidio, y episodios de agitación psicomotriz.

El abuso de cocaína puede producir alucinaciones y delirios. En ocasiones, estos síntomas se disipan en algunos días; en otros casos pueden persistir hasta un año (Siegel, 1982).

En las intoxicaciones graves por abuso de cocaína pueden aparecer cuadros psicóticos denominados psicosis tóxicas. Los síntomas psicóticos son una de las complicaciones más habituales producidas por el consumo de cocaína, ya sea agudo o crónico. La psicosis cocaínica consiste en un brote de ideas paranoides que llevan a la persona a un estado de confusión, pudiendo producir verdaderas crisis de pánico, cuadros alucinatorios, etc. Estas psicosis consisten en episodios delirantes parecidos a los que sufren algunos pacientes esquizofrénicos. Antes de llegar a la psicosis, los consumidores se muestran vagamente suspicaces, una actitud que va progresivamente haciéndose más notoria hasta llegar a la ideación delirante (Camí, 1996).

Los síntomas psicóticos son una de las complicaciones más habituales producidas por el consumo de cocaína, ya sea agudo o crónico. Habitualmente cursa con un importante componente de agresividad y agitación. Se presenta entre el 53% y el 68% de los consumidores que cumplen criterios de dependencia a dicha sustancia.

Hay que diferenciar entre la psicosis inducida por la cocaína y la alucinosis cocaínica que cursa con alucinaciones aisladas, generalmente en el contexto del consumo. La psicosis inducida por

TENTATIVA SUICIDA POR INGESTA DE COCAÍNA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO EN UCI

cocaína suele ser autolimitada, y generalmente cede sin tratamiento en las horas o días siguientes de la privación de cocaína. Son muy habituales las ideas delirantes paranoides, con contenidos de perjuicio y celotípicos, siendo el delirio más frecuente el de sentirse rodeado por agentes de la ley, o por gente que quiere robarles la droga. Es habitual la presencia de alteraciones en la esfera afectiva. Casi todos los síntomas delirantes y las alucinaciones que les acompañan están directamente relacionadas con las conductas de consumo. Las alucinaciones no son extrañas, y generalmente son congruentes con el sistema delirante. Las auditivas son las más habituales (ruidos de gente que les sigue...), seguidas, en menor frecuencia por las visuales (espías por las ventanas...) y las táctiles. En la psicosis por cocaína se da un tipo singular de alucinación, que es más infrecuente en la esquizofrenia y otros cuadros psicóticos: la alucinación táctil. Comienza por un picor que obliga a los individuos a frotarse para encontrar alivio y, en casos extremos, algunos consumidores piensan que tienen animales y gusanos debajo de la piel. Con frecuencia presentan estereotipias motoras que remedan tareas o gestos sin sentido, como rebuscar la zona que les rodea esperando encontrar droga, o pellizcarse la piel. Una vez que aparece un cuadro psicótico inducido por cocaína, la probabilidad de que éste se repita, con mayor gravedad y asociado al consumo de una menor cantidad de la sustancia, es mayor.

La cocaína puede exacerbar trastornos preexistentes (psicosis, manía, etc.), reavivando la sintomatología o descompensando el proceso, lo cual se evidencia incluso a dosis bajas. También pueden desencadenar o hacer debutar procesos latentes, subclínicos o incipientes, en cuyo caso la sintomatología suele sorprender por representar algo inesperado en un sujeto que hasta entonces no presentaba trastorno alguno, con un inicio por lo general abrupto en forma de episodio agudo y virulento.

OBJETIVO

Detallar los signos y síntomas presentados en pacientes, tras consumo de cocaína.

Describir la evolución de un paciente ingresado en Cuidados Intensivos tras sobreingesta de cocaína con intentos autolíticos.

Enumerar el Plan de Cuidados de Enfermería, fundamental, en paciente con tentativa de suicidio.

Exponer el modelo transteórico del cambio y la entrevista motivacional, como propuesta metodológica de intervención social.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo y descriptivo, revisión bibliográfica y actualización en las principales bases de datos, sobre la tentativa suicida y la cocaína.

TENTATIVA SUICIDA POR INGESTA DE COCAÍNA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO EN UCI

RESULTADOS

Paciente, varón, de 56 años que ingresa en UCI, el 25/11/2017, tras sobreingesta de benzodiazepinas y cocaína con fines autolíticos. Paciente que ha tenido varios intentos de suicidio, el último en 2010. Fumador y adicto también a la heroína, que participó en programas de desintoxicación con metadona, hasta hace unos meses. Diagnosticado de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

El paciente es atendido en su domicilio por los Servicios de Urgencias/Emergencia, al encontrarse en insuficiencia respiratoria e inconsciente, con una puntuación de 3 en la Escala de Glasgow. Realizándose intubación orotraqueal, presentando una Fibrilación Ventricular, que precisó dos desfibrilaciones, administración de adrenalina y maniobras de soporte vital, revirtiendo la situación a ritmo sinusal. Posteriormente es trasladado al Hospital Virgen Macarena, ingresando en la UGC Cuidados Intensivos. Posteriormente, se traslada a planta, el 30/11/2017, Durante su estancia realiza fuga del centro hospitalario y es traído nuevamente a la misma planta por 061, con ayuda de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado. Pasados tres días, el paciente pide el alta voluntaria el 4/12/17.

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERÍA

00150 RIESGO DE SUICIDIO

Definición: Riesgo de lesión autoinflingida que pone en peligro la vida.

NOC

1408 Autocontrol del impulso suicida

1208 Nivel de depresión

1206 Deseo de vivir

1204 Equilibrio emocional

1812 Conocimiento: control del consumo de sustancias

1407 Consecuencias de la adicción a sustancias psicoactivas

1904 Control del riesgo: consumo de drogas

NIC

4420 Acuerdo con el paciente

5240 Asesoramiento

5230 Aumentar el afrontamiento

4354 Manejo de la conducta: autolesión

4360 Modificación de la conducta

5330 Control del humor

6160 Intervención en caso de crisis

6340 Prevención del suicidio

TENTATIVA SUICIDA POR INGESTA DE COCAÍNA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO EN UCI

El modelo transteórico del cambio y la entrevista motivacional (Prochaska y DiClemente. 1982)

Éste modelo delimita una serie de etapas por las que discurren los procesos de cambio:

- Precontemplativo
- Contemplativo
- Determinación
- Acción
- Mantenimiento
- Recaída

Dentro de este modelo podemos hablar de ocho estrategias que, combinadas entre sí, nos ayudan a aumentar la efectividad hacia el cambio:

- Ofrecer consejo.
- Eliminar obstáculos
- Ofrecer alternativas
- Disminuir la deseabilidad de la conducta
- Practicar empatía
- Dar feedback
- Aclarar metas
- Ofrecer ayuda

El enfoque de la relación terapéutica basada en los elementos de la entrevista motivacional se mantiene constante, atendiendo a una serie de principios básicos: Expresar empatía, descubrir discrepancias, evitar discutir, avanzar con la resistencia y potenciar su autoeficacia.

CONCLUSIONES

El suicidio representa un grave problema de Salud Pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo. Después del cannabis, la cocaína en polvo es la siguiente sustancia psicoactiva ilegal con mayor prevalencia en España.

Los Cuidados de Enfermería son esenciales para la estabilización y recuperación del paciente crítico, tras sobreingesta de cocaína. Es fundamental que los Cuidados prestados a las personas con conducta suicida sean de calidad, donde exista, una buena comunicación entre paciente, familia y personal de Enfermería, mayor preparación profesional acerca de la conducta suicida: una mejor información y una formación específica sobre el tratamiento de la conducta suicida podría mejorar la interacción entre profesionales y pacientes y una mayor empatía hacia las personas con conducta suicida, se necesita que los pacientes sean escuchados y no juzgados y que el trato con el personal sea natural, les muestren su preocupación y les den apoyo.

TENTATIVA SUICIDA POR INGESTA DE COCAÍNA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO EN UCI

El plan de acción debe ser multidisciplinar, donde se inicie la intervención por los aspectos biológicos y neurológicos, seguidos de los aspectos psicológicos, sociales, familiares y como constante en todos ellos, la entrevista motivacional, como herramienta de intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Sistema Nacional de Salud.
2. III Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2016-2020. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
3. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2015-2016. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
4. Directrices Generales para la Prevención del Suicidio. Proyecto Euregenas. (www.euregenas.eu).
5. Eva Dumon & Prof. Gwendolyn Portzky. Unidad de Investigación sobre suicidio. Universidad de Gante.
6. Prades Salvador, Núria. Irigoyen Otiñano, María. Intentos suicidas de repetición en mujer con dependencia a cocaína. Revista de Patología Dual 2016;3(1):10
7. Cernuda López, José Luis. La intervención social en cocaína: una propuesta metodológica. Revista Española de Drogodependencias 31 (3 y4) 387-401.2006.
8. Johnson M. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Madrid: Elsevier, 2006.
9. Moorhead S [et al.]. Clasificación de resultados enfermería (NOC) 4ª ed. Madrid. Elsevier, 2008.