

Caracterización del proceso de atención
de pacientes con intentos de suicidio que requirieron internación
en el Hospital San Carlos de Casilda y su referencia
al Centro de Salud Julio Maiztegui posterior al alta.

Carrera de Postgrado de Medicina General y Familiar

Alumna: María Laura Del Bianco

Cohorte 2015

Tutora: Dra. Maricel Rossetti. Med. General y Familiar

Fecha: Noviembre 2021

Índice

• Introducción	Página 3
• Planteo del Problema	Página 4
• Contextualización	Página 5
• Antecedentes de investigación	Página 9
• Marco Legal.....	Página 11
• Justificación de la elección del tema	Página 14
• Marco teórico de referencia	Página 19
• Objetivos.....	Página 21
• Metodología	Página 22
• Resultados	Página 25
• Conclusiones	Página 33
• Perspectivas futuras	Página 36
• Bibliografía	Página 37

Introducción

El suicidio es un problema en crecimiento, se encuentra entre las tres primeras causas mundiales de muerte en personas de 15 a 35 años. Cada año, advirtieron la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP), un millón de personas se quita la vida en el mundo, mientras que, una de cada 20 que intentan suicidarse por día, lo consigue. (1)

La conducta suicida es un fenómeno multicausal y complejo, que ha estado presente en todas las épocas históricas y en todas las sociedades. Se manifiesta por una variedad de comportamientos, que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de riesgo.

Según la OMS la mayoría de los suicidios pueden prevenirse y para lograrlo aconseja reducir el acceso a los medios para suicidarse; tratar a las personas con trastornos mentales; realizar un seguimiento de los pacientes que intentaron quitarse la vida; fomentar un tratamiento responsable del tema en los medios de comunicación y formar a los profesionales de la atención primaria de salud. (1) (Estos aspectos se profundizarán a lo largo del presente trabajo.)

Planteo del problema

Durante los años que realice mi formación práctica de la carrera de Posgrado en Medicina General y Familiar note que para el equipo de salud de la localidad de Casilda (el cual será descrito en “contextualización”) resulta un problema el abordaje de los pacientes con intentos de suicidio, esto ocurre en el ámbito hospitalario tanto en la atención inicial por guardia como el seguimiento de los mismos durante la internación, y su referencia a los Centros de Atención Primaria de la Salud posterior al alta Hospitalaria.

En el presente trabajo se intentará caracterizar los factores que generan dificultades para la atención integral de pacientes que requirieron internación por intentos de suicidio en el Hospital San Carlos de Casilda; los problemas que surgen para la contención inicial en guardia de dichos pacientes, la dificultad para utilizar herramientas en internación para el adecuado manejo de estas patologías psiquiátricas y la complejidad en la referencia a los Centros de Salud para su seguimiento. Este análisis nos permitirá, además, reflexionar sobre las prácticas que podemos realizar desde la atención primaria de la salud para garantizar una adecuada atención y acompañamiento de los pacientes que presentaron intentos de suicidio, buscando no sólo la mejoría durante la internación, sino también siendo partícipes de su seguimiento desde los centros de salud.

Contextualización

El trabajo se llevará a cabo analizando los registros de pacientes que requirieron internación en la sala de Clínica Médica del Hospital San Carlos de Casilda en el período comprendido desde agosto 2016 a julio 2017, dicho período de tiempo fue elegido por realizar en el primer año de la carrera de Medicina General y Familiar mi formación práctica en la Sala de internación de dicho efector durante algunos de los meses de estudio, pudiendo recabar información de interés para el presente trabajo. Además, se evaluará el seguimiento posterior al alta de dichos pacientes en el Centro de Salud J. Maiztegui de quienes se encuentren adscriptos en tal efector, Centro de atención primaria de salud en el cual me desempeñe durante los tres años de cursado de la carrera.

Sistema de salud en Casilda

Casilda es una localidad del sur de la provincia de Santa Fe, cabecera del departamento Caseros. Se encuentra a la vera de la ruta nacional 33, a 56 km de Rosario y a 208 km de la ciudad de Santa Fe. Cuenta con 35.058 habitantes según el Censo Nacional de Población 2010. (2)

La ciudad de Casilda cuenta con un único Hospital Público, el Hospital Provincial San Carlos y cuatro Centros de Atención Primaria de Salud periféricos, de dependencia tanto provincial como municipal, que descentralizan la atención acercándose a la población; dos sanatorios privados; el Sistema Integrado de Emergencias (SIES) para la atención y traslado en la vía pública y un servicio de emergencias pre hospitalarias privado (ECAS).

Acerca del Hospital San Carlos

El Hospital Provincial San Carlos de Casilda es un efector de salud que por su complejidad de resolución es categorizado como de 2° nivel de atención, cuenta con salas de internación de Clínica Médica, Pediatría y Gineco obstetricia, Sala de Partos, Terapia Intensiva y Quirófano donde se realizan cirugías generales y traumatológicas. En dicho hospital se realiza la atención de los pacientes de la ciudad de Casilda y de los pueblos de la zona que requieren derivación a un centro de mayor complejidad. Tiene 12 localidades que pertenecen a la subregion de la cual Casilda es cabecera: Arteaga, San José de la Esquina, Los Molinos, Arequito, Los Nogales, Chabás, Fuentes, Bigand, Sanford, Pujato, Coronel Arnold y Villa Mugueta. También, debido a la cercanía, se reciben en muchas oportunidades pacientes de la localidad de Carcaraña.

El mismo posee una guardia general las 24 Hs, contando con uno o dos médicos, según el día y el horario; personal de enfermería y residentes de Medicina General y Familiar que desde el año 2011

realizan parte del ciclo práctico de la Carrera de Posgrado de especialización en Medicina general y Familiar dependiente de UNR.

Los médicos especialistas: Pediatras, Obstetras, Cirujanos, Traumatólogos, Psiquiatras, etc., realizan guardias pasivas, estando al llamado telefónico de ser necesario.

Acerca de la atención de pacientes con patologías de Salud Mental en la localidad de Casilda

En lo que se refiere a la atención en Salud Mental, el hospital cuenta con un solo Médico Psiquiatra que realiza Consultorio Externo tanto en el Hospital como en los Centros de Salud Provinciales y, además, efectúa las interconsultas de los pacientes internados que requieran evaluación. Desde hace un tiempo muy breve en el hospital hay guardias pasivas de psicología para una primera atención de estos pacientes, referenciando los casos necesarios a Psiquiatría.

Los pacientes con intento de suicidio acceden a la internación ingresando por guardia, los casos oriundos de Casilda llegan a la misma traídos por el sistema de emergencia público o privado (SIES-ECAS), siendo en algunos casos llevados a la guardia directamente por familiares, o ingresando por sus propios medios, refiriendo haber realizado alguna acción que puso en peligro su vida (por ejemplo, ingesta de medicamentos).

En los casos de pacientes de otras localidades, son derivados desde sus respectivos SAMCOS en ambulancia.

Al ingreso de estos pacientes surge el primer inconveniente, ya que muchas veces en guardia son recibidos por personal médico y de enfermería que tiene poca o nula práctica en contención de situaciones socio subjetivas, o que considera que las patologías de salud mental son temáticas que deben ser abordadas por especialistas en el tema, sin tener una visión global del paciente, siendo ello perjudicial, ya que, al no contar con guardia activa de salud mental, esta situación deriva muchas veces en internación de los pacientes hasta poder ser evaluados por servicio de psicología o psiquiatría (en casos de fin de semana o feriados muchas veces la consulta se retrasa más de 24 Hs). Generalmente, luego del alta médica, los pacientes que requirieron internación, independientemente del motivo que la originó, son referenciados para su seguimiento con sus médicos de cabecera en los Centros de Salud al cual estén adscriptos o a los SAMCOS en caso de pacientes de otras localidades. La adscripción de los pacientes a equipos de referencia no se limita a un área geográfica, y se entiende, según Débora Ferrandini, como un contrato entre el Centro de Salud y los ciudadanos que se suscribe a través de todos los trabajadores de la salud, de modo que el equipo de referencia, debería asumir en relación con su población adscripta la responsabilidad por el cuidado de la salud, y actuar como su

agente en la red de servicios, a fin de asegurar que se logren todas las intervenciones necesarias para garantizar procesos terapéuticos integrales efectivos, comprometiendo así a los trabajadores del primer nivel con una población definida, y con el resultado de sus prácticas en la salud de esa población.(3)

Centros de atención primaria de Salud en Casilda

En la Ciudad de Casilda dos son los Centros de Salud de dependencia provincial: “Dr. Julio Maiztegui” y “Alberdi” y dos de dependencia municipal: “Barracas-Yapeyu” y “Granaderos a Caballos”, funcionando la Residencia de Medicina General y Familiar en los Centros “J. Maiztegui”, “Alberdi” y “Barracas-Yapaeyú”.

Como parte de mi formación práctica de la carrera de Medicina general y Familiar me desempeñé en el Centro de Salud J. Maiztegui, el cual es una institución Provincial, cuya dirección está a cargo del Hospital Provincial San Carlos, se encuentra en el corazón del barrio Nueva Roma, fue inaugurado el 21 de mayo de 2012, en un predio cedido por el municipio. En el año 2019 se le otorgó el nombre de “Dr. Julio Maiztegui”, previamente era conocido como “Nueva Roma II”.

La zona original de influencia se encuentra comprendida desde la calle Chile a la calle Oncativo, y desde la calle Bs As al Bv América, pero actualmente esos límites no son respetados y el centro cubre la atención primaria de una zona más extensa de la ciudad de Casilda.

Cuenta con seis consultorios médicos y uno odontológico, dependencias para tareas administrativas, enfermería y farmacia, baños públicos, oficina de personal, patio de servicio y un salón de usos múltiples.

El equipo de salud está conformado por tres médicos generalistas, tres residentes de medicina general y familiar, dos psicólogos, un psiquiatra, dos enfermeras, dos odontólogos, un asistente social y tres administrativos. Según SICAP actualmente tiene 10.578 pacientes adscriptos.

La cantidad creciente de pacientes que concurren al efector contrasta con el número limitado de médicos destinados a la atención de los mismos. Esto puede verse reflejado muchas veces en las dificultades que surgen para brindar una atención integral por el poco tiempo disponible, generando por ejemplo fallas en el registro de historias clínicas, o falta de referencias entre colegas, datos que serán analizados en el presente trabajo.

Distribución de Centros de Atención Primaria de la Salud en la Ciudad de Casilda



Antecedentes de investigación

Los intentos de suicidio son un problema grave de Salud Pública. Según la OMS más de 800.000 personas mueren cada año por suicidio, está entre las 10 causas mayores de muerte en cada país, y una de las tres causas principales de muerte en la franja de edad entre 15 y 35 años. Hay indicios de que, por cada adulto que se suicidó, posiblemente más de otros 20 intentaron suicidarse. (4)

Para abordar esta situación se intentan determinar factores que puedan estar relacionados con dicha problemática, como se plantea en el artículo “Epidemiología de intentos de suicidio que ingresan a la guardia en el hospital subzonal Emilio Ruffa, de San Pedro, Buenos Aires, 2012-2014” (5), el cual realiza un estudio descriptivo y retrospectivo con el objetivo de analizar la frecuencia de presentación y la metodología de los mismos.

El mismo tiene como objetivo estudiar a la población con intentos de suicidio para poder planificar estrategias de prevención e intervención en base a los resultados obtenidos. En el artículo se remarca el sub registro observado muchas veces en guardia sobre la atención de pacientes con estas patologías. Los resultados objetivan que el método más utilizado por los pacientes que intentan suicidarse es la ingesta medicamentosa. Como conclusiones remarca la importancia de trabajar en la prevención del suicidio y la capacitación del equipo de salud para abordar a estos pacientes. Sugiere que el equipo de guardia pueda realizar actividades en conjunto con el equipo de salud mental para la asistencia de personas con ideas suicidas y enfatiza la importancia de implementar un proceso de seguimiento del paciente posterior al alta.

El texto “Sociodemografía del suicidio en la población adolescente y joven en Argentina” (6), también aborda estos aspectos y tiene como objetivo explorar los datos sociodemográficos: el género y lugar de residencia del grupo etario de 15 a 24 años entre 1999 y 2007. El mismo concluye que con respecto a los intentos de suicidios, según estadísticas provinciales y nacionales, es mayor el porcentaje de mujeres, siendo a la inversa en suicidios consumados, ya que el mayor porcentaje es de hombres; con respecto a la franja etaria, los intentos de suicidio predominan en población joven.

Dicho artículo plantea que en Argentina no se ha tomado conciencia de la complejidad y magnitud de esta problemática, resultando indispensable establecer políticas nacionales y provinciales que contribuyan a la prevención del suicidio realizando un abordaje integral del paciente, con la participación de diversos sectores e instituciones de la sociedad. Se llega así a la conclusión de que el riesgo de suicidio aumenta a medida que disminuye la densidad poblacional y la cobertura de servicios, y que el grupo poblacional más afectado son los jóvenes. Además, señala que la mayoría de las provincias tienen importantes limitaciones en sus sistemas de salud mental y exhiben un

marcado déficit en materia de recursos humanos calificados y formación actualizada, teniendo una distribución inadecuada, ya que la mayoría de los servicios ofrecidos están concentrados en las ciudades capitales.

La Organización Mundial de la Salud, en el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 (4) marca que, no obstante la magnitud del problema, existen numerosas dificultades para ofrecer una adecuada atención. Entre ellas podemos mencionar que el personal de salud encargado de atender pacientes con intento de suicidio recibe muy poca información y menos aún formación para abordar esta problemática. Además, hay una brecha entre teoría y práctica, que debe reconocerse para fortalecer las capacidades de afrontamiento de los profesionales.

Lo anteriormente expresado puede conducir a prácticas inadecuadas como minimizar el problema de la persona, no realizar una atención integral, no remitir al profesional indicado o no proponer o derivar a un tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Las necesidades de aprendizaje o capacitación se dan a partir del contraste entre el desempeño ideal y el real, bien sea para un individuo o un grupo determinado, y constituyen el punto de partida para la búsqueda de una solución pedagógica que capacite y contribuya a la transformación cualitativa de los servicios de salud, como plantea el artículo “necesidades de aprendizaje del especialista en Medicina General Integral, acerca de la conducta suicida”(7), el cual se realizó con el objetivo de identificar las mismas en los médicos que trabajan en los equipos de atención primaria de salud en el municipio Playa, Cuba, durante el año 2010.

En el mismo se realizó un estudio de carácter exploratorio, descriptivo y de corte transversal identificando las necesidades de aprendizaje mediante un cuestionario escrito, que se aplicó de forma colectiva y anónima a especialistas de Medicina General Integral, con el objetivo de determinar las deficiencias e insuficiencias de los conocimientos y habilidades profesionales acerca del comportamiento suicida, llegando a la conclusión de que la mayoría de los especialistas presenta dificultades en la atención integral de dichos pacientes y, en ocasiones, su evaluación carece de elementos de indagación y análisis, lo que afecta su seguimiento adecuado.

Marco legal

Ley Nacional 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental. (8)

Sancionada: Noviembre 25 de 2010 Promulgada: Diciembre 2 de 2010

Capítulo I Derechos y garantías

ARTICULO 1° — La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Capítulo II Definición

ARTICULO 3° — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;
- c) Elección o identidad sexual;
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

Capítulo III Ámbito de aplicación

ARTICULO 6° — Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

Capítulo IV Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTICULO 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;

Capítulo V Modalidad de abordaje

ARTICULO 8° — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTICULO 9° — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTICULO 11. — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

Capítulo VI *Del equipo interdisciplinario*

ARTICULO 13. — Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

Capítulo VII *Internaciones*

ARTICULO 14. — La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

ARTICULO 15. — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

ARTICULO 28. — Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

Justificación de la elección del tema

Durante mi formación práctica de la Residencia de Medicina General y Familiar en el Hospital San Carlos de Casilda, tanto en Guardia externa como en la Sala de Internación de Clínica observé una considerable cantidad de pacientes que requerían atención e internación por intentos de suicidio.

El personal médico y de enfermería que recibía a estos pacientes en la guardia muchas veces mostraba su disconformidad en atender situaciones socio subjetivas ya que consideraban que las patologías de salud mental son temáticas que deben ser abordadas sólo por especialistas en el tema.

Pude notar cómo los médicos que se desempeñan en guardia externa se sienten capacitados para manejar patologías biológicas, por ejemplo, al revisar un paciente que consulta por dolor abdominal, sin la necesidad de evaluación por un cirujano, decidir si requiere o no internación, indicando en muchos casos manejo ambulatorio con pautas de alarma para la reconsulta; en discrepancia con esto, al tratarse de una patología de salud mental, en la totalidad de los casos solicitan la evaluación por psicología o psiquiatría para sentirse seguros sobre el manejo ambulatorio de los pacientes, solicitando, en caso de no contar con las mismas en la guardia, internaciones muchas veces innecesarias.

Muchas veces se presentaron episodios de crisis durante las internaciones, dependiendo la resolución de las mismas de las áreas de psicología y psiquiatría. En algunos casos la atención se demoró por no contar con dichos profesionales en forma permanente, pues en el nosocomio no hay guardias activas de esas especialidades, realizando llamados telefónicos en casos de necesidad de interconsultas. En muchas de estas ocasiones surgía por parte del personal de enfermería y médicos de sala el planteo de que las patologías de salud mental debían ser abordadas por profesionales de dicha especialidad. Se cuestionaba no sólo el hecho de no estar capacitados para manejar las situaciones que surgían durante las internaciones de los pacientes con patologías de salud mental, sino también que el hospital no cuenta con la infraestructura adecuada para alojarlos.

Este hecho contrasta con lo establecido por la ley 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental, que en su artículo 7° establece que El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental el derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud; y en el artículo 28, que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios, y remarca que el rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en

internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio. (8)

Durante mi formación práctica en el Centro de Salud J. Maiztegui pude advertir otra contrariedad: la escasa cantidad de pacientes que se referenciaban al mismo luego de haber estado internados en el Hospital por intentos de suicidio; dichos pacientes eran sólo referenciados para continuar la atención con personal de Salud Mental, a diferencia de pacientes que habían cursado internación por otras patologías, como por ejemplo cuadros cardiológicos, que además de su seguimiento posterior al alta con el Cardiólogo, eran referenciados al centro de salud con Médicos Generalistas.

En base a esto surgen los interrogantes ¿Cuál es el rol de los médicos generalistas en atención de pacientes internados por intento de suicidio?, ¿Por qué no se refieren los pacientes con patologías de salud mental a los Centros de Salud luego del alta hospitalaria, como se hace con pacientes que presentan otras patologías, y sólo se contactan con el servicio de salud mental?, ¿Cómo abordar a un paciente con patología psiquiátrica desde la atención primaria?, ¿Qué herramientas pueden utilizarse para mejorar la calidad de vida de estos pacientes?

Como médicos generalistas formamos parte de un equipo interdisciplinario que trata al individuo de manera integral y personalizada, teniendo en cuenta su entorno social y sanitario. Tenemos la tarea de promover y proteger la salud y el derecho a la misma, entendiendo que el proceso salud-enfermedad es un fenómeno continuo, dinámico e histórico donde no existen definiciones absolutas sin hacer referencia a los aspectos sociales, culturales, económicos, biológicos, psicológicos y ambientales de cada comunidad en particular y en un momento dado de su evolución.

La interdisciplina no se basa en una simple sumatoria de prácticas, sino en una interpenetración de las mismas atenta a no abolir la responsabilidad ligada al aporte específico que debe sostener cada práctica. Por ejemplo, no esperamos que el médico realice un correcto diagnóstico del tipo de sintomatología psíquica de un sujeto y deje de lado la consideración de los estudios de laboratorio bioquímico necesarios para descartar posibles problemas hormonales. Entendemos que un trabajo que tienda hacia un diálogo entre distintas miradas sería efecto de una tarea de articulación compleja y delicada, y no de una mera aplicación de diversos saberes superpuestos. Sin embargo, notamos que en numerosas situaciones de las prácticas cotidianas se da una dificultad seria para lograr las condiciones que permitirían el diálogo orientado a la definición conjunta de diagnósticos y estrategias. (9)

Para abordar los pacientes con intentos de suicidio es necesario un trabajo interdisciplinario de equipos de Salud, donde el médico cumple un rol tan importante como cada uno de los integrantes de dicho equipo, pues, como también expresa Débora Ferrandini en su trabajo “Algunos problemas complejos de salud”, no hay problemas iguales, y no puede haber estrategias universales para enfrentarlos. Con frecuencia los trabajadores de salud priorizamos circunstancias que no son las que la comunidad, un grupo social, una familia o un sujeto consideran lo más grave entre lo que afecta a sus vidas. Entender como construyen sus problemas grupos, familias y sujetos es fundamental para diseñar con ellos los proyectos de cambio. Para ello es necesario que todo el conocimiento, la experiencia, las capacidades de un equipo de salud se inclinen ante el problema del sujeto, familia o comunidad que lo padece y que en equipo discutamos y acordemos la mejor estrategia para superarlo. Pero también es necesario que escuchemos a quienes sufren ese problema, que comprendamos cómo lo viven y qué es lo que desean cambiar. (10)

El punto crucial de la importancia y de la necesidad del Médico General en la atención de pacientes con patologías de salud mental está en el “espacio social” de su ejercicio, que es el seno de la comunidad, desde donde se pueda comprender mejor el proceso salud-enfermedad y donde puede ejercerse a plenitud el enfoque médico-epidemiológico y social para la solución de los problemas de Salud, ya que también es importante la participación popular, componente intrínseco de la práctica médica, que, no sólo es individual, sino que abarca las distintas organizaciones representativas de la comunidad, en los niveles de planificación, organización, ejecución, control, evaluación y asignación de recursos.

Sobre las actitudes de los profesionales de urgencias ante la conducta suicida

Son muchos los artículos que indican la existencia de una actitud negativa o ambivalente de los profesionales de los servicios de urgencias hacia los pacientes atendidos por intento de suicidio. (11)

Una posible explicación podría ser que la formación de los profesionales de los servicios de urgencias de un hospital general suele estar enfocada fundamentalmente hacia el diagnóstico y tratamiento de patologías somáticas, por lo que en ocasiones, los pacientes con sintomatología psicológica pueden producir sensación de impotencia y generar actitudes negativas o de indiferencia. Además, el estrés del trabajo incrementa esta respuesta negativa hacia los pacientes con intentos de suicidio, sobre todo hacia aquellos con intoxicaciones medicamentosas repetidas. Así, las personas con

conducta suicida reiterada pueden provocar actitudes equivocadas en el personal sanitario que dificulten el posterior manejo de la conducta suicida.

La persona que amenaza su vida ha de ser considerada, siempre y sin excepciones, como alguien que siente que tiene un serio problema, a quien hay que tratar del modo más adecuado y ayudar en la medida de lo posible. Cualquier persona que habla de suicidio debe ser tomada siempre en serio, ya que la gran mayoría de quienes se suicidan han expresado previamente ideas de suicidio o han mostrado signos de alarma a familiares o profesionales.

Esta necesidad de una actitud adecuada del personal sanitario puede verse comprometida por ciertos pacientes, que, para obtener algún beneficio, aducen ideas de suicidio o amenazan directamente con suicidarse si no se hace lo que piden (ingresar, obtener una baja laboral o una incapacidad, recuperar una pérdida afectiva). Son situaciones delicadas que desafían la pericia del profesional para prevenir la conducta suicida, cuyo riesgo puede ser subestimado y, además, evitar el refuerzo de una conducta disfuncional, con su consiguiente reiteración. (11)

Acerca de la atención de pacientes con ideas suicidas en Guardia Externa

Por lo que respecta al médico de urgencias hospitalarias, además de valorar las alteraciones de la condición física, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básicas, incluyendo una evaluación de las necesidades (identificación de aquellos factores psicológicos y del entorno que podrían explicar la conducta suicida) y del riesgo (identificación de una serie de factores que predicen la conducta suicida).

Las competencias de los médicos de urgencias hospitalarias en la atención a un paciente con conducta suicida, serían el desarrollo de una correcta anamnesis con especial énfasis en antecedentes personales y familiares de trastornos mentales, antecedentes previos de conducta suicida (individual y familiar), abuso de alcohol o drogas, situación personal, social y eventos estresantes, evaluación de la existencia de alteración del nivel de conciencia y si ésta afecta a su capacidad mental, evaluación de enfermedades mentales graves, evaluación del estado de ánimo, presencia o ausencia de pensamientos y planes de suicidio, evaluación del intento de suicidio: motivación, características y gravedad del intento y uso de métodos violentos, valoración del riesgo de suicidio inmediato, determinación de cuándo es necesaria una evaluación especializada y disposiciones específicas para el seguimiento, en caso de no derivar al especialista.

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida futuro es de gran importancia, ya que el nivel de riesgo aumenta con el número de factores presentes, si bien existen algunos con mayor peso específico que otros. Otro importante predictor es el grado de letalidad del intento de suicidio. Así, se ha visto que la utilización de métodos de intento de suicidio diferentes a la intoxicación medicamentosa o a la realización de heridas incisas, particularmente el ahorcamiento, se relacionó fuertemente con un posterior suicidio consumado. Este hecho debería tenerse en cuenta a la hora de evaluar el riesgo de suicidio y la planificación de la atención después de una conducta suicida. (12)

Marco teórico de referencia

Salud

La OMS define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (4) En el trabajo antes mencionado, Débora Ferrandini plantea que nadie vive en ese estado, sólo nos sentimos así en algunos momentos. Nunca es un estado permanente. Mucho tiempo los trabajadores de la salud nos hemos encaminado a eliminar las enfermedades una por una, a lograr algo imposible en la vida real y a pedirle a la gente que para lograr ese estado no corra ningún riesgo, hemos dado consejos e indicaciones a gente que no puede llevarlas a cabo en sus condiciones materiales de vida.

El Dr. Floreal Ferrara define a la salud como la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida. Se trata de luchar, de desear cambiar lo que produce sufrimiento. Para eso es necesario constituirse como sujeto y luchar para que los otros también lo sean, trabajando para que todos ganemos control sobre nuestras propias vidas (10) y entender los espacios para la producción del cuidado, incluyendo a la clínica, como lugar de intercambio, de dialogo, de intercesión, es decir de encuentro, de fomentar la capacidad de actuar y de sentirse cuidado y escuchado. (12)

Salud mental

Estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad. (4)

Acto suicida

Acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención. Falla de los mecanismos adaptativos del individuo a su medio ambiente, provocado por una situación conflictiva actual o permanente que genera un estado de tensión emocional o como consecuencia a diversas causas. Este concepto aporta una valoración integral y dialéctica de los factores que intervienen en el hecho. (13)

Conducta suicida

Proceso continuo, que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los intentos, hasta el suicidio propiamente dicho. Dentro de esta definición incluiremos específicamente la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio. (13)

Ideación suicida

Es el pensamiento, la idea, el deseo de quitarse la vida; los pensamientos varían desde el deseo de muerte hasta la planeación completa del intento. El espectro de la ideación suicida abarca típicamente cuestionamientos existenciales que progresan sucesivamente a ideas de muerte, ideas de suicidio hasta planes de suicidio. (13)

Intento de suicidio

Es el acto contra la integridad de una persona, iniciado por ella misma, que no termina en la muerte. Cualquier intento de suicidio, por leve que parezca (tomarse un frasco de vitaminas) reviste suma gravedad. (13)

Suicidio

Es el resultado fatal de una conducta contra una persona, iniciada por ella misma. (13)

Objetivos

Objetivo general:

Caracterizar el proceso de atención de pacientes que requirieron internación por intentos de suicidio en el Hospital San Carlos de Casilda durante el período comprendido entre Agosto 2016 y Julio 2017 y el seguimiento posterior al alta de los pacientes adscriptos al CAPS J. Maiztegui.

Objetivos específicos:

- Describir el proceso de atención de los pacientes que requirieron internación por intentos de suicidio en el período de tiempo estudiado.
- Explorar los datos sociodemográficos de dichos pacientes y compararlos con estadísticas provinciales y nacionales.
- Analizar el seguimiento de los pacientes adscriptos al Centro de Salud J. Maiztegui luego del alta.
- Reflexionar sobre las prácticas que podemos realizar desde la atención primaria de la salud para garantizar una adecuada atención y acompañamiento de pacientes con intentos de suicidio, buscando no sólo disminuir el riesgo de un suicidio consumado a corto plazo mediante la internación, sino también siendo partícipes de su seguimiento desde los centros de salud.
- Proponer estrategias futuras en base a los resultados obtenidos, para mejorar la atención integral de dichos pacientes.

Estrategia metodológica:

Se llevará a cabo un estudio retrospectivo de descripción y caracterización del proceso de atención de pacientes que requirieron internación por intentos de suicidio en el Hospital San Carlos de Casilda durante el período comprendido entre Agosto 2016 y Julio 2017.

Se revisarán los registros de atenciones en guardia e internación de SICAP, DIAGNOSE y las Historias Clínicas Hospitalarias y de Centros de Salud para analizar distintos factores y se determinará si los datos obtenidos se correlacionan con las estadísticas provinciales y nacionales.

- Datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel educativo, lugar de procedencia).
- Proceso de atención (días de internación, recurrencias, necesidad de medicación, abordaje interdisciplinario, necesidad de derivación).
- Seguimiento al alta, referencia a Centros de Salud.

Fuentes:

DIAGNOSE: Sistema informático oficialmente promovido por el Ministerio de Salud para el registro de datos en la internación.

El Hospital San Carlos adhiere a este sistema informático registrando en el mismo todos los pacientes que ingresan a internación, proporcionando además del diagnóstico datos sociodemográficos de los pacientes.

SICAP: Sistema de Registro Diario de Consultas Ambulatorias y Sistema de Información de Centros de Atención Primaria (14)

En la Provincia de Santa Fe las atenciones que se realizan en los Centro de Atención Primaria deben nominalizarse y registrarse en planillas llamadas Registros Diarios de Consultas Ambulatorias en las cuales se registran los datos de los pacientes y las características de las atenciones en forma nominalizada (CIE 10), entre ellas el diagnóstico y/o el motivo de consulta. Estos datos son registrados en el Sistema SICAP al que todos los efectores pueden acceder a través de una PC con acceso a internet y a través de un Usuario y Contraseña proporcionadas por la Sectorial Informática. Este sistema permite, entre otras funciones, tener un registro nominalizado de la atención de los pacientes.

HISTORIAS CLINICAS:

En el Hospital San Carlos se utiliza una historia clínica de confección propia de la institución, basada en la Ley Nacional 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud. (15)

En el CAPS J. Maiztegui se utilizan Historias Clínicas Familiares, las mismas son provinciales, basadas también en la Ley Nacional 26529. En ellas se especifican los integrantes de las familias y sus vínculos en el familiograma. Se registran también los datos filiatorios y socioeconómicos de la familia como forma de evaluar las condiciones objetivas de existencia. Una herramienta importante es la lista de problemas, entendida como aquellos problemas identificados por el paciente o el equipo de salud que requieren ser abordados.

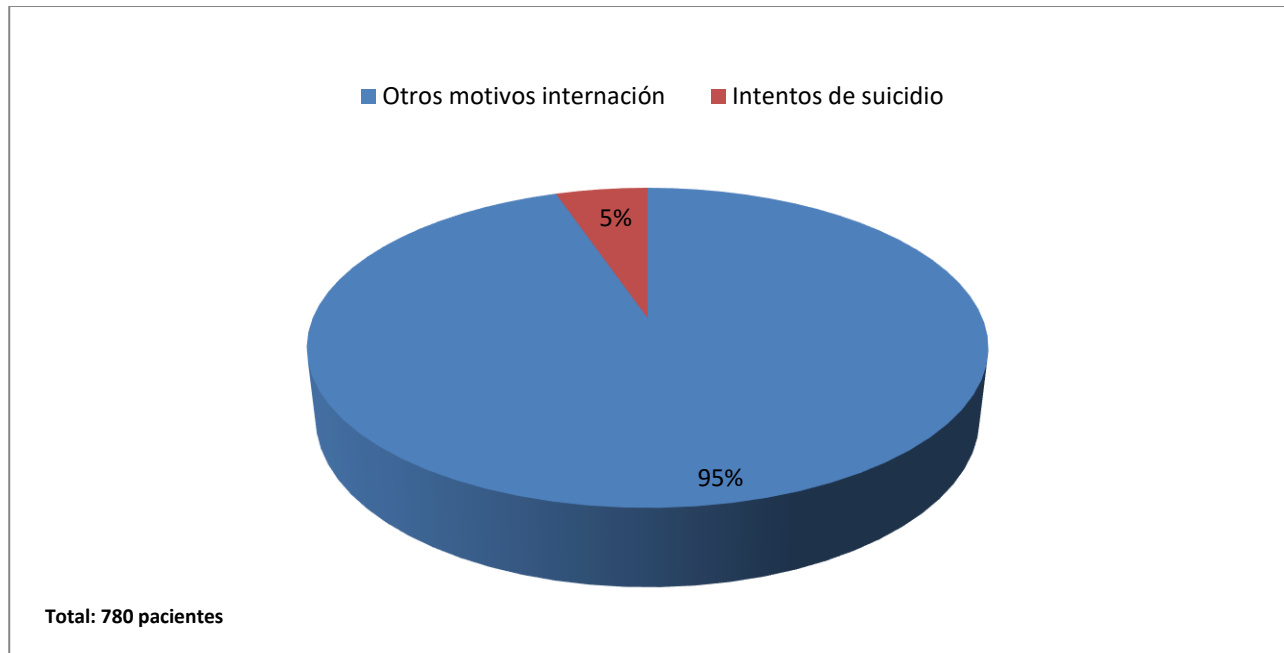
Metodología:

- Búsqueda en DIAGNOSE de pacientes internados en el Hospital San Carlos durante el período Agosto 2016 y Julio 2017.
- Identificación dentro de ese grupo de pacientes internados por intentos de suicidio.
La misma se realizó utilizando el filtro “transcripciones de diagnósticos” en el cual figura el diagnostico presuntivo en forma de texto, para dicha búsqueda se utilizaron “intento de suicidio”, “intento de autolisis” y “lesiones autoinfligidas”. La búsqueda no pudo realizarse mediante el filtro de códigos de CIE-10 debido a la gran variedad de códigos utilizados, los que muchas veces no coincidían con el diagnostico presuntivo. Los códigos hallados fueron X64.0/X64.9 (envenenamiento autoinfligido intencionalmente), X70.0 (lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación) Z91.5 (historia personal de lesión autoinfligida intencionalmente), F54 (factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte), F99 (trastorno mental, no especificado).
- Recabado de datos proporcionados por DIAGNOSE (sexo, edad, localidad)
- Muestreo por conveniencia de 15 Historias Clínicas (recursos humanos y de tiempo disponibles) de pacientes internados por intentos de suicidio en el período de tiempo estudiado con la finalidad de poder realizar una caracterización del proceso de atención durante la internación. El tamaño de la muestra responde a criterios tales como disponibilidad de tiempo y recurso humano para la realización del trabajo.

- Búsqueda en SICAP de Centros de Salud de referencia de los pacientes en cuestión para evaluar su seguimiento posterior al alta.
- Inspección de las Historias Clínicas de los pacientes que requirieron internación por intentos de suicidio en el período de tiempo estudiado que están adscriptos al CAPS J. Maiztegui. Centro de Salud elegido por conveniencia debido a la posibilidad de acceder a dichos datos por realizar mi formación práctica de la Residencia de Medicina general y Familiar en dicho efector.
- Los datos obtenidos se procesaron utilizando Excel para la confección de gráficos.

Resultados

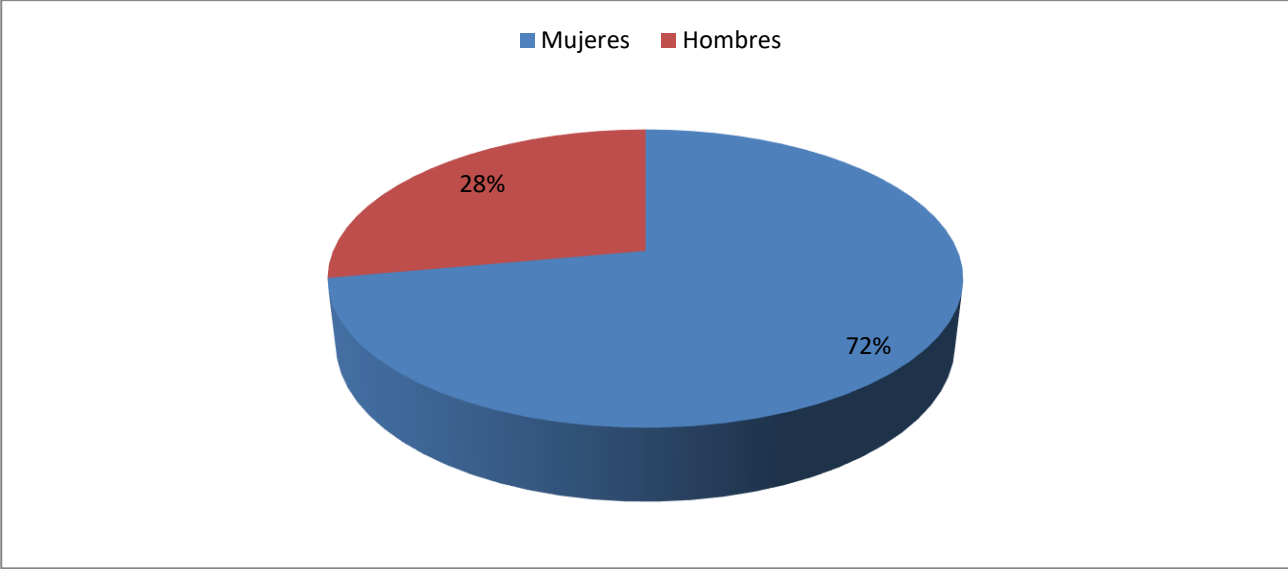
Durante el período desde el 1° de Agosto 2016 al 31 de Julio 2017 se internaron en el Hospital San Carlos 780 pacientes, de los cuales 43 fueron por intentos de suicidio.



No pudo realizarse la comparación entre los pacientes que consultaron en guardia externa por intentos de suicidio y fueron externados con los que requirieron internación por falta de codificación adecuada en los diagnósticos. Esto se debe, en gran parte, a que debido al caudal de pacientes los médicos de guardia muchas veces no utilizan la terminología específica de cada patología, ya que esto implica realizar la búsqueda del diagnóstico en CIE 10, utilizando códigos de uso frecuentes que al ser más amplios generan dificultades a la hora de realizar algún informe estadístico. (ejemplo código R68.8 otros síntomas y signos generales)

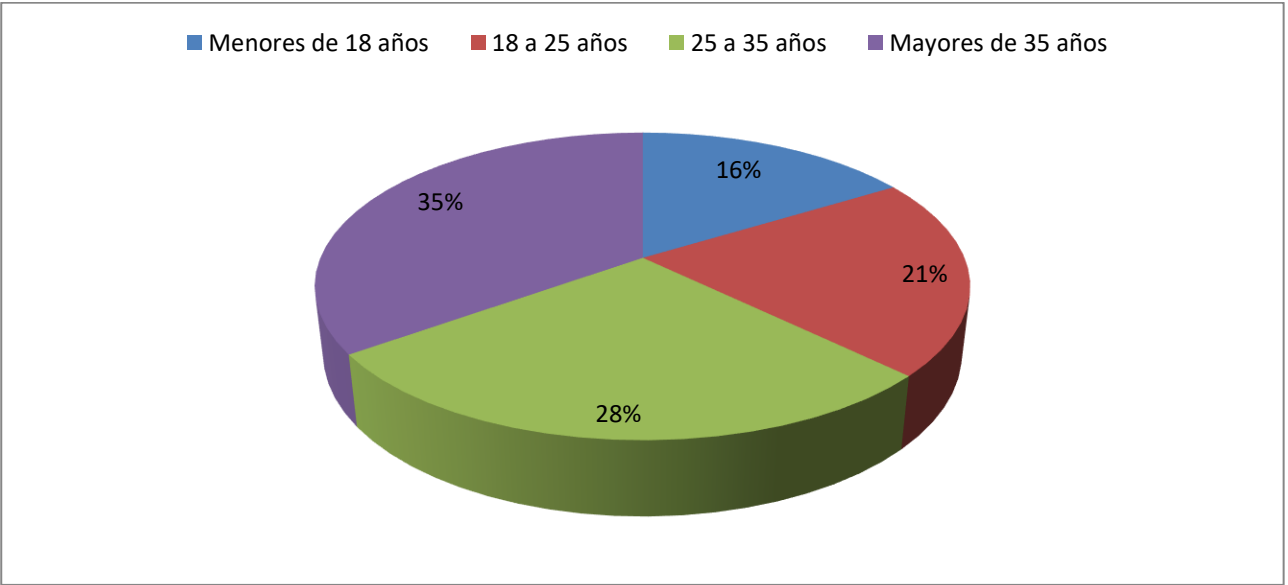
Del análisis de los datos obtenidos en DIAGNOSE de los pacientes internados en el período evaluado surgieron los siguientes resultados:

De los 43 pacientes internados por intentos de suicidio 31 fueron mujeres y 12 hombres.

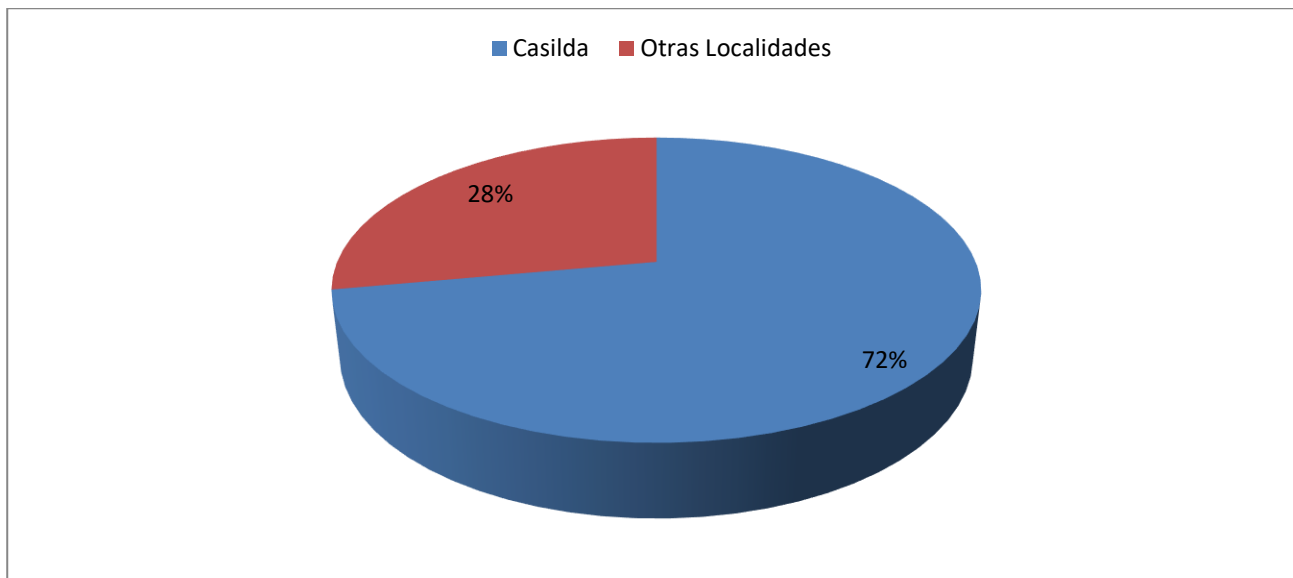


Con respecto a la edad, 7 fueron menores de 18 años, 9 pacientes tenían entre 18 y 25 años, 12 entre 25 y 35 años y 15 pacientes fueron mayores de 35 años.

En el grupo de pacientes comprendidos entre 25 y 35 años hubo mayor porcentaje de mujeres, manteniéndose en el resto de las franjas etarias similar proporción entre ambos sexos.

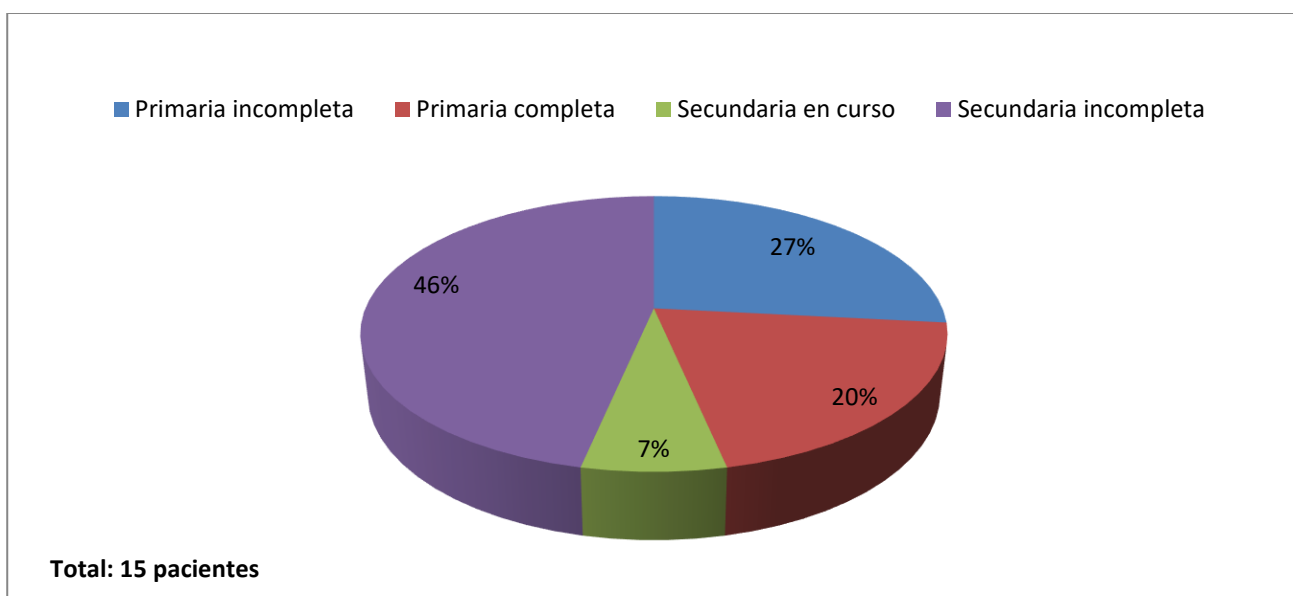


Analizando los lugares de procedencia se determinó que 31 pacientes vivían en la localidad de Casilda y 12 fueron de localidades vecinas.

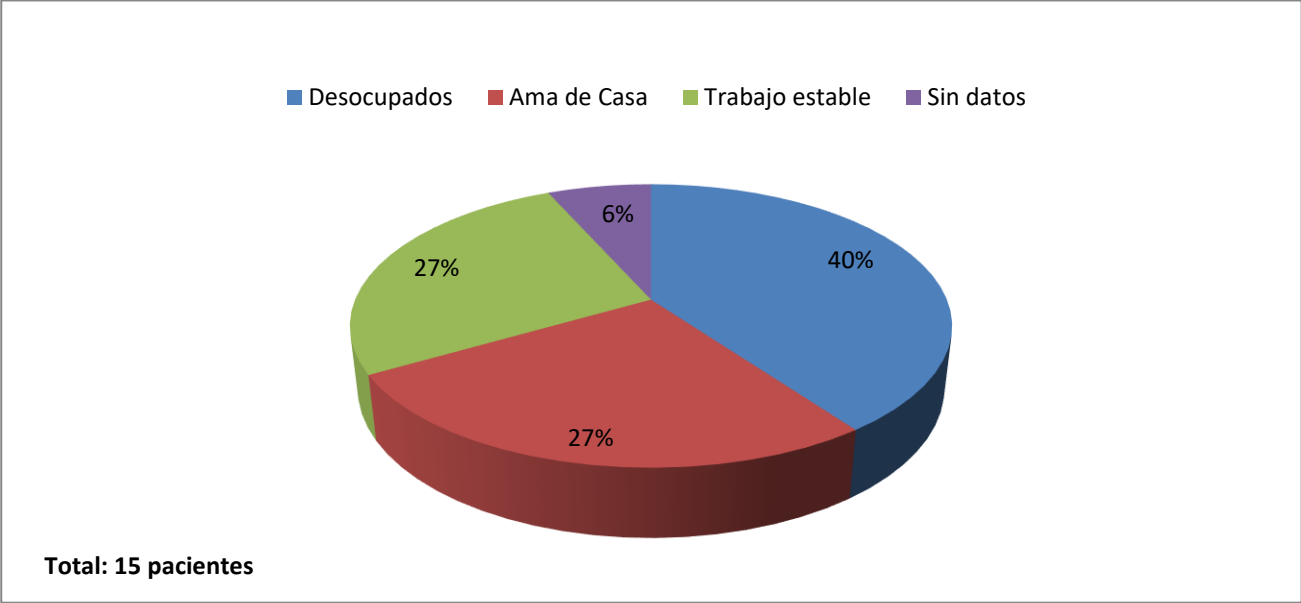


De los datos obtenidos de la evaluación de las 15 Historias Clínicas seleccionadas se obtuvieron los siguientes datos:

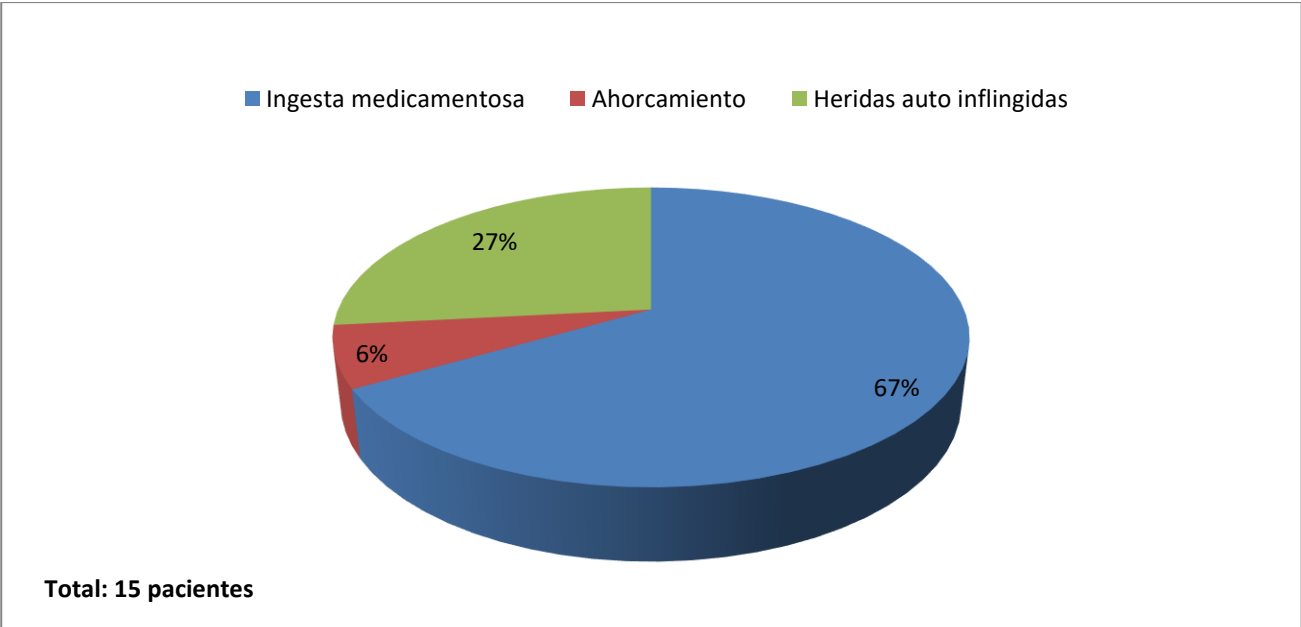
Con respecto a la escolaridad 4 pacientes tenían primaria incompleta, 3 primaria completa, 7 secundaria incompleta y un paciente estaba cursando la secundaria al momento de la internación. No hubo pacientes analfabetos dentro del grupo estudiado.



De los 15 pacientes evaluados 6 estaban desocupados al momento de la internación por intento de suicidio, 4 pacientes refirieron ser amas de casa, 4 tenían trabajo estable y de 1 paciente no había datos.



Con respecto a las causas de suicidio que determinaron las internaciones 10 fueron ingesta medicamentosa, 4 pacientes presentaban heridas auto infringidas y un paciente ingresó por ahorcamiento.

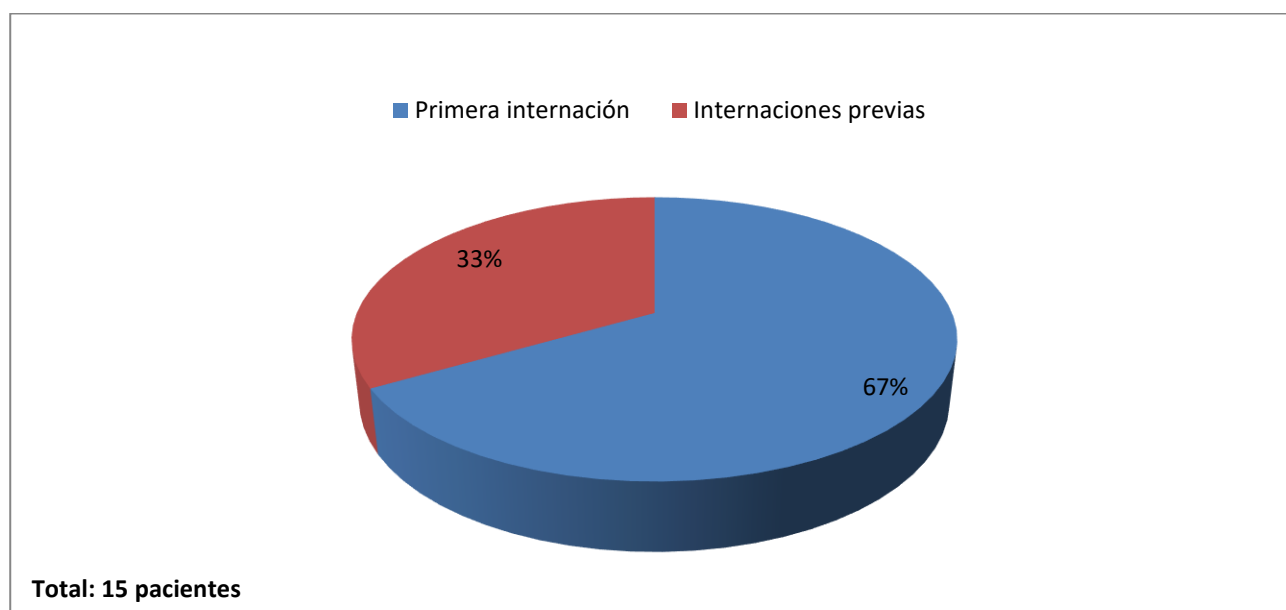


Los medicamentos usados por pacientes que intentaron suicidarse por este método fueron psicofármacos en 7 casos, un caso medicación cardiológica, un caso AINES y otro raticida.

Con respecto a los psicofármacos utilizados eran propios en el caso de 5 pacientes y de familiares en 2 casos.

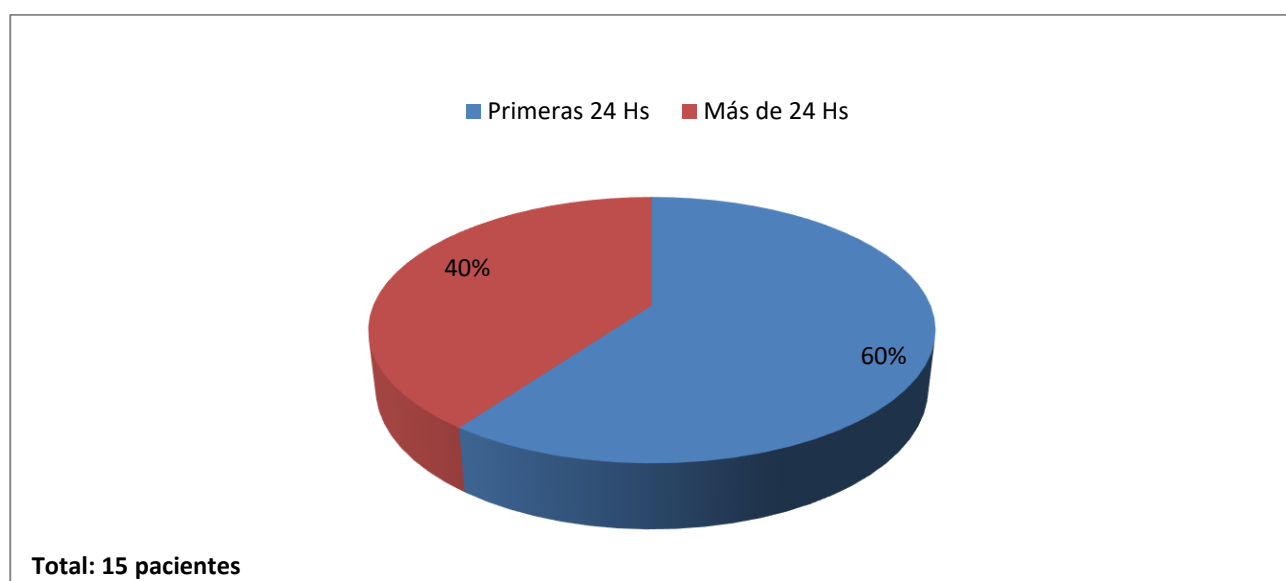
El paciente que utilizó medicación cardiológica requirió 24 hs de internación en UTI para control estricto.

De la Historias Clínicas evaluadas se recabó que 5 pacientes habían estado internados previamente por similares causas.

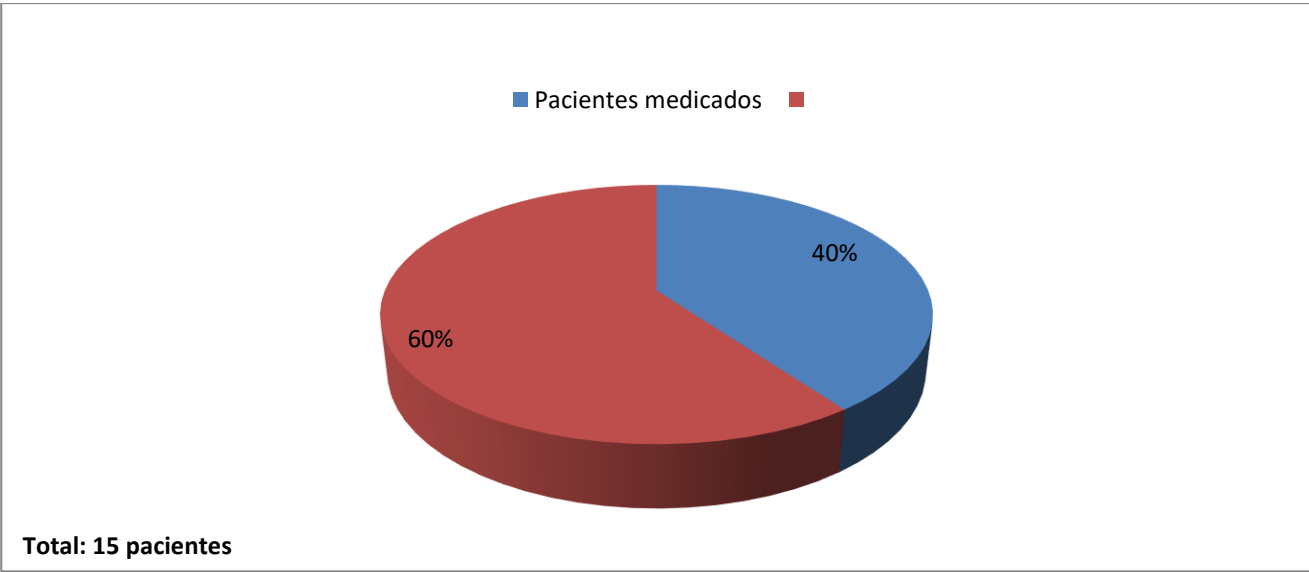
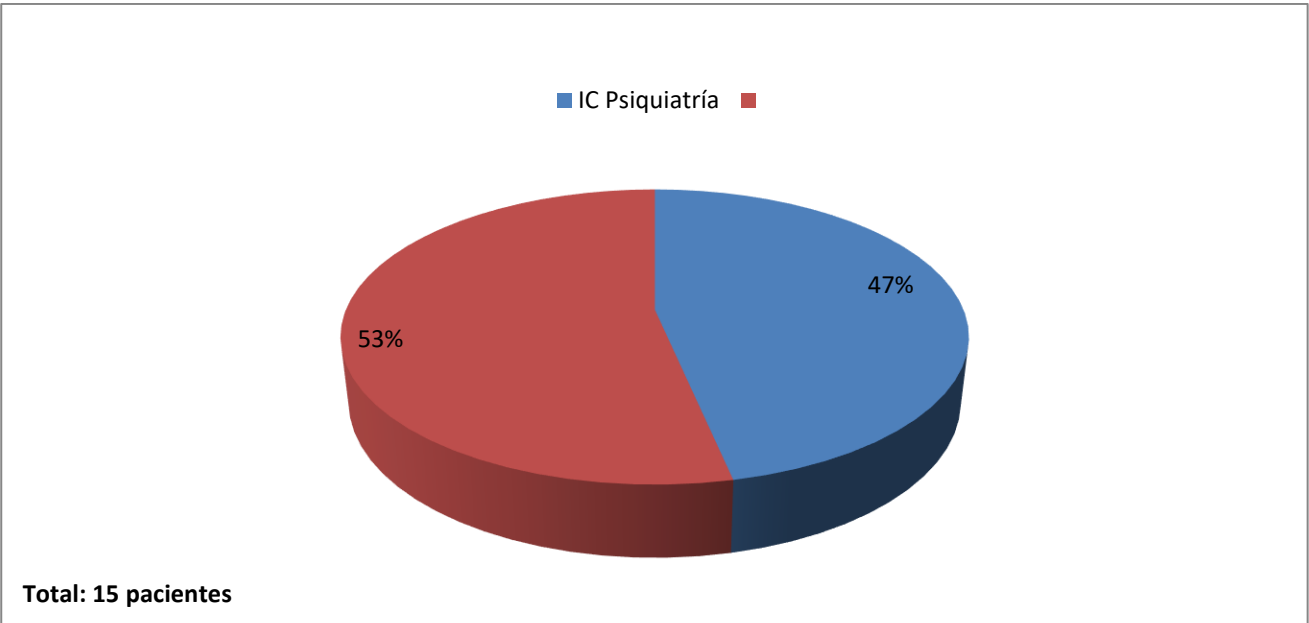


Con respecto a la evaluación del equipo de salud mental se obtuvieron los siguientes datos:

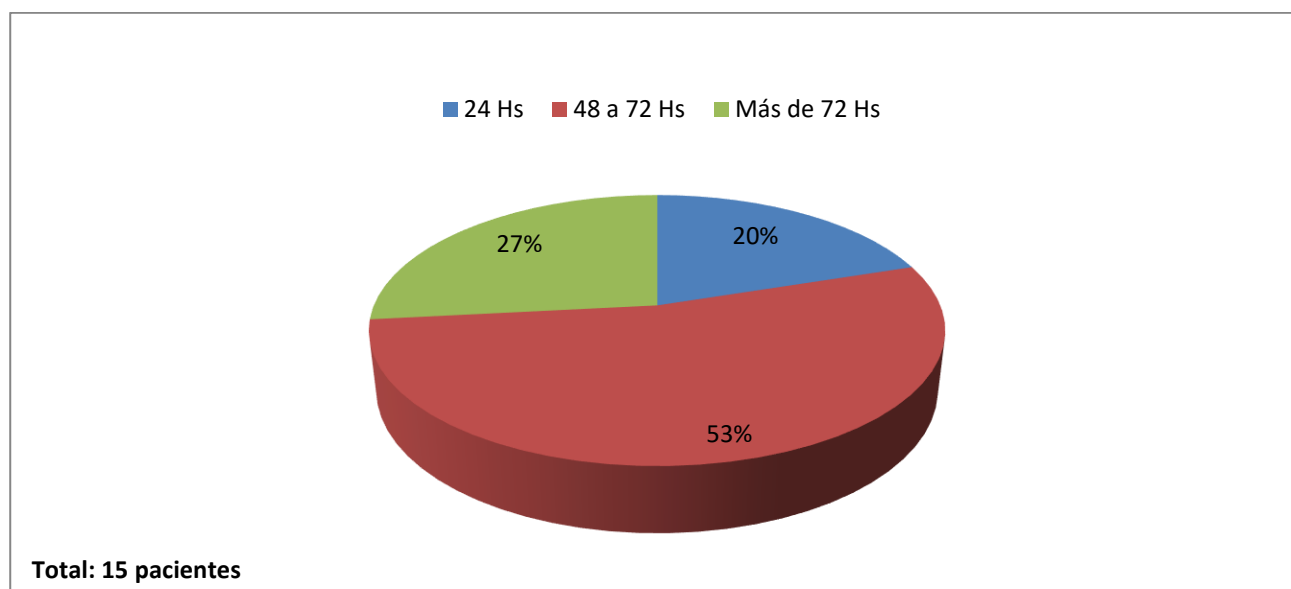
9 Pacientes fueron evaluados por psicólogos en las primeras 24 Hs de internación y los 6 pacientes restantes fueron evaluados posterior a ese tiempo.



7 pacientes requirieron evaluación por psiquiatría, de los cuales 6 fueron medicados.



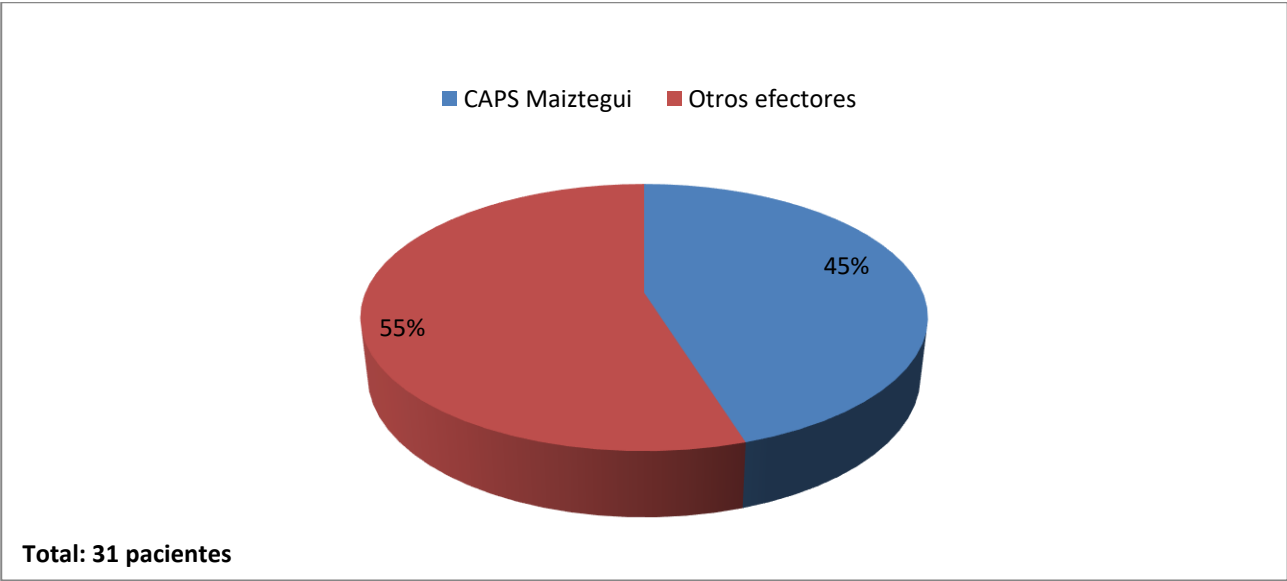
Al evaluar el tiempo de permanencia en internación se observó que 3 pacientes fueron dados de alta a las 24 Hs del ingreso, 8 pacientes estuvieron internados entre 48 y 72 Hs, y 4 pacientes estuvieron más de 72 Hs, siendo el período máximo 8 días para un paciente que requirió derivación a un centro de mayor complejidad en la localidad de Rosario. Uno de los pacientes se retiró por alta voluntaria con el consentimiento de los familiares.



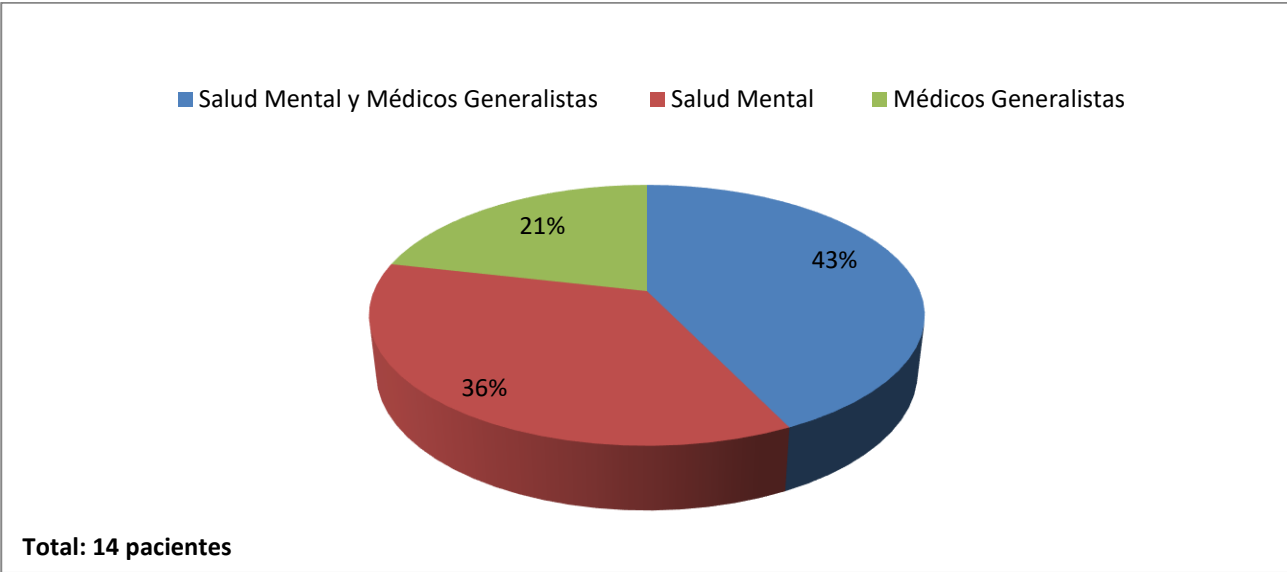
5 de los pacientes fueron dados de alta posterior a la primer evaluación por psicología entre las 24 y 48 Hs del ingreso, ya que en la evaluación inicial por el equipo de salud mental se determinó que no era necesaria la internación.

En el período de tiempo evaluado dos pacientes volvieron a repetir el episodio de ingesta medicamentosa que requirió nueva internación.

Evaluando los datos de los pacientes en SICAP se determinó que de los 31 pacientes con domicilio en Casilda, 14 estaban adscriptos al CAPS Maiztegui.



Al evaluar las Historias Clínicas de dichos pacientes se observó que sólo 6 eran atendidos en conjunto por médicos generalistas y equipo de salud mental (Psiquiatría y/o Psicología), 5 pacientes sólo tenían consultas con el equipo de salud mental, no estando registrado en las Historias Clínicas si realizaban controles de salud en otros efectores, y 3 pacientes sólo tenían registrado atenciones con Médicos Generalistas y Odontólogos, no estando tampoco consignado si realizaban seguimiento por Salud Mental en otros sitios. En sólo tres Historias Clínicas estaba registrado como antecedente la internación por intento de suicidio.



Conclusiones:

Como establece el texto “Epidemiología del intento de suicidio” (5), en el Hospital San Carlos de Casilda también se observa un sub registro de la atención en Guardia Externa de pacientes con intentos de suicidio, no pudiendo establecer si hubo un porcentaje de pacientes que fueron atendidos sin necesidad de internación; esto surge por la falta de codificación adecuada en los diagnósticos del CIE 10 usada por los médicos de guardia, lo cual dificulta la recolección de datos en SICAP. Debemos recordar que los sistemas de registro son necesarios para recoger los datos que, una vez procesados y analizados, conformen parte del sistema de información sanitaria. Este sistema de información es necesario para la planificación, la gestión, la atención clínica, la formación, la investigación y los requerimientos legales. Un sistema de información para que tenga utilidad debe proveer de la información adecuada, basada principalmente en la relevancia de la información obtenida y en su calidad, tanto en lo que se refiere a su validez como a su fiabilidad. (16)

De la evaluación de los datos sociodemográficos de los pacientes que requirieron internación por intentos de suicidio en el período de tiempo evaluado surgieron similares porcentajes que en las estadísticas Provinciales y Nacionales (6), siendo mayor el porcentaje de mujeres que hombres y predominando la franja etaria de 18 a 35 años.

Los métodos empleados por los pacientes para intentar suicidarse también fueron similares a los establecidos en los trabajos analizados (5) correspondiendo el mayor porcentaje a ingesta medicamentosa.

Con respecto al lugar de procedencia en nuestro trabajo la mayoría de los pacientes internados corresponden a la localidad de Casilda (72%) y el menor porcentaje a localidades vecinas.

En lo que se refiere al proceso de atención, todos los pacientes en el período de tiempo estudiado fueron internados con el objetivo de ser evaluados por el equipo de salud mental. Esto nos hace plantearnos la concepción de las patologías subjetivas como problemas de salud por parte de los médicos de guardia, para poder generar estrategias tanto para despertar el interés sobre dichas patologías e involucrarse en su atención, como para sentirse seguros a la hora de decidir o no la necesidad de internación. (7)

De las evaluaciones por salud mental el 60 % fueron realizadas dentro de las primeras 24 Hs desde su ingreso. Cinco pacientes fueron dados de alta posterior a la primera evaluación por psicología, considerando que no era necesario continuar la internación, lo que nos lleva a preguntarnos si esos pacientes habrían requerido necesariamente el ingreso a sala o podrían haber sido manejados

ambulatoriamente siendo referenciados a sus centros de salud de haber podido ser evaluados en guardia por el equipo de salud mental para evitar internaciones innecesarias.

Al evaluar las Historias Clínicas de los pacientes que requirieron internaciones más prolongadas se observó que las mismas se relacionaron con la necesidad de la utilización de medicación y seguimiento por psiquiatría, no habiéndose podido establecer que las mismas se prolonguen por falta de recursos para la contención de dichos pacientes.

Un dato interesante a destacar es respecto a las evoluciones de los médicos Clínicos y Generalistas que controlaban a los pacientes durante la internación. Se observó que los mismos en los registros de las Historias Clínicas sólo constataban datos biológicos (estado hemodinámico, síntomas clínicos) sin hacer referencia en casi ninguna ocasión del estado emocional de los pacientes o la causa que determinó la internación, dejando dichos datos a cargo del equipo de Salud Mental; lo que, a nuestro entender, contrasta con la atención integral que deberíamos proporcionar a los pacientes.

Lo mismo sucede al momento de otorgar el alta Hospitalaria, ya que la mayoría de los pacientes fue referenciado sólo al equipo de salud mental para su seguimiento. Esto se ve reflejado en que sólo 6 pacientes de los 14 adscriptos al CAPS Maiztegui tenían un seguimiento en conjunto entre el equipo de Salud Mental y los Médicos Generalistas, siendo 5 pacientes sólo evaluados por Salud Mental, lo que podemos considerar como oportunidades perdidas, ya que dichos pacientes concurrían con frecuencia al Centro de Salud y se podría haber aprovechado para realizar actividades preventivas. La falta de referencia también se detecta al notar que 4 pacientes continuaron sus controles en el CAPS con sus Médicos de Cabecera luego de la internación, sin que haya registro en las Historias Clínicas de dicho episodio, lo que imposibilita un correcto seguimiento y acompañamiento de los pacientes. Debemos recordar que la historia clínica es una parte de los sistemas de registros los servicios de salud y su misión principal es ordenar la información para facilitar y mejorar la atención al individuo y a la familia, contribuyendo también a aportar datos para la asistencia a la comunidad y a la investigación. Su utilidad está determinada por su capacidad para promover la reflexión sobre las intervenciones clínicas y permitir aprender de la práctica asistencial. Algunas actividades no siempre demandadas por los pacientes, como las preventivas, se realizan más, si existe un mecanismo que recuerde al profesional la necesidad de practicarlas. (16)

A lo largo de este trabajo se halló que hubo información esencial no registrada en las historias clínicas, de tal forma que se vuelve importante una profunda revisión de los sistemas de registros como herramienta estratégica y fundamental para el funcionamiento de los servicios de salud. Si bien la

ausencia del registro no da cuenta por sí solo de las intervenciones no realizadas, puesto que esto no siempre significa el que no hayan sido solicitadas o sugeridas desde el efector de salud, los hallazgos de este estudio incitan a reflexionar sobre el valor de contar con la formación del médico Generalista en la atención de pacientes con patologías de Salud Mental y con el adecuado registro de información sobre las prácticas sanitarias para un mejor conocimiento acerca de los cuidados efectivamente realizados sobre la salud de la población.

Perspectivas futuras

Al realizar este trabajo surgió la necesidad de concientizar al personal de salud sobre la importancia de la codificación correcta de las atenciones en guardia para evitar el sub registro de patologías y de esta manera poder utilizar los sistemas informáticos DIAGNOSE y SICAP a la hora de realizar algún trabajo de investigación o analizar por ejemplo los motivos de consulta prevalentes en nuestra población.

Con respecto a los médicos de Guardia Externa que reciben a los pacientes con intentos de suicidio consideramos de suma importancia detectar las necesidades de aprendizaje en Salud Mental de los mismos para poder realizar en base a ellas, capacitaciones adecuadas.

A su vez creemos necesario, con respecto al equipo médico de la sala de internación de adultos, recordar la importancia de realizar referencias oportunas al Centro de Salud donde el paciente se encuentre adscripto para notificar al personal de salud la patología que desencadenó la internación y poder realizar un acompañamiento adecuado desde la atención primaria.

Notamos también la necesidad de realizar reuniones periódicas entre el personal de Salud Mental y Médicos Generalistas del Centro de Salud J. Maiztegui para buscar estrategias que mejoren la atención integral de estos pacientes, ya que en las Historias Clínicas evaluadas se evidenció una falta de registro de las patologías de Salud Mental. De esta manera sería posible aprovechar las oportunidades que los pacientes concurren a control con Psicología y/o Psiquiatría para realizar tareas de promoción y prevención de la salud, ya que la Medicina General integra una disciplina en la que se debería incluir una categorización de las prácticas preventivas, formando parte de su especificidad para su responsabilidad con la salud poblacional y colectiva. Creemos que es primordial, tanto en la formación de posgrado como en los espacios de planificación de políticas de salud pública, incluir transformaciones en las prácticas que respondan a un cuidado integral de los pacientes.

Bibliografía

- 1) Sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental y adicciones. Perfil epidemiológico del suicidio en Argentina. Año 2011.
- 2) INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.
- 3) Ferrandini D. “Proyecto: Adscripción de ciudadanos al sistema de salud pública municipal a través de equipos de referencia”. Dirección General de Servicios de salud. Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario. 2004
- 4) Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013. 50 p.
- 5) Pellegrino J., Epidemiología de intentos de suicidio que ingresan a la guardia en el hospital subzonal Emilio Ruffa, de San Pedro, Buenos Aires, 2012-2014, Universidad Abierta Interamericana, 2015
- 6) Sola M., Sociodemografía en el suicidio en la población adolescente y joven en Argentina 1997/2007. Artículo original
- 7) Pérez Martínez V., Necesidades de aprendizaje del especialista en Medicina General, acerca de la conducta suicida. Rev. Cuba. Med. Gen. Integr; 27(4):455-466, oct.-dic. 2011.
- 8) Ley 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental, 2010
- 9) Besson M., El acompañamiento terapéutico como práctica situada. 2018
- 10) Ferrandini D., Algunos problemas complejos de salud. Noviembre 2011
- 11) Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida, Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Galicia, 2012.
- 12) Terenzi C., La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud. Una experiencia del sistema único de salud de Brasil. Salud colectiva. Volumen 12. Núm. 1. 2016. Universidad de Lanús. BsAs.
- 13) Rodriguez J., Minoletti A., Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria, OMS 2013.
- 14) Resolución 2319. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Año 2012
- 15) Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Sancionada: Octubre 21 de 2009. Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009
- 16) Zurro M., “Historia clínica, sistemas de registro e información”. Atención Primaria, Conceptos, Organización y Práctica Clínica. Cuarta Edición. Año 1999.