

Protocolo de Urgencias Hospitalarias ante conductas suicidas

ESPAÑA OSUNA, ANTONIO¹; FERNÁNDEZ PÉREZ, CATI²;

¹Médico Interno Residente de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Jaén;

²Enfermera. SAS. Centro de Salud de Pegalajar. Jaén. Experta en Enfermería HOSPITALARIA. Hospital Universitario Materno-Infantil.

“La vida y la muerte es el asunto más importante. A vosotros que buscáis la iluminación, encarecidamente os ruego: tomad conciencia del momento presente.” Buda

1. IMPORTANCIA DEL TEMA

El suicidio constituye la más grave urgencia a la que puede enfrentarse un médico¹ a la vez que es hoy día un auténtico problema de salud pública mundial². Cada año se suicidan en el mundo 800.000 personas y, al menos, diez veces más lo intentan³. Cada 40 segundos muere una persona por esa causa. En el año 2020 la mortalidad anual podría ascender al millón y medio.

En los países civilizados el suicidio constituye la décima causa de muerte y la séptima en años potenciales de vida perdidos. Además, en algunos grupos etarios (15 a 24 años) es la segunda causa de fallecimiento después de los accidentes de tráfico⁴. España tiene una tasa de 10⁷ por 100.000 originando prácticamente tantas muertes como los accidentes de tráfico, si bien la atención social prestada es mucho menor⁵. Siguiendo la tendencia de otros países del sur de Europa con tasas tradicionalmente bajas, se está produciendo un incremento de suicidio consumado en los últimos años probablemente relacionado con cambio en patrones culturales, económicos y políticos entre los que se encuentran el aumento de la expectativa de vida y del número de divorcios, así como la disminución de las prácticas religiosas⁶.

El factor diferido más importante para cometer suicidio es la existencia de intentos previos. De los que intentan autolesionarse, un 15-30% repetirán la conducta antes de un año, y entre el 1-2% se suicidarán entre los 5 – 10 años siguientes. Casi el 50% de los que se suicidan habían tenido contacto con el médico de cabecera en el mes anterior (un 25% incluso había hecho una consulta una semana antes). Por eso es muy importante la figura del médico de

atención primaria en la detección, evaluación y prevención^{7,8,9}.

En el hospital de Jaén se llevó a cabo hace nueve años un análisis retrospectivo de este tipo de urgencias donde se demostró su alta incidencia y se proporcionaron valiosos datos epidemiológicos¹⁰. El trabajo actual pretende ser una aportación en la sistematización coordinada de asistencia ante un problema de importante envergadura asistencial y compleja coordinación multidisciplinar.

2. DEFINICIONES

El suicidio es un acto complejo que no se ajusta completamente al modelo médico de enfermedad. En sí mismo, tampoco las conductas autolíticas tienen que conducir a la muerte ni afectar siempre a personas enfermas¹¹. La Organización Mundial de la Salud lo define como *“todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y del conocimiento verdadero del móvil”*². En realidad se trata de una conducta que abarca diversas gradaciones de comportamiento y de la que existen diferentes definiciones con pequeñas variaciones entre ellas: ideación, intencionalidad, gesto, suicidio frustrado, para suicidio y suicidio consumado¹²:

- Suicidio consumado. Acto de matarse de un modo consciente, considerando a la muerte como un medio o como un fin.
- Tentativa de suicidio. Acto voluntario realizado por la persona con el intento de producirse la muerte, pero sin llegar a conseguirlo.
- Para suicidio. Conducta autolesiva no mortal

realizada por el individuo y en la que no es esencial su intencionalidad u orientación hacia la muerte. Se suele producir ante situaciones conflictivas no resueltas y dentro de algún trastorno de la personalidad. Se incluirían aquí muchas conductas consideradas "manipulativas", cuyo objetivo es movilizar a las personas cercanas: familia, pareja, amigos, al objeto de cambiar alguna circunstancia interpersonal adversa.

- Ideación suicida: pensamiento, deseo o representación que precede al acto de quitarse la vida.

A todo lo anterior se debe añadir las dificultades que supone la elaboración de estadísticas de suicidio (complejidad del fenómeno de estudio, falta de personal para cumplimentación de boletines, nula voluntad política, ocultación por parte de las familias de tentativas suicidas que no requieren hospitalización, etc); así como los riesgos de generalización de un país a otro¹³.

3. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS.

El conocimiento de los factores epidemiológicos de las conductas suicidas ayuda a la valoración de las mismas aunque no sustituyen a la exploración clínica reglada^{14,15}.

3.1. Factores sociodemográficos

- 1) Sexo: las mujeres tienen tasas más altas de ideación e intentos mientras que los hombres realizan más suicidios consumados.
- 2) Edad: el riesgo aumenta con la edad siendo el más alto en los mayores de 65 años.
- 3) Estado civil: los intentos son más típicos de los solteros mientras que los suicidios consumados tienen una frecuencia mayor entre los viudos y divorciados.
- 4) Origen étnico: la raza blanca tienen un mayor riesgo. La inmigración y el subsiguiente desarraigo aumentan el riesgo.
- 5) Situación laboral: la pérdida de empleo más que el desempleo está asociada a mayor riesgo suicida.

3.2. Factores medioambientales.

- 1) Antecedentes familiares de suicidio: aumenta el riesgo. El 5% de los suicidas tiene

un familiar muerto por suicidio^{16,17}.

- 2) Estresores vitales: aumentan el riesgo los ocurridos en los tres últimos meses. Se incluyen acontecimientos interpersonales, laborales, financieros, etc¹⁸.
- 3) Conducta suicida previa: uno de los factores de riesgo mayores y más claros: entre el 10-14% de las personas con tentativas suicidas lo consuman.
- 4) Disponibilidad de medios.

3.3. Factores clínicos.

- 1) Padecimiento de enfermedad crónica discapacitante. El riesgo aumenta si conlleva dolor, pérdida de autonomía personal o modificación del estatus laboral.
- 2) Diagnóstico psiquiátrico.

El 90 % de las personas que se suicida padece un trastorno psiquiátrico siendo los más frecuentes :trastornos afectivos (sobre todo la depresión), alcoholismo y toxicomanías, trastornos de la personalidad y esquizofrenia¹⁹.

3.4. Factores protectores

- Autoestima, habilidades sociales y en resolución de problemas.
- Apoyo familiar.
- Buena integración social con redes de apoyo comunitario.
- Tener creencias religiosas.
- Limitación de acceso a medios de suicidio.

ATENCIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS (ver Tabla 3)

Algunos autores cifran sólo en el 2-5% los pacientes con síntomas psiquiátricos que requieren intervenciones urgentes. Sin embargo, el temor a no saber resolverlas adecuadamente genera una reticencia en su manejo que redundará en una mala gestión de las mismas y complica su asistencia: actitudes dogmáticas, de evitación o complacencia indebidas, eliminación de los mínimos exámenes médicos habituales, confusión con problemas de ámbito social, dificultades en la atención conjunta... El estableci-

miento de una pauta común de actuación optimiza el tiempo y la calidad del tratamiento, reduciendo a medio plazo el número de urgencias y eliminando riesgos potenciales para el paciente, sus allegados y el propio personal sanitario²⁰.

Los intentos de suicidio representan una urgencia psiquiátrica frecuente e incluso la más común para algunos autores²¹. De esos intentos, más de las tres cuartas partes corresponden a ingestas medicamentosas abusivas²².

Los algoritmos de atención a conductas suicidas son frecuentes en los manuales de urgencias aunque suelen centrarse en la actuación en el ámbito extrahospitalario^{23,24}. Recientemente, en nuestra comunidad autónoma han ido surgiendo iniciativas que tienden a la protocolización, como la realizada por el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla²⁵.

4.1. Pacientes con ideación/intencionalidad autolítica.

La entrada del paciente en urgencias comienza en Admisión donde se realiza la filiación y triaje correspondiente. Desde ese mismo momento el garantizar la seguridad del paciente debe de ser lo prioritario poniendo en coordina-

ción a celadores, seguridad, médico de urgencias y el apoyo familiar existente.

A continuación el paciente pasará al médico de puerta donde se realizará la Historia Clínica con Exploración y pruebas complementarias indicadas. Se deberá distinguir entre el paciente que acude con ideación o intencionalidad suicida y el que ya ha realizado un acto en ese sentido. Nunca se debe olvidar que la presencia de conductas autolesivas no excluye la presencia comórbida de patología somática que debe tenerse en cuenta.

La OMS proporciona una adecuada herramienta de valoración de fácil uso para esta valoración de la ideación suicida que ayuda a la adecuada derivación² (Tabla 1).

La valoración por Psiquiatría debe ser siempre precedida por la adecuada estabilización y alta médica, lo que incluye los periodos correspondientes a la cesión de sintomatología de, por ejemplo, intoxicación o abstinencia, que deben ser tratadas por el médico de urgencias. Es necesario actuar con una empatía acrítica ante la situación, permitiendo al paciente expresarse abiertamente sin mostrar sentimientos de culpabilidad²⁶.

Riesgo suicida.	Síntomas.	Evaluación.	Acción.
0	Sin distrés.	-	-
1	Alterado emocionalmente. Pensamientos suicidas.	Preguntar acerca de	Escuchar con empatía.
2	Ideas vagas de muerte. Pensamientos suicidas.		
3	Pensamientos vagos de suicidio (plan y método)	Evaluar el posible intento. Identificar apoyos.	Explorar posibilidades
4	Ideas de suicidio pero no trastorno psiquiátrico	Evaluar el posible intento (plan y método)	Explorar posibilidades Identificar apoyos
5	Ideas de suicidio, y trastorno psiquiátrico o estrés vital grave	Evaluar el posible intento (plan y método). Realizar contrato terapéutico	Enviar al psiquiatra
6	Ideas de suicidio, y trastorno psiquiátrico o estrés vital grave o agitación e intento previo.	Tutela permanente del paciente (para prevenir el acceso a medios suicidas).	Hospitalización

Tabla 1. Recomendaciones OMS en valoración de ideación suicida²

Distinguiremos en este apartado si el paciente tiene la ideación con antecedentes de enfermedad psiquiátrica o si ocurre en el contexto de consumo de tóxicos o de paciente en situación de crisis.

En el primer caso el paciente debe ser derivado al psiquiatra mientras que el segundo lo prioritario es la resolución del cuadro que motiva la ideación, para, en una reevaluación posterior, ver si persiste y necesita valoración psiquiátrica o, en caso contrario, el alta y derivación a su médico de cabecera, trabajador social, equipo de salud mental, o Centro Provincial de Drogodependencias, según las particularidades del paciente.

4.2. Pacientes que han realizado para suicidio/ intentos de suicidio

Si el paciente ya ha realizado un paso al acto es conveniente la valoración por parte del médico de puerta con instrumentos de fácil aplicación como la escala SAD PERSONS de Paterson²⁷ (Tabla 2). Posteriormente derivará a Traumatología si el intento es por ahorcamiento, precipitación, autolesiones o venoclisis, sobre todo si se sospecha, tras historia y exploración, la posible existencia de compromiso osteotendinoso o vasculo nervioso. En el caso, más frecuente, de ingesta medicamen-

tosa, inhalaciones o ingestión de cáusticos, el paciente pasará al Área de Observación de urgencias donde se tratará y estabilizará desde el punto de vista médico-quirúrgico.

Todo paciente que ha realizado una ingesta medicamentosa voluntaria debe de permanecer en evolución un determinado tiempo que va a estar en función de diversos factores, sobre todo el tipo de fármaco ingerido, dosis, vida media del mismo, patología asociada del paciente, tiempo de evolución antes de acudir a urgencias, etc. Hay que explicar al paciente que debe permanecer este tiempo en el área de urgencias por este motivo, aunque se considere que el riesgo somático es mínimo. Este tiempo es también necesario para que el paciente realice una adecuada elaboración de lo sucedido. Aunque es variable según el caso individual, debería estar entre 12 y, más adecuadamente, las 24 horas.

El paciente puede negarse a la realización de determinados procedimientos y solicitar el alta voluntaria antes de finalizar el proceso terapéutico. En el primer caso, es el médico de urgencias el que determina si puede o no obviar dicho procedimiento si lo cree oportuno. En el segundo caso, la actuación dependerá del riesgo somático existente. Si se considera que a

<ul style="list-style-type: none"> • S: Sexo masculino. • A: Edad (age) < 20 ó > 45 años. • D: Depresión. • P: Tentativa suicida previa. • E: Abuso alcohol (etanol). • R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos). • S: Carencia de soporte social. • O: Plan organizado de suicidio. • N: No pareja o cónyuge. • S: Enfermedad somática. <p>Puntuación: Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente.</p> <p>0-2: alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.</p> <p>3-4: seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.</p> <p>5-6: recomendado ingreso sobre todo si ausencia de soporte social.</p> <p>7-10: ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.</p>

Tabla 2. Evaluación del riesgo suicida con "SAD PERSONS" de Paterson²⁷

este nivel no existe riesgo se firmará el alta médica y solicitará interconsulta a Psiquiatría para que valore si es procedente que firme el alta voluntaria o por el contrario debe de seguir ingresado, con carácter involuntario si fuera necesario.

Si tras valoración psiquiátrica, se decide el alta, se adjuntará el informe de alta médica al de alta psiquiátrica. Encaso de decidirse su ingreso psiquiátrico, el informe de alta emitido por el médico de consultas se adjuntará a la historia clínica. Si el paciente va a quedar ingresado en otro servicio como Cirugía, Medicina Interna o UCI se avisará previamente al Psiquiatra para valoración, si el estado del paciente lo permite, o demorándose para después, lo que no debe ser óbice para seguir manteniendo los adecuados niveles de seguridad y custodia.

La decisión de hospitalizar a un paciente suicida se toma en función de la intensidad de la intencionalidad, capacidad de autocontroles del enfermo y calidad de controles externos (soporte de familiares)¹⁷.

CONCLUSIONES

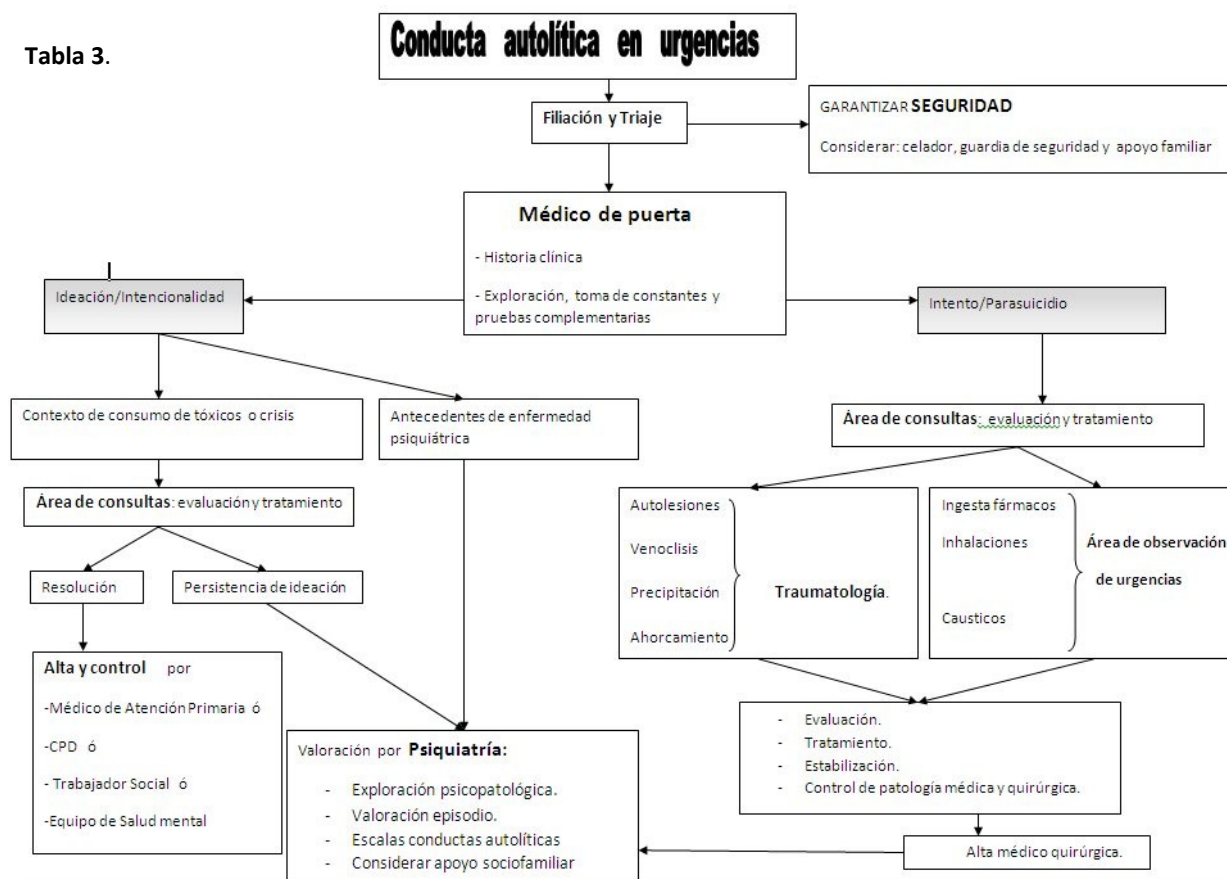
1. Las conductas suicidas son un fenómeno complejo en el que están implicados factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Su alta incidencia hacen de ellas un auténtico problema de salud pública mundial.

2. El médico de atención primaria ocupa un lugar privilegiado en la detección, diagnóstico y tratamiento por la proximidad al paciente, accesibilidad, capacitación y posibilidad de continuidad asistencial.

3. El tratamiento hospitalario de los comportamientos suicidas debe seguir un protocolo y priorizar la seguridad del paciente y su estabilización médico-quirúrgica para, sólo después, realizar una completa evaluación psiquiátrica del mismo. La coordinación entre los distintos servicios es fundamental.

4. La verdadera prevención del suicidio debe hacerse mejorando el diagnóstico y tratamiento de los pacientes psiquiátricos, especialmente ante cualquier forma de depresión. El precoz diagnóstico y tratamiento de estas pa-

Tabla 3.



tologías , así como la adopción de las medidas oportunas para evitar el paso de la ideación al acto suicida son, junto a la limitación de acceso a medios, las medidas más eficaces de prevención.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Miguel Ruiz Veguilla del Complejo Hospitalario de Jaén, por la lectura, corrección

y valiosas aportaciones en la redacción del presente artículo, así como el ánimo continuado en la compatibilización de asistencia, docencia e investigación.

Al Dr. Lucas Giner del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Sevilla, por su continuo apoyo y estímulo en el estudio científico multidisciplinar del suicidio.

BIBLIOGRAFIA

1. Saddock, J , Saddock, Virginia A. : *Kaplan & Saddock Sinopsis de Psiquiatría*. Lippincott, 2009.
2. WHO. *Preventing suicide. A resource for general physicians* . Geneve: 2000.
3. WHO. *The World Health Report* . Geneva: World Health Organisation, 1997.
4. Ocio Leon S, Hernández González MJ. *Manual de urgencia psiquiátrica en atención primaria*. Editorial TCC. Madrid, 2007.
5. INE: Estadísticas de suicidio en España en 2006.
6. Diekstra RFW : The epidemiology of suicide and parasuicide. *Act Psychiar Scand* 1993; Suppl 371: 9-20.
7. Van Casteren V, Van der Veken J, Tafforeau J, Van Oyen: Suicide and attempted suicide reported by general practitioner in Belgium, 1990-1991. *Acta Psyqr Scand* , 1993; 87: 451-455.
8. Bobes J, González JC, Sáiz P.A. : *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Psiquiatría Médica. Barcelona: Masson, 1997.
9. Hawton K : A national target for reducing suicide. Important for mental health strategy as well as for suicide prevention. *BMJ.*, 1998; 317: 156-157)
10. Viso Rodríguez JL: Autolisis o intento de suicidio. Estudio descriptivo de su presentación en el servicio de urgencias. *Inquietudes*, nº19. Abril 2000.
11. Querejeta I, Ballesteros J, Arrillaga M: Valoración del paciente suicida. Riesgos y prevención. *FMC* 2002; 9(3): 168-75.
12. Ceverino, A : Tesis doctoral. Universidad de Alcalá de Henares, 2002.
13. Aranda J: Problemas que presenta la elaboración de la estadística de suicidio. *Rev Psiq Psicol. Med Eur Am Latina* 1984; 16: 517-520 .
14. Lastra Martínez I, Rodríguez Pulido F, González de Chavez González F, Vázquez- Barquero JL: Prevención de conductas suicidas. En Vázquez-Barquero JL (ed.): *Psiquiatría en Atención Primaria*, 2ª edición. Madrid, Aula Médica Ediciones , 2007.
15. FEAFES : Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención. Madrid, 2006.
16. Lorán Meler ME, Cardoner Álvarez N: Protocolo de actuación clínica ante el intento de suicidio. *Medicine* 81(105): 63-65. Ediciones Doyma. Barcelona, 2003. Disponible en trainmed.com
17. García Campayo J, Rami MC, Cerdán Lanero C: Valoración de un paciente con ideación suicida. *FMC*. 2006; 13 (8):463-8).
18. Ruiz Pérez I, Orly de Labry-Lima A: El suicidio en la España de hoy. *Gac Sanit.* 2006; 20 (Supl 1): 25-31.
19. Bertolote JM, Fleischmann A. : Suicide and psychiatric diagnosis : A worldwide perspective. *World Psychiatry* 2002; 1: 181-185.
20. Del Pino Montesino, JI: Actuación con el paciente en situaciones conflictivas de urgencia sanitaria. *Curso de Formación sobre Urgencias Psiquiátricas*. Área Hospitalaria Virgen de Macarena. Sevilla, 2006.
21. Yufit RJ , Bongar B. Structured clinical assessment of suicide risk in emergency room and hospital settings. En Bongar B, editors. *Suicide. Guidelines for assessment, management and treatment*. New York : Oxford University Press, 1992; p. 144-59
22. Jiménez Morón D: Cantidad y tipo de fármacos en los intentos de suicidio por intoxicación medicamentosa. *Psiquiatría Biológica* 2004; 11(6):211-8).
23. Contreras F: Conducta suicida. En Vallejo Ruiloba, editor: *Árboles de decisión en Psiquiatría*. J&C Ediciones Médicas. Barcelona, 2006-
24. Zamorano Bayarri E: Algoritmos prácticos de decisión en salud mental en Atención Primaria. Editado por SMERGEN en la Editorial IM & C. Madrid, 2004.
25. Montero Romero E: *Impulsividad y acto: suicidio y violencia*. La atención urgente. Ponencia del IX Congreso de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. Sevilla, Octubre 2008 .
26. Zimmermann-Serret A, Carballo-Álvarez M, Alcaraz-Bravo J: Tentativa de suicidio. Valoración de un caso clínico en un servicio de urgencias. *Enferm Clin.* 2007; 17(5):272-7).
27. Paterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson G. . Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*. 1983; 24(4): 343-349.)