

Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el Servicio de Urgencia

Dr. Víctor Adorno Quevedo*, Prof. Dr. Carlos Adorno**

* Especialista en Psiquiatría Clínica, Profesor Asistente. Cátedra de Farmacología, Facultad de Ciencias Médicas, U.N.A. Director Médico, Hospital Psiquiátrico, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Asunción-Paraguay.

** Máster en Psiquiatría. Universidad de Medunsa. Sudáfrica. Máster en Medicina Legal y Ciencias Forenses. Profesor Adjunto. Cátedra de Medicina Legal. Profesor Asistente. Cátedra y Servicio de Psiquiatría. Encargado Cátedra de Medicina Legal y Deontología. Facultad de ciencias Médicas. U.N.A. Asunción-Paraguay.



Resumen: Ante la conducta suicida, los servicios de urgencias tienen la responsabilidad de realizar la valoración inicial de todos los casos que necesitan atención sanitaria y priorizarlos según su gravedad.

Los pacientes con un intento de suicidio deben ser valorados por un psiquiatra antes de ser dados de alta del servicio de urgencias.

Los profesionales no especializados en salud mental deberían recibir una adecuada formación en la evaluación de pacientes que acuden por una conducta suicida. Se ha demostrado que la formación, tanto en la evaluación como en el manejo de pacientes con conducta suicida, mejora las actitudes e incrementa las habilidades y la seguridad en el manejo de estos pacientes, correlacionándose la calidad de la evaluación con la de los cuidados proporcionados.

Abstract: Facing suicidal behavior, the emergency services have the responsibility for the initial assessment of all cases that need health care and prioritize according to their severity.

Patients with a suicide attempt must be assessed by a psychiatrist before being discharged from hospital emergency service.

The professionals were not specialized in mental health and should receive adequate training in the evaluation of patients who come for a suicidal behavior. It has been demonstrated that the training, both in the assessment as in the management of patients with suicidal behavior, improving attitudes and increases the skills and security in the management of these patients, correlating the quality of the assessment with the care provided.

Palabras clave: conducta suicida, manejo del suicida, urgencias psiquiátricas.

Key words: suicidal behavior, suicidal management, psychiatric emergency.

Introducción

El suicidio y sus intentos configuran uno de los problemas más graves de salud actuales. Según la Organización Mundial de la Salud, 2012 (OMS), el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte, lo que supone que al año mueren en el mundo alrededor de un millón de personas por

suicidio, lo que corresponde al 1,8% del total de fallecimientos^(1,2).

El suicidio se puede producir a cualquier edad, en 2012 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.

Las tasas de suicidio, aunque varían considerablemente entre países, han aumentado aproximadamente en un 60% en los últimos 50 años y se ha estimado que cada año se suicidan 14,5 personas de cada 100.000⁽²⁾. El problema es de gran magnitud si se tiene en cuenta

que por cada suicidio consumado existen al menos 20 intentos. En Paraguay, en 2015, el número de suicidios ascendió a 409^(3,4).

Conceptualización

En 1986, la OMS definió el suicidio como: **“un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”**.

El parasuicidio se define como: **“un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”**⁽⁵⁾.

En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la **ideación** (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado).

La conceptualización de la conducta suicida es compleja y algunos de los términos utilizados resultan poco operativos, tanto para la investigación como para la práctica clínica, por lo que ha sido necesaria la elaboración de definiciones más precisas que intentan concretar diferentes aspectos^(6,7).

Los criterios de clasificación de la conducta suicida de Diekstra⁽⁸⁾ diferencian entre **suicidio**, **intento de suicidio** y **parasuicidio**, en función de si el resultado de la conducta es mortal o no y de la gravedad de dicha conducta.

Epidemiología del suicidio

En la actualidad, el suicidio se sitúa entre las 15 primeras causas de muerte en el mundo. En algunos países es la segunda causa en el grupo de edad de 10 a 24 años y la tercera en los de 15 a 44 años. Su tendencia es ascendente, estimándose que en el año 2020 la cifra de suicidios consumados será de 1,53 millones⁽¹¹⁾. Sin embargo, los diferentes procedimientos de registro, así como los valores sociales y las prácticas culturales de cada país probablemente tienen efecto en el registro de defunciones y pueden conducir a errores de cuantificación del suicidio^(1,12).

En los estudios de autopsia psicológica, la presencia de trastornos mentales se objetiva en alrededor del 90% de las personas que consuman el suicidio^(1,13-15),

Definiciones^(9,10)

Ideación suicida

Pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).

Comunicación suicida

Acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida:

- **Amenaza suicida:** acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
- **Plan suicida:** es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

Conducta suicida

Conducta potencialmente lesiva y autoinflingida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que la persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.

- La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
- La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

Autolesión/gesto suicida

Conducta potencialmente lesiva autoinflingida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinflingida no intencionada).

Intento de suicidio

Conducta potencialmente lesiva autoinflingida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

Suicidio

Muerte autoinflingida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.

siendo los trastornos más frecuentemente asociados:

- la depresión,
- el abuso de sustancias,
- los trastornos psicóticos,
- los trastornos de la personalidad y
- los trastornos de ansiedad, entre otros ^(1,16).

Factores sociodemográficos

Región o país

Las tasas más altas de suicidio a nivel mundial se encuentran en Lituania y Rusia (51,6 y 43,1 por 100.000 habitantes), y las más bajas en Azerbaiyán, Kuwait y Filipinas (1,1, 2,0 y 2,1 por 100.000 habitantes).

En Europa, el suicidio es la décima causa de muerte siendo los países de Europa Oriental los que presentan mayores tasas ⁽¹²⁾. También se observan altas tasas en los países nórdicos ⁽¹⁾.

Género

La proporción de suicidios **hombre/mujer** es de 4:1 en países occidentales ⁽²⁾ y entre 3:1 y 7,5:1 en el resto del mundo ⁽¹⁴⁾. Dos excepciones serían India y China, en donde no hay claras diferencias respecto al género (1,3:1 en la India y 0,9:1 en China) ⁽¹⁴⁾.

Aunque las tasas son menores en las mujeres que en los hombres, existe un mismo patrón dentro de cada país, de manera que aquellos con altas tasas de suicidio masculino, presentan también altas tasas de suicidio femenino ⁽¹²⁾.

Edad

Aunque proporcionalmente las tasas de suicidio son más altas entre las personas de edad, dada la distribución demográfica, el número absoluto de casos registrados es mayor entre los *menores de 45 años*, fenómeno que parece existir en todos los continentes y que no está relacionado con los niveles de industrialización o riqueza ⁽¹¹⁾. Sin embargo, tanto el suicidio consumado como el intento de suicidio son raros antes de la pubertad ⁽¹⁷⁾. En Europa, el suicidio en jóvenes ha ido aumentando entre 1980 y 2000, multiplicándose por cuatro su tasa ⁽¹²⁾.

Raza

Parecen existir patrones de suicidio según la raza, con menores tasas entre los hispanos y afroamericanos que entre los europeos, especialmente los caucásicos que doblan las tasas observadas en otras razas. Sin embargo, en la actualidad se observa un aumento en las tasas de suicidio de los afroamericanos de EE.UU. ^(1,2).

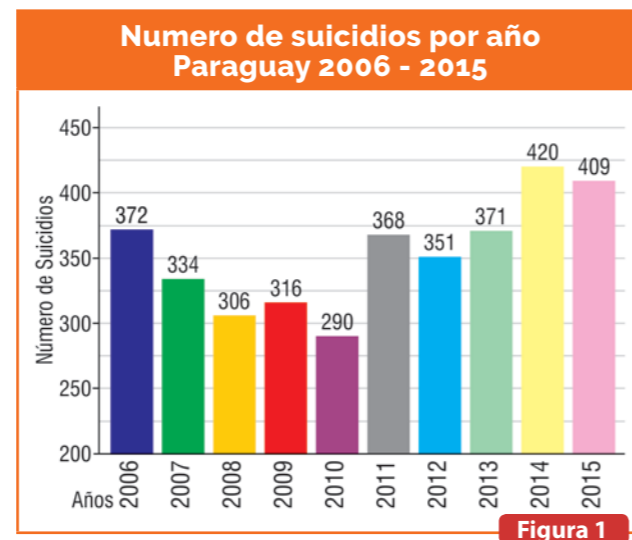
Religión

Podría actuar como *factor protector*, ya que las tasas más elevadas de suicidio se encuentran entre los **ateos**, siendo menores en los practicantes de distintas religiones: budistas, cristianos, hinduistas y musulmanes ⁽¹⁸⁾.

El suicidio en Paraguay

Según datos del Observatorio Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana de la Policía Nacional, en Paraguay el número de suicidios (Ver Figura 1) tiende a aumentar, así también como las tasas por 100.000 habitantes (Tabla 1).

Aunque las tasas de suicidio del Paraguay se sitúan entre las más bajas a nivel mundial, hasta el año 2010 parecía existir en nuestro país una evolución descendente. Sin embargo, a partir de 2011 la tendencia es

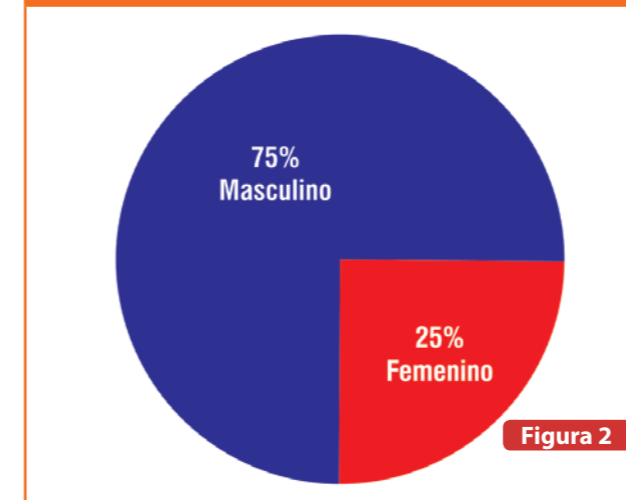


Tasa de suicidios p/año c/100.000 hab. Paraguay 2006-2015

Año	Tasa Suicidio c/100.00 habitantes
2006	5,87
2007	5,27
2008	4,83
2009	4,98
2010	4,57
2011	5,33
2012	5,26
2013	5,56
2014	6,29
2015	6,12

Tabla 1

Porcentaje de suicidios por sexo. Paraguay. Total Acumulado 2006 - 2015



ascendente y llegó a su pico máximo en el año 2014 (Ver Tabla 1).

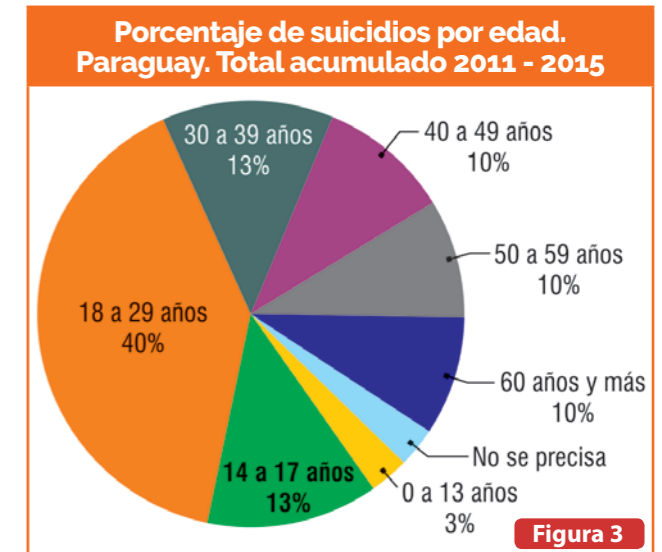
La proporción de suicidios hombre/mujer es de 3:1. Teniendo en cuenta el porcentaje acumulado de suicidios por sexo, el 75,31% de los suicidios son llevados a cabo por los **hombres** y el 24,68% por las mujeres (Ver Figura 2 y Tabla 2).

Cada año aproximadamente 400 personas cometen suicidio ⁽⁴⁾. En cuanto a la edad de suicidio, el 40% de los casos se observan entre las edades de 18 a 29 años, y más del 50% de los suicidios se realizan entre las edades de 14 a 29 años (Ver Figura 3 y Tabla 3). En cuanto al método suicida más utilizado, el 70% se deben a **ahorcamiento** seguido por arma de fuego en un 20% (Ver Figura 4 y Tabla 4) ⁽⁴⁾.

Número de suicidios por sexo Paraguay 2006-2015

Año	Masculino	Femenino
2006	282	90
2007	250	84
2008	230	76
2009	246	70
2010	212	78
2011	288	80
2012	242	109
2013	278	93
2014	310	110
2015	326	83
Total 10 años	2664	873
Total General	3537	

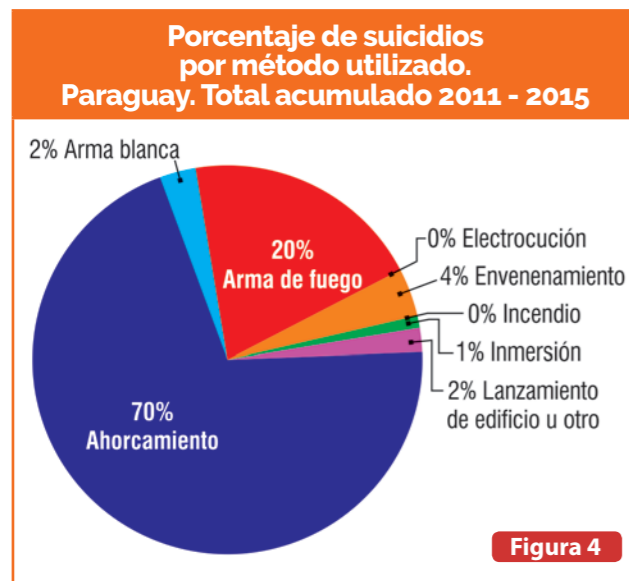
Tabla 2



Número de suicidios por edad - 2011-2015

Tabla 3	Total Acumulado 2011 - 2015	2011	2012	2013	2014	2015
0 a 13 años	63	12	13	19	12	7
14 a 17 años	247	42	49	55	45	56
18 a 29 años	767	161	130	142	179	155
30 a 39 años	258	47	47	48	58	58
40 a 49 años	191	42	38	31	39	41
50 a 59 años	164	23	27	26	43	45
60 años y más	169	29	34	42	30	34
No se precisa	60	12	13	8	14	13
Total	1919	368	351	371	420	409

Número de suicidios por método - 2011-2015						
Tabla 4	Total acumulado 2011 - 2015	2011	2012	2013	2014	2015
Ahorcamiento	1348	250	228	274	297	299
Arma blanca	35	5	9	2	12	7
Arma de fuego	392	77	80	70	85	80
Electrocución	4	0	1	2	0	1
Envenenamiento	74	21	21	17	8	7
Incendio	3	0	0	0	2	1
Inmersión	17	6	3	1	3	4
Lanzamiento de edificio u otro	46	9	9	5	13	10
Total	1919	368	351	371	420	409



Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el Servicio de Urgencia

Los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, tienen una gran relevancia en relación al suicidio debido a que en muchas ocasiones son los primeros lugares en los que el paciente con ideación o conducta suicida toma contacto con el sistema sanitario^(19,20), suponiendo además, un volumen de trabajo nada despreciable.

El triage de pacientes con conducta suicida

La forma de presentación en un Servicio de Urgencia de los pacientes con conducta suicida es muy

heterogénea, abarcando desde los que presentan una situación de compromiso vital, hasta los que debido a su trastorno mental pueden intentar huir del centro o incluso mostrarse hostiles contra el personal médico.

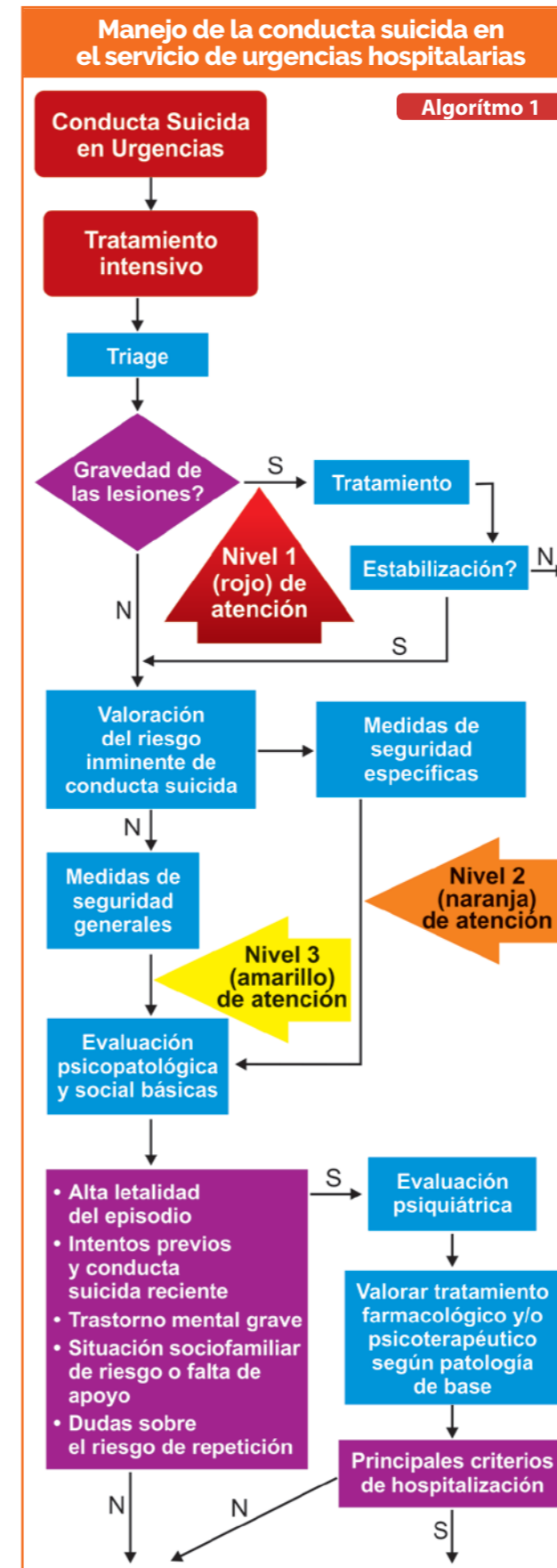
Las dos primeras medidas que deben adoptarse ante un paciente con conducta suicida son una evaluación inmediata de su situación clínica y la instauración de un tratamiento eficaz que minimice el riesgo de muerte o discapacidad (Ver Algoritmo 1). En líneas generales, la asistencia inmediata y de calidad está garantizada en los pacientes más graves, pero a medida que disminuye el grado de urgencia, la inmediatez y la calidad se hace más dependiente de una adecuada relación entre la oferta y la demanda.

Todos los pacientes que acudan a un Servicio de Urgencia hospitalarias debido a una conducta suicida deberían ser catalogados de forma que se asegure su atención al menos dentro de la primera hora desde su llegada. Utilizando el "Sistema de Triage de Manchester" (Ver Tabla 5).

Tomando como referencia el artículo de Dieppe et al.⁽²²⁾, se han asignado unos códigos de colores de

Sistema de Triage Manchester			
Nivel	Nombre	Color	Tiempo de atención
1	Emergencia	Rojo	0 min
2	Muy urgente	Naranja	10 min
3	Urgente	Amarillo	60 min

Tabla 5 Fuente: Sistema Triage de Manchester⁽²¹⁾



Preguntas a formular en el triage ante una conducta suicida		
Triage de pacientes con conducta suicida		
Preguntas a formular	Si	No
¿Acude usted porque ha tratado de lesionarse a sí mismo?	
¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?		
¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado?		
¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?		

Es suficiente que una respuesta sea de color naranja para que el paciente sea clasificado en este color

Tabla 6 Fuente: Dieppe et al. (22)

manera que, dependiendo de las respuestas, los pacientes serían clasificados con los códigos amarillo o naranja (Ver Tabla 6).

Lugar de realización de la evaluación y medidas de seguridad

La evaluación deberá realizarse en un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto. De ser posible debería existir un espacio específico para estas situaciones y disponer de un adecuado sistema de seguridad: la puerta debe abrir en ambos sentidos y no debe poder cerrarse desde el interior.

A los pacientes se les debe pedir que entreguen todo objeto potencialmente dañino, como objetos punzantes, cinturones, hojas de afeitar o cordones. No debe haber medicamentos al alcance del paciente. Si la persona tiene un arma peligrosa y no está dispuesta a entregarla, debe avisarse al servicio de seguridad y/o la policía. Debería existir un protocolo específico de cómo registrar y retirar objetos potencialmente dañinos a estos pacientes⁽²³⁾.

Evaluación del paciente con conducta suicida

Una adecuada atención a los pacientes con conducta suicida sólo puede conseguirse mediante la coordinación de todos los profesionales que intervienen en su atención. Con frecuencia, los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencia son valorados en un periodo corto de tiempo por diferentes profesionales, en un entorno de prisa y en ocasiones algo caótico y en lugares poco apropiados y sin intimidad,

lo que no contribuye a una evaluación sensible de los problemas de salud mental de un determinado paciente ⁽²⁴⁾.

En relación 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*) ⁽²⁵⁾.

En la Tabla 7 pueden verse los aspectos más importantes que deberían recogerse en la evaluación de un paciente con conducta suicida.

Entrevista clínica

La entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio. Además de tener un

Aspectos a recoger por parte del médico de urgencias hospitalarias en la evaluación de un paciente con conducta suicida

Datos personales	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Edad: _____ Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/en pareja <input type="checkbox"/> Separado/divorciado <input type="checkbox"/> Viudo Ocupación: <input type="checkbox"/> Trabaja/estudia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otros _____
Factores de riesgo	Antecedentes de trastornos mentales: <input type="checkbox"/> Depresión mayor <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Trastornos psicóticos <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Tr. cond. alimentaria <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas <input type="checkbox"/> Tr. de personalidad, impulsividad y agresión Intentos previos suicidio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presencia reciente de ideación suicida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Enfermedad física, dolor, discapacidad o cronicidad: <input type="checkbox"/> Historia familiar previa de suicidio: <input type="checkbox"/> Presencia de eventos vitales estresantes: <input type="checkbox"/> Factores sociales y ambientales: <input type="checkbox"/> Falta de apoyo social/familiar <input type="checkbox"/> Historia de maltrato físico o abuso sexual <input type="checkbox"/> Historia de acoso
Características del intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Intoxicación medicamentosa, especificar _____ <input type="checkbox"/> Intoxicación por otro producto químico, especificar _____ <input type="checkbox"/> Daño físico (cortes, etc...) Otros métodos, especificar _____ Planificación de la conducta suicida: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Letalidad de la conducta suicida: <input type="checkbox"/> Alta Intermedia <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Muy baja Actitud ante la conducta suicida actual: <input type="checkbox"/> Alivio/arrepentimiento Lamento de resultado no fatal
Evaluación clínica	Existencia de alteración del nivel de conciencia: Afectación de capacidad de decisión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presencia de enfermedades mentales: <input type="checkbox"/> Sí, especificar _____ <input type="checkbox"/> No Estado de ánimo, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Eutimia <input type="checkbox"/> Euforia <input type="checkbox"/> Ánimo inadecuado <input type="checkbox"/> Otros, especificar _____ Presencia de planes futuros de suicidio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Apoyo social o familiar actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Conclusiones	Riesgo de suicidio inmediato: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Capacidad de decisión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Necesidad de evaluación psiquiátrica durante el episodio: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inmediata <input type="checkbox"/> En 24 horas <input type="checkbox"/> En una semana <input type="checkbox"/> Otro periodo, especificar: _____

Tabla 7

Fuente: Grupo de trabajo sobre GPC (25)

importante papel en su evaluación, supone el inicio de la interacción entre el paciente y el profesional, por lo que puede jugar un papel relevante en la reducción del riesgo suicida ⁽²⁶⁾.

Durante la entrevista, además de realizarse una evaluación psicopatológica, deben recogerse variables sociodemográficas y aquellos factores de riesgo y de protección que permitan un abordaje integral del riesgo de suicidio ⁽²⁶⁾. La aproximación más adecuada sería utilizar ambas perspectivas en la medida de lo posible, teniendo en cuenta que la mejor opción viene determinada por diferentes factores, como el escenario, las circunstancias, el tiempo disponible, las condiciones y la disponibilidad de la persona entrevistada, además del estilo, experiencia y preparación propios ⁽²⁷⁾.

La evaluación de las causas desencadenantes de la conducta suicida y del riesgo de repetición debe incluir ⁽²⁸⁾:

- **Causas de conducta suicida:** factores psicológicos y contextuales:
 - Situación social.
 - Relaciones interpersonales.
 - Acontecimientos vitales recientes o problemas actuales.
 - Historia de trastorno mental, intentos de suicidio previos, abuso de alcohol y otras drogas.
 - Características psicológicas relacionadas con la conducta suicida y su motivación.
- **Riesgo de conducta suicida:**
 - *Características del intento:* intencionalidad, elaboración del plan, letalidad. método elegido.
 - *Características personales:* edad, sexo, presencia de trastorno mental, conducta suicida previa, desesperanza, etc.
 - *Características conceptuales:* aislamiento social, clase social, enfermedad física.

El programa SUPRE de la OMS publicó algunas recomendaciones para los profesionales sobre la forma de preguntar acerca de los diferentes aspectos de la ideación y la conducta suicidas, recomendaciones de cómo, cuándo y qué preguntar sobre conducta suicida ^(28,29):

- **Cómo preguntar:**
 - ¿Se siente infeliz?
 - ¿Se siente desesperado?
 - ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?
 - ¿Siente la vida como una carga?
 - ¿Siente que la vida no merece vivirse?
 - ¿Siente deseos de suicidarse?

- **Cuándo preguntar:**
 - Tras el establecimiento de una comunicación empática.
 - Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos.
- **Qué preguntar:**
 - ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida?
 - ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría?
 - ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar?
 - ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?

Escalas de evaluación

Existe dificultad para predecir el riesgo de repetición de nuevos episodios de conducta suicida debido a la baja especificidad de los factores de riesgo asociados a ella. Por ello, serían necesarias herramientas que ayudasen a la identificación del riesgo de suicidio y de esta manera, a la evaluación clínica global realizada por el facultativo ⁽³¹⁾.

Item sobre conducta suicida del BDI

No tengo pensamientos de hacerme daño	0
Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo	1
Me gustaría quitarme la vida	2
Me mataría si pudiera	3

Tabla 8 Fuente: Inventario de Depresión de Beck (BDI)⁽³³⁾.

Escala SAD PERSONS

Sex	Género masculino
Age	< 20 o > 45 años
Depression	Presencia de depresión
Previous Attempt	Intento de suicidio previo
Ethanol abuse	Abuso de alcohol
Rational thinking loss	Ausencia de pensamiento racional
Social support lacking	Apoyo social inadecuado
No spouse	No pareja
Sickness	Problemas de salud

0-2: bajo riesgo.
3-4: riesgo moderado, seguimiento ambulatorio o valorar ingreso.
5-6: riesgo alto, se recomienda ingreso, especialmente si presenta ausencia de apoyo social.
7-10: precisa ingreso.

Tabla 9 Fuente: Patterson et al., 1983 (34)

Criterios de ingreso hospitalario de la American Psychiatric Association

Variables asociadas con mayor probabilidad de ingreso hospitalario

Necesidad de ingreso

Después de un intento de suicidio o de un intento de suicidio abortado, si:

- Paciente psicótico.
- Intento de suicidio violento, casi letal o premeditado.
- Se tomaron precauciones para evitar el descubrimiento o el rescate.
- Presencia de planes o ideación persistente.
- El paciente lamenta haber sobrevivido.
- El paciente es un hombre, mayor de 45 años, especialmente con comienzo reciente de enfermedad mental o de ideación suicida.
- Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de una situación estable en la vida.
- Conducta impulsiva, agitación severa, racionalidad pobre o rechazo de la ayuda.
- El paciente ha cambiado su estado mental tras un estado tóxico-metabólico, infección u otra etiología que requiere un estudio hospitalario.

En presencia de ideación suicida con:

- Plan específico de alta letalidad.
- Importantes intentos de suicidio previos.

El ingreso puede ser necesario:

- Después de un intento de suicidio o de un intento de suicidio abortado, excepto para aquellas circunstancias en las que el ingreso es habitualmente necesario.

En presencia de ideación suicida con:

- Psicosis.
- Trastorno psiquiátrico mayor.
- Intentos previos, en particular si fueron médicamente graves.
- Cuando ha podido contribuir una patología médica (por ejemplo, trastorno neurológico agudo, cáncer, infección).
- Ausencia de respuesta o incapacidad para cooperar en un tratamiento ambulatorio o en régimen de hospital de día.
- Necesidad de un régimen de supervisión debido al tratamiento médico o a terapia electroconvulsiva.
- Necesidad de observación especializada, exámenes clínicos o evaluaciones diagnósticas que precisen un escenario estructurado.
- Limitado apoyo familiar o social, incluyendo ausencia de una situación estable en la vida.
- Ausencia de una adecuada relación médico-paciente o incapacidad para realizar un seguimiento ambulatorio.
- En ausencia de intentos de suicidio previos o de ideación o planes pero evidencia a través de la evaluación psiquiátrica que sugiera un alto riesgo de suicidio y un incremento reciente en el mismo.

Variables asociadas con mayor probabilidad de alta desde el servicio de urgencias

Alta desde el servicio de urgencias con recomendaciones de seguimiento

Después de un intento de suicidio o en presencia de ideación/planes, cuando:

- La conducta suicida es reacción de eventos precipitantes (por ejemplo, suspender un examen o dificultades interpersonales), particularmente si la visión del paciente de la situación ha cambiado desde su llegada al servicio de urgencias
- Métodos/planes e intento de baja letalidad
- El paciente tiene una situación vital estable y de apoyo
- El paciente es capaz de cooperar con recomendaciones de seguimiento y, si es posible, con posibilidad de contactar con el terapeuta si el paciente está actualmente en tratamiento

El tratamiento ambulatorio puede ser más beneficioso que la hospitalización

- Cuando el paciente tiene ideación suicida crónica y/o conducta suicida sin intentos previos graves, si dispone de una situación vital estable y de apoyo y existe posibilidad de cuidados psiquiátricos ambulatorios

Tabla 10

Fuente: American Psychiatric Association ⁽³⁹⁾

Escala de depresión de Beck

El inventario de depresión de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*), incluye un ítem orientado a valorar la presencia de ideación o intencionalidad suicida a través de 4 opciones de respuesta (Ver Tabla 8).

Se observó que los pacientes que puntúan 2 o más tienen un riesgo 6,9 veces mayor de suicidarse que los que obtiene puntuaciones inferiores⁽³²⁾.

Escala SAD PERSONS

La escala SAD PERSONS es ampliamente utilizada y ayuda a recordar los factores de riesgo de suicidio y a la toma de decisiones sobre si ingresar o no al paciente⁽³⁴⁾. Diseñada por Patterson et al.⁽³⁴⁾, su nombre es el acrónimo formado por la inicial de los 10 ítems que la integran (Ver Tabla 9). Cada ítem hace referencia a un factor de riesgo de suicidio y se valora la ausencia/presencia de cada uno de ellos puntuando

0 o 1, respectivamente. Una puntuación inferior a 2 es indicativa de bajo riesgo de suicidio, entre 3 y 4 indica un riesgo moderado, entre 5 y 6 riesgo alto y entre 7 y 10 riesgo muy alto.

Test de Manchester

Cooper et al.⁽³⁵⁾ desarrollaron una sencilla herramienta clínica para su utilización en pacientes que acuden a un Servicio de Urgencia por una conducta suicida, obteniendo una sensibilidad del 94% y una especificidad del 25% en la identificación de pacientes con alto o bajo riesgo de repetición de la conducta suicida en los siguientes seis meses.

Preguntas del test de Manchester Self-Harm para la conducta suicida⁽³⁵⁾:

- ¿Tiene antecedentes de conducta suicida?
- ¿Ha estado en tratamiento psiquiátrico previo?
- ¿Está actualmente en tratamiento psiquiátrico?

Bibliografía

Sigue >>

- Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):137281.
- World report on violence and health. Geneva:WHO; 2002 [citado 18 ene 2010]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap7_eng.pdf
- Adorno Carlos. Suicidio en el Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas – UNA, 2010.
- Departamento de Estadística de la Policía Nacional. Registro de Suicidios y Tentativas de Suicidios.
- Bille Brahe U. Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998 [citado 31 ene 2011]. Disponible en: <http://selvmord.wnm.dk/lecache/31137/1277884104/e60709whopublicationsuicidalbehaviourineuropebillebrahe1998.pdf>
- Chinchilla A, Correas J, Vega M. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson; 2003.
- Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(8):e1e21.
- Diekstra RFW. The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;371:920.
- Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):248-63.
- Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):264-77.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud; 2000 [citado 10 may 2010]. Disponible en: www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
- Mladovsky P, Allin S, Masseria C, Hernández Quevedo C, McDaid D, Mossialos E. Health in the European Union. Trends and analysis. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2009 [citado 8 feb 2010]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E93348.pdf>
- Arsenault L, Pierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4(37):1-11.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30(1):133-54.
- Sullivan GR, Bongar B. Assessing suicide risk in the adult patient. En: Kleespies PM, ed. Behavioral Emergencies An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization. Washington (DC): American Psychological Association; 2009.
- Oquendo M, Currier D, Posner K. Reconceptualización de la nosología psiquiátrica: el caso de la conducta suicida. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2009;2(2):635.
- Kann L, Kinchen SA, Williams BL, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, et al. Youth risk behavior surveillance—United States, 1999. State and local YRBSS Coordinators. *J Sch Health*. 2000;70:271-85.
- Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*. 2002;7(2):6-8.
- (138.) Miller TR, Taylor DM. Adolescent suicidality: who will ideate, who will act? *Suicide Life Threat Behav*. 2005;35(4):425-35.
- (139.) Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Dan Med Bull*. 2007;54(4):306-68.
- (143.) Emergency triage; Manchester triage group. 2nd ed. Mackway-Jones K, editor. London: BMJ Books; 2006.
- Dieppe C, Stanhope B, Rakhra K. Children who harm themselves: development of a paediatric emergency department triage tool. *Emerg Med J*. 2009;26(6):418-20.
- Hickey L, Hawton K, Fagg J, Weitzel H. Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected population at risk of suicide. *J Psychosom Res*. 2001;50(2):87-93.
- Mitchell AJ, Dennis M. Self harm and attempted suicide in adults: 10 practical questions and answers for emergency department staff. *Emerg Med J*. 2006;23(4):251-5.
- Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de

- ¿El episodio actual es por sobredosis de benzodiazepinas?

Una respuesta positiva en cualquiera de las preguntas clasifica al paciente de "alto riesgo" de repetición de la conducta suicida.

Criterios de ingreso hospitalario del paciente con conducta suicida

Habitualmente, la decisión de hospitalizar a un paciente tras un intento de suicidio es un proceso complejo que dependerá de varios factores entre los que se podrían citar, la gravedad clínica del episodio, la planificación y letalidad del plan, el riesgo suicida inmediato del paciente, la patología psiquiátrica de base o la presencia de comorbilidades y la existencia o no de apoyo familiar o social.

Diversos autores consideran que estos pacientes deberían tratarse de la forma menos restrictiva posible⁽³⁶⁾, aunque un factor clave a la hora de decidir si una persona puede ser tratada de forma ambulatoria o mediante ingreso hospitalario es su seguridad, ya que, en general, los pacientes con mayor intencionalidad suicida se manejan mejor ingresados⁽³⁶⁻³⁸⁾.

La American Psychiatric Association (APA)⁽³⁹⁾ elaboró los criterios de hospitalización del paciente con conducta suicida (Ver Tabla 10).

Bibliografía

- la Salud-I+CS; 2006. Informe No.: I+CS No 2006/01.
- Schechter M, Maltsberger JT. The clinician interview as a method in suicide risk assessment. En: Wasserman D, Wasserman C, eds. *Suicidology and Suicide Prevention A global Perspective*. New York: Oxford University Press Inc; 2009.
- Motto JA. An integrated approach to estimating suicide risk. En: Maris RW, Berman AL, Maltsberger JT, Yu t Rl, eds. *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford; 1992. p. 625-39.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence; 2004. Informe No.: 16.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud; 2000 [citado 10 may 2010]. Disponible en: www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Toxicología; 2000 [citado 10 may 2010]. Disponible en: http://www.who.int/publications/list/prevention_suicide_medecins/es/index.html
- Kapur N, Cooper J, Rodway C, Kelly J, Guthrie E, Mackway-Jones K. Predicting the risk of repetition after self harm: cohort study. *BMJ*. 2005;330(7488):394-5.
- Brown GK. A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research With Adults and Older Adults. Rockville (MD): National Institute of Mental Health; 2002 [citado 12 abr 2010]. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/research/adultsuicide.pdf>
- Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la Escala de Evaluación Conductual para la Depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat*. 1975(12):217-36.
- Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*. 1983;24(4):348-9.
- Cooper J, Kapur N, Dunning J, Guthrie E, Appleby L, Mackway-Jones K. A clinical tool for assessing risk after self-harm. *Annals of emergency medicine*. 2006;48(4):459-66.
- New Zealand Guidelines Group (NZGG). The assessment and management of people at risk of suicide. Wellington (NZ): New Zealand Guidelines Group (NZGG); 2003.
- Dicker R, Morrissey RF, Abikoff H, Alvir JM, Weissman K, Grover J, et al. Hospitalizing the suicidal adolescent: Decision-making criteria of psychiatric residents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:769-76.
- NSW Health Department. Mental health for emergency departments – a reference guide. New South Wales: Centre for Mental Health; 2001.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors: American Psychiatric Association; 2003 [citado 02 mar 2010]. Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx

Recibido: 15/06/2016
Aprobado: 11/07/2016