

Evaluación y manejo de las conductas suicidas en los servicios de Urgencias



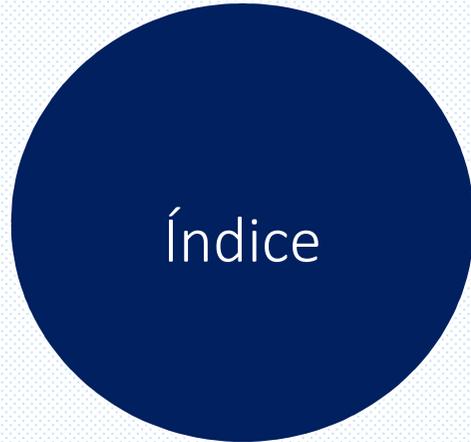
Luz González Sánchez

Psiquiatra

HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE DR BALMIS



En las últimas décadas el suicidio y las conductas relacionadas con el mismo se han convertido en una de las principales causas de demanda sanitaria en los servicios de urgencias.



Índice

Introducción. Conceptualización y magnitud del problema.

Conducta suicida. Definiciones.

Factores de riesgo de suicidio.

Evaluación y manejo de las conductas suicidas en urgencias hospitalarias.

Aspectos legales

Conceptualización y magnitud del fenómeno

- **año 2021** :período con más muertes por suicidio en la historia de España desde que se inició su registro en el año 1906 .
- **(INE , 2022)**: el suicidio se mantuvo como primera causa de muerte externa.
- 80000 personas al año se suicidan en el mundo: más de 2000 personas al día, 1 cada 40 segundos.
- en **España** se produce una media de **11 suicidios al día** y alrededor de 200 intentos.
- principal causa muerte en España en **jóvenes de entre 15 y 29 años**.
- las mujeres lo intentan 3 veces más que los hombres, mientras que los **hombres** lo consuman 3 veces más que las mujeres.

SUICIDIOS España

Estadísticas 2021

4.003

SUICIDIOS
España 2021



2.982
HOMBRES
(74.5%)



11
SUICIDIOS
AL DÍA

1
SUICIDIO
CADA 2¹/₄ HORAS



1.021
MUJERES
(25,5%)

EN 2021 ESPAÑA VUELVE A REGISTRAR UNA CIFRA HISTÓRICA DE SUICIDIOS Y SUPERA POR PRIMERA VEZ LAS 4.000 DEFUNCIONES.

Suicidio : la otra pandemia invisible...

LA CRISIS DEL CORONAVIRUS >

El suicidio, la amenaza silenciosa tras la pandemia: “Es algo que te rompe por dentro”

Diez personas se quitan la vida cada día y España suspende en prevención. Los expertos alertan de que la crisis sanitaria ha sacudido la salud mental: las tentativas se disparan entre los jóvenes



EL MUNDO ESPAÑA OPINIÓN ECONOMÍA INTERNACIONAL DEPORTES CULTURA TEL

España Madrid Andalucía Baleares Castilla y León Cataluña Comunidad Va

SALUD

Año I del Covid: récord histórico de suicidios

El año 2020 se cierra con 3.941 muertes, una cifra jamás alcanzada desde que hay registros (1906). La pandemia activó todos los factores de riesgo de una muerte multicausal: hubo un 7,4% más de suicidios en general y el doble de niños que en 2019

Actualizado Viernes, 12 noviembre 2021 - 12:34

Review > QJM. 2020 Oct 1;113(10):707-712. doi: 10.1093/qjmed/hcaa202.

The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates

Leo Sher ^{1 2 3}

Affiliations + expand

PMID: 32539153 PMCID: PMC7313777 DOI: 10.1093/qjmed/hcaa202

Definiciones . Conducta suicida

- **Suicidio** : acto por el que un individuo intencionalmente pone fin a su propia vida.
- **Comportamiento suicida** : actos que pueden terminar con la vida . El comportamiento suicida incluye **suicidio consumado, intento** de suicidio e ideación **suicida** :
- **Intento de suicidio** : comportamiento autodestructivo y no fatal con intención de morir.
- **Ideación suicida** : cualquier pensamiento sobre el fin de la propia vida .Puede ser **activo** (plan) o **pasivo** , con pensamientos sobre deseo de morir.
- **Autolesión** conducta deliberada de producción de lesiones en el propio cuerpo **sin** una intencionalidad o finalidad suicida.

Autolesiones

- afrontamiento desadaptativo y perjudicial ante un sufrimiento elevado y una falta de regulación emocional (ira intensa, frustración ...)
- suelen estar asociadas con un trastorno mental de base (depresión , trastorno de ansiedad , trastornos de conducta , trastorno de personalidad..) pero **no es una condición *sine qua non***
- más frecuente en **etapa adolescente y adultos jóvenes**



Métodos De Suicidio

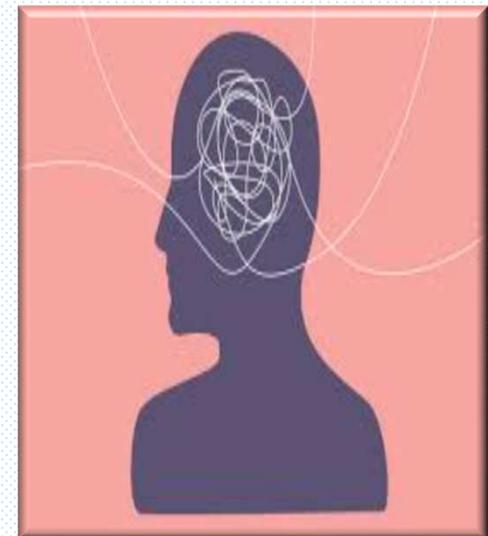
- Fármacos/drogas.
- Otras sustancias ingeridas (caústicos...)
- Armas de fuego.
- Autoinmolación.
- Ahogamiento.
- Cortes.
- Precipitación.
- **Ahorcamiento.**



Factores de riesgo de suicidio

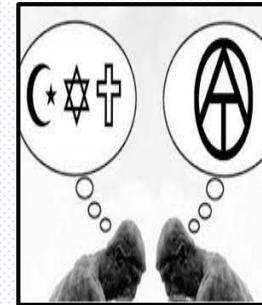
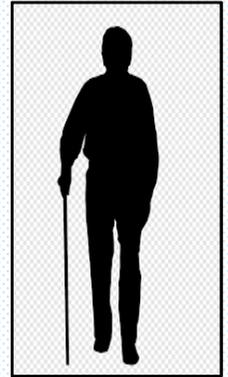
**TRASTORNOS
MENTALES**

INTENTOS PREVIOS

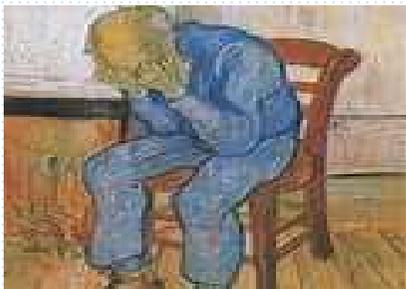


a) factores sociodemográficos:

- **sexo** : suicidio consumado más frecuente en hombres.
- **edad** : aumenta con la edad.
- **religión** : tasas menores en creyentes y practicantes
- **estado civil** : más en separados/divorciados y viudos
- **situación laboral** : más en desempleados , jubilados y trabajos estresantes(médicos, policías,militares...)
- **nivel sociocultural** : en clases altas aumenta el suicidio consumado y en clases bajas los intentos de suicidio.



b) factores psicopatológicos :



Depresión mayor **aumenta x 20**

Trastorno bipolar (15%)

Trastornos psicóticos (5 – 10%)

Abuso de alcohol y sustancias (25%) **¼ suicidas presenta abuso. Riesgo y precipitante x6**

Trastorno de personalidad (antisocial y límite) ; Anorexia N(3- 9%)

c) otros factores de riesgo :

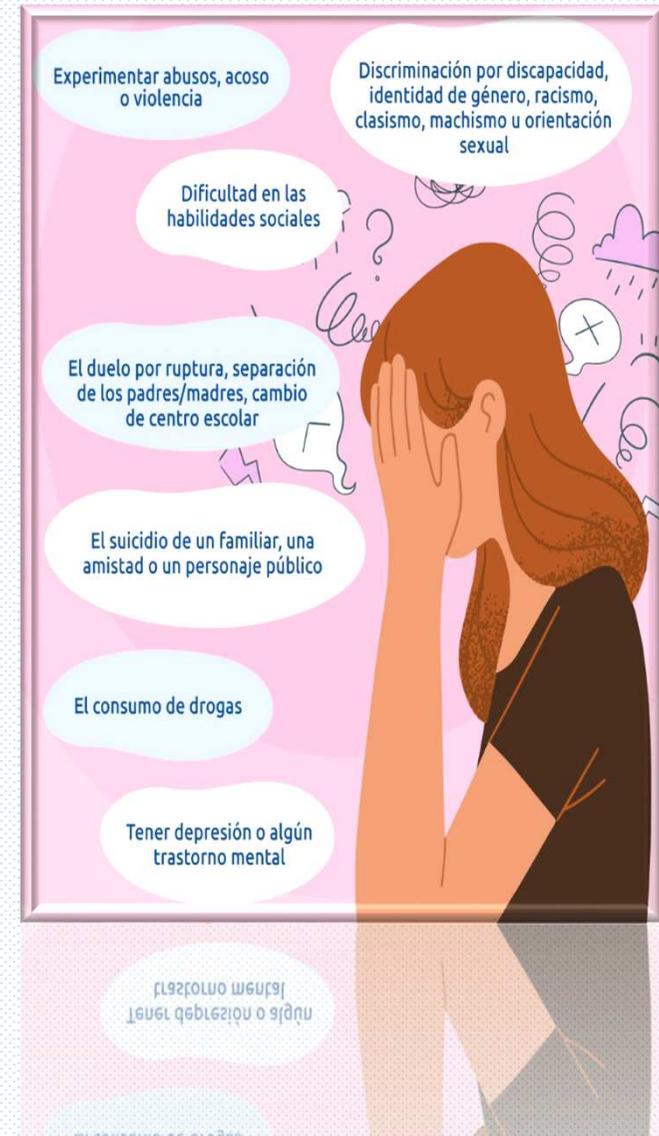
- enfermedades físicas
- AF de suicidio
- acceso a medios de alta letalidad
- conductas suicidas previas :30 – 40 %
- factores de personalidad :

baja autoestima
falta de control
introversión
impulsividad

desesperanza
agresividad
disminución de la capacidad cognitiva
rasgos de ansiedad e ira



factores de riesgo de conducta suicida en infancia, adolescencia y juventud



Evaluación y manejo de las conductas suicidas en Urgencias



Historia clínica

Exploración física / neurológica

Pruebas complementarias

Descartar complicaciones /
estabilización clínica

Valoración riesgo suicida

Abordaje de la conducta suicida

- Establecer una comunicación suficiente.
- Evaluar el estado mental del paciente.
- Evaluar la ideación, planes o intentos.
- Determinar los factores de riesgo de suicidio.
- Establecer el grado de intencionalidad.
- Valorar los recursos internos y externos.





¿COMO.PREGUNTAR?

LA ENTREVISTA CLÍNICA

¿Cómo preguntar? ¿qué hacer ?

- Realizar la entrevista en un lugar separado, donde no pueda ser interrumpido o molestado.
- Asegurarse que el paciente esta en una situación clínica que permita una adecuada valoración y normal desarrollo de la entrevista.
- Asegurarse de que se garantiza la seguridad del paciente y la del propio entrevistador.
- Hablar directa y claramente de la situación que se esta valorando.
- Transmitir tranquilidad, tanto en la comunicación verbal, como no verbal.



¿Cómo preguntar? ¿qué hacer ?

- Mostrar calma , empatía , apoyo y preocupación.
- Identificar apoyos externos
- Contar con otros , obtener ayuda
- Explorar posibilidades diferentes al suicidio



¿Qué preguntar?



- ¿ tiene pensamientos de suicidio ?
- ¿ ha intentado llevar a cabo alguno de esos pensamientos ?
- ¿ cree probable llevarlo a cabo en un futuro?
- ¿ ha hecho un plan específico para dañar o matarse a si mismo? Y si es así ,¿ que incluye ese plan?
- ¿ tiene disponibles pistolas , fármacos u otras armas?
- ¿ qué cosas en la vida hacen que quiera seguir viviendo?
- si comenzara a tener pensamientos de hacerse daño o quitarse la vida, una vez más ¿ qué haría?
- ¿ Está preocupado por tener una enfermedad grave ?
- ¿ hay cosas que le hayan hecho sentirse culpable o se culpa a sí mismo por algo?

¿Como no preguntar? ¿ qué no hacer ?

- Ignorar la situación, juzgar
- Mostrarse consternado o avergonzado
- Decir que todo estará bien
- Retar a la persona a seguir adelante
- Presentar el problema como algo trivial
- Dar falsas garantías
- Dejar a la persona sola

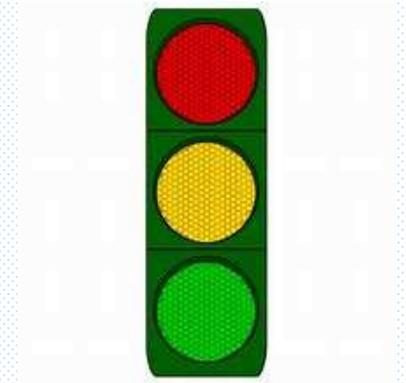


Exploración de la conducta suicida

- ✓ **Ideación suicida:** frecuencia, tipo, intensidad..
- ✓ **Planificación suicida:** existencia de un plan y de un método suicida: dónde, cómo, cuándo..
- ✓ **Comunicación suicida:** verbal, no verbal, contenido, intencionalidad, intensidad, frecuencia y otros



Valoración del riesgo suicida



-riesgo alto : hospitalización UHP

-riesgo moderado : tto psicofarmacológico y derivación a USM

-riesgo bajo : control por médico de AP

Escalas para valoración de riesgo de suicidio

- La **Escala SAD PERSONS** : prueba para conocer el **riesgo de suicidio**.
- La **escala de riesgo suicida Plutchik (ERSP)**: evalúa los intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación suicida actual, los sentimientos de depresión, desesperanza, y otros aspectos relacionados con las tentativas de suicidio .



ESCALA SAD PERSONS

(PATRISTON, WILLIAM, H. P. Y FERR, (1963) Escala de Salud Personal, Psiquiátricamente).

La Escala de Indicadores de Riesgo de Suicidio tiene que ser heteroaplicada. Los ítems tienen que ser cumplimentados por el profesional durante una entrevista semiestructurada.

Instrucciones: Elija y ponga una cruz en la alternativa de respuesta que mejor describa la situación y experiencia del sujeto.

	SI	NO
S: Sexo masculino.		
A: Edad (Age) < 20 o > 45 años.		
D: Depresión.		
P: Tentativa suicida previa.		
E: Abuso de alcohol.		
R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos).		
O: Plan organizado de suicidio.		
N: No pareja o conyuge.		
S: Enfermedad somática.		
Puntuación		

Valeración

Se puntúa su ausencia o su presencia. Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente.

De 0 a 2: Alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.

De 3 a 4: Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.

De 5 a 6: Recomendado ingreso sobre todo si hay ausencia de apoyo social.

De 7 a 10: Ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.



Ministerio de Salud Pública

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Nombre completo:

N° HCL

Fecha de aplicación:

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO
Puntuación total		

PUNTUACIÓN

Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto. Cada respuesta negativa evalúa 0 puntos. La puntuación total oscila entre 0 y 15

INTERPRETACIÓN

A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

- **Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB):** diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo, actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionado con la tentativa. Se recomienda su utilización en personas que han realizado una tentativa de suicidio. Es un instrumento heteroaplicado. Proporciona una valoración de **la gravedad de la tentativa.**

6.1.1. Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI) 1

1. <i>Deseo de vivir</i>	4. Moderado a fuerte
1. Débil	2. Ninguno
2. <i>Deseo de morir</i>	4. Ninguno
1. Débil	2. Moderado a fuerte
3. <i>Razones para vivir/morir</i>	4. Porque seguir viviendo vale más que morir
1. Aproximadamente iguales	2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i>	4. Ninguno
1. Débil	2. Moderado a fuerte
5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i>	4. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad	2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i>	4. Breve, períodos pasivos
1. Por amplios períodos de tiempo	2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i>	4. Raro, ocasional
1. Intermitente	2. Persistente o continuo
8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i>	4. Rechazo
1. Ambivalente, indiferente	2. Aceptación
9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i>	4. Tiene sentido del control
1. Inseguro	2. No tiene sentido del control
10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i>	4. Puede no intentar a causa de su disuasivo
1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo	2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. <i>Razones para el intento contemplado</i>	4. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
1. Combinación de 0 y 2	2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. <i>Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</i>	4. No considerado
1. Considerado, pero detalles no calculados	2. Detalles calculados bien formulados
13. <i>Método (accesibilidad/opportunidad para el intento contemplado)</i>	4. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa	2. Método y oportunidad accesibles
2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto	

6. Instrumentos de evaluación de ideación y comportamiento suicida 269

- En cualquier caso, ante una situación de duda es aconsejable una **evaluación psiquiátrica** centrada en la naturaleza, frecuencia, intensidad, profundidad, duración y persistencia de ideación suicida.

Código suicidio

- Detección del problema y primera evaluación por Atención Primaria con activación del **Código Suicidio**.
- Atención inmediata por **salud mental**:
 - Servicio de urgencias del HSJ (inmediato).
 - USM dentro de las primeras **72 horas**.
- Evaluación del paciente por facultativo de la USM.
- Elaboración del plan de gestión de riesgos.
- La atención continuará hasta la remisión del riesgo o de la situación que lo motivó.



Aspectos legales frente a conducta suicida



- El suicidio no es ilegal en la mayoría de países del mundo .En España tampoco está penado , sin embargo , sí que lo está y así lo refleja el CP español , la inducción a éste (**art. 143.1**) con penas de 4 – 8 años de prisión y la cooperación con actos necesarios (**art. 143.2**) , de 2 – 5 años.
- El delito de omisión del deber de socorro en España está regulado en los **artículos 195 y 196** del Código Penal. El primero se refiere a la omisión del deber de socorro que se aplica a cualquier persona(que pueda ser responsable penalmente)y, el segundo ,es específico para profesionales sanitarios y se le califica como “**delito de omisión del deber de asistencia sanitaria**”
- En el caso de una persona que se ha intentado suicidar sin haberlo conseguido, **el médico que lo asiste debe atenderle si hay un riesgo grave para su salud**. Si le deja morir se incurre en el delito tipificado del art. 196 CP. Habida cuenta que con un intento de suicidio lo que se busca es la muerte, debe considerarse que no atender al suicida o impedir el suicidio cuando se puede, comporta un riesgo que puede calificarse grave para la salud de la persona.



¿ Qué hacer cuando un suicida rechaza asistencia médica ?

- el **alta voluntaria** es un derecho de los pacientes recogido en la ***Ley de Autonomía del Paciente (14/2002)***
- para ejercer este derecho es indispensable tener conservada la capacidad para comprender la información ofrecida y apreciar las consecuencias que se derivan de la decisión o carencia de decisión tomada.
- en el **paciente con ideas autolíticas**, es importante tener en cuenta dos aspectos , uno el **riesgo autolítico** , y otro **la capacidad para la toma de decisiones** que conciernen a su salud.

Algunos datos que indican **alto riesgo**, y que según la Guía Nacional de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida son criterios de elevado riesgo que exigen una evaluación psiquiátrica urgente del paciente:

- intento de suicidio de alta letalidad.
- ideación suicida planificada.
- intento autolítico frustrado que no realiza crítica.
- sospecha de descompensación psicopatológica de trastorno afectivo o psicótico.



Contención mecánica, alta voluntaria y fuga de la urgencia en el paciente suicida

a. Paciente que después de la valoración pide el alta voluntaria o se fuga:

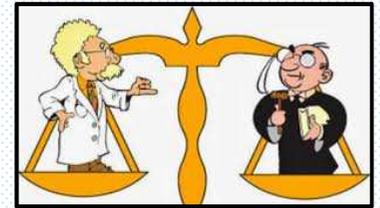
- el manejo dependerá de la valoración que se haya realizado.
- si se considera que el **riesgo autolesivo es bajo** (por ejemplo, desaparece la ideación autolítica o hace crítica completa del intento, tiene buen apoyo sociofamiliar y se compromete al seguimiento ambulatorio) y el paciente está capacitado para la toma de decisiones, si no existen otros criterios de riesgo para sí mismo o terceros se debería conceder el alta voluntaria.
- si el paciente se marcha del hospital sin previo aviso debemos hacer constar este incidente en la historia clínica, pero no sería necesaria otra actuación.
- si el paciente muestra **riesgo autolesivo alto o sufre una descompensación psicopatológica** en el momento de la evaluación (episodio depresivo o psicótico) debemos actuar en pos de proteger la vida del paciente. Si solicita alta voluntaria se le debe denegar aludiendo a incapacidad o riesgo autolítico inminente; y si fuese preciso se podría recurrir a la contención química e incluso a la inmovilización física.

Contención mecánica, alta voluntaria y fuga de la urgencia en el paciente suicida

b . Paciente que después de la valoración pide el alta voluntaria o se fuga:

- Debemos informarnos lo mejor posible sobre sus antecedentes y el contexto en el que ha llegado a urgencias (si presenta un diagnóstico psiquiátrico, antecedentes previos, ha sido traído por servicios de emergencias o ha venido por iniciativa propia etc).
- En algunos casos de elevada sospecha podría estar justificado llamar a la familia o allegados para recabar información e informar de situación actual, aun sin el consentimiento del paciente, como en el caso anterior.
- En función del riesgo estimado se decidirá la actuación más oportuna, siempre priorizando la seguridad del paciente.

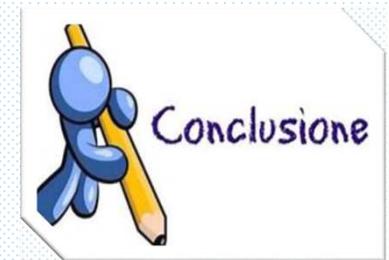
Ingreso involuntario



- el ingreso involuntario está regulado por el **artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000**
- se deberá notificar el **ingreso involuntario** al juzgado de guardia mediante un informe clínico del paciente en las siguientes 24h del internamiento dado que supondría una situación de coacción y vulneración de un derecho fundamental.

Los criterios para la realización de un internamiento involuntario son:

- ✓ que el paciente presente un trastorno mental grave con grave riesgo para la integridad física y mental, salud, vida familiar y relacional o los intereses del paciente o de las personas cercanas.
- ✓ ausencia de competencia en relación con el grado de conciencia de enfermedad, lo cual depende del tipo e intensidad de la psicopatología que presente el paciente.
- ✓ el ingreso es más beneficioso que el tratamiento ambulatorio.



- el suicidio y las conductas relacionadas con el mismo se han convertido en una de las principales causas de demanda sanitaria en los servicios de urgencias.
- la evaluación de las conductas potencialmente suicidas tiene una gran dificultad para los profesionales de los servicios de urgencias y , por tanto, es importante la utilización de escalas consensuadas con los profesionales de salud mental, para identificar estas situaciones.
- la formación y concienciación sobre prevención del suicidio para todos los profesionales del servicio: médicos, enfermería, auxiliares, celadores... es clave.
- es importante conocer la legislación vigente y los protocolos del hospital para la toma de decisiones en situaciones controvertidas.



Muchas gracias