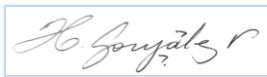






<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Documento Controlado</b>	<b>Página 1 de 12</b>
<b>PROTOCOLO DE CONDUCTA SUICIDA Y AGUDIZACION DE SINTOMAS PSIQUIATRICOS</b>	<b>Fecha vigencia 03/12/2020</b>	<b>Código PRO-URG-05</b>	

## TABLA DE CONTENIDO

OBJETIVO.....	2
ALCANCE .....	2
DEFINICIONES.....	2
MARCO NORMATIVO .....	5
GENERALIDADES.....	5
CONTROL DE LOS CAMBIOS .....	12

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
 <b>HEIDY GONZALES VARGAS</b> COORDINADORA DE ENFERMERIA	 <b>FARIEL MEDINA DUQUE</b> SUBDIRECCION CIENTIFICA	 <b>DUVER DICSON VARGAS ROJAS</b> AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR
Fecha: 03/12/2020	Fecha: 03/12/2020	Fecha: 03/12/2020

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Documento Controlado</b>	<b>Página 2 de 12</b>
	<b>PROTOCOLO DE CONDUCTA SUICIDA Y AGUDIZACION DE SINTOMAS PSIQUIATRICOS</b>	<b>Fecha vigencia 03/12/2020</b>	<b>Código PRO-URG-05</b>	

## 1. OBJETIVO

- Mejorar la atención prestada a los pacientes con conducta suicida y agudización de síntomas psiquiátricos.
- Ofrecer recomendaciones al profesional de salud sobre aspectos de evaluación, tratamiento y de prevención.
- Ayudar a los pacientes, familiares y allegados, elaborando información específicamente dirigida a ellos.
- Desarrollar indicadores que puedan utilizarse para evaluar la calidad asistencial.

## 2. ALCANCE

El grupo objetivo de este protocolo, serán aquellos adolescentes o adultos que presenten ideación o conducta suicidas, o que presenten agudización de síntomas psiquiátricos. Así mismo, cubrirá la atención que estos pacientes puedan esperar recibir de los profesionales del servicio de Urgencias, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.

## 3. DEFINICIONES

La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta. El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros.

La estimación del riesgo suicida se realiza mediante el juicio clínico del profesional, valorando los factores que concurren de modo particular en cada persona, en un momento determinado de su vida y ante eventos estresantes específicos. Los factores de riesgo pueden clasificarse en modificables e inmodificables. Los primeros se relacionan con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos y pueden modificarse clínicamente. Los factores inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece y se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y porque su cambio es ajeno al clínico.



<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Documento Controlado</b>	<b>Página 3 de 12</b>
<b>PROTOCOLO DE CONDUCTA SUICIDA Y AGUDIZACION DE SINTOMAS PSIQUIATRICOS</b>	<b>Fecha vigencia 03/12/2020</b>	<b>Código PRO-URG-05</b>	


<b>MODIFICABLES</b>	<b>INMODIFICABLES</b>
Trastorno afectivo	heredabilidad
esquizofrenia	sexo
Trastorno de ansiedad	Edad <ul style="list-style-type: none"><li>- Adolescentes y adultos jóvenes</li><li>- Edad geriátrica</li></ul>
Abuso de sustancias	Estado civil
Trastorno de personalidad	Situación laboral y económica
Otros trastornos mentales	Creencias religiosas
Salud física	Apoyo social
Dimensiones psicológicas	Conducta suicida previa

### **3.1. Intentos previos de suicidio e ideación suicida**

La ideación suicida y la presencia de planificación aumentan considerablemente el riesgo de suicidio. Los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida. Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces. La población con mayor riesgo de suicidio consumado por tentativas previas son los ancianos debido a la mayor intencionalidad, métodos más letales y menor probabilidad de sobrevivir a las secuelas físicas del intento. Los intentos previos son el factor más importante de los cinco estudiados (depresión, abuso de alcohol/sustancias, situación laboral o estado civil). Por otro lado, conforme la ideación suicida se alarga en el tiempo sin acompañarse de intentos ni planes, disminuye el riesgo de suicidio.

### **3.2. Edad**

Los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada, teniendo en cuenta que antes de la pubertad la tentativa y el suicidio son excepcionales debido a la inmadurez cognitiva

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Documento Controlado</b>	<b>Página 4 de 12</b>
	<b>PROTOCOLO DE CONDUCTA SUICIDA Y AGUDIZACION DE SINTOMAS PSIQUIATRICOS</b>	<b>Fecha vigencia 03/12/2020</b>	<b>Código PRO-URG-05</b>	

de la persona. Dentro de estos grupos, los ancianos presentan tasas de suicidio tres veces superiores a los adolescentes debido, entre otros factores, a que usan métodos más letales


### 3.3. Sexo

En líneas generales, los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio. También a nivel mundial los hombres presentan métodos más letales que las mujeres.

### 3.4. Factores genéticos y biológicos

En la población general la conducta suicida se asocia con una disfunción del sistema serotoninérgico central, habiéndose encontrado bajos niveles de serotonina y de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes que se habían suicidado. Además, existe una correspondencia directa entre bajos niveles de la serotonina y escaso control de impulsos. Desde el punto de vista biológico, los factores relevantes en relación con la conducta suicida serían aquellos que reducen la actividad serotoninérgica, como:

- factores genéticos: polimorfismos en el gen de la enzima triptófano hidroxilasa-TPH o del gen del receptor 5-HT<sub>2A</sub>
- factores bioquímicos: bajos niveles de proteína transportadora de serotonina, bajos niveles de monoamino oxidasa en sangre, altos niveles de receptores 5-HT<sub>1A</sub> y 5-HT<sub>2A</sub> postsinápticos, bajos niveles de colesterol en sangre (2) o una disminución del ácido homovalínico en el líquido cefalorraquídeo. Por otro lado, dos marcadores se han asociado de forma significativa con la ideación suicida: ambos residen en los genes GRI3 y GRI2 y codifican los receptores ionotrópicos del glutamato

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Documento Controlado</b>	<b>Página 5 de 12</b>
	<b>PROTOCOLO DE CONDUCTA SUICIDA Y AGUDIZACION DE SINTOMAS PSIQUIATRICOS</b>	<b>Fecha vigencia 03/12/2020</b>	<b>Código PRO-URG-05</b>	

### 3.5. Enfermedad física o discapacidad

El dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración, así como otras formas de discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad (cáncer, sida, etc), se relacionan con mayor riesgo de suicidio. La enfermedad física está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% cuando hablamos de personas de edad avanzada, aunque el suicidio rara vez se produce sólo por una enfermedad física, sin asociarse a trastornos mentales. Los enfermos de cáncer presentan similar prevalencia de ideación suicida que la población general, aunque con mayores tasas de suicidio.

Respecto al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la tasa de suicidios ha disminuido desde la introducción de los antirretrovirales y actualmente es comparable con la de otras afecciones crónicas, siendo un 2-4% más elevada que en la población general.


## 4. MARCO NORMATIVO

- Resolución 482 de 22 de febrero de 2018, por la cual se reglamenta el uso de generadores de radiación ionizante, su control de calidad, la prestación de servicios de protección radiológica
- resolución 3100 de 25 de noviembre de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción der los prestadores de servicios de salud y habilitación
- Ley 100 de 1993 por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## 5. GENERALIDADES

### 5.1. El Triage de pacientes con conducta suicida y agudización de síntomas psiquiátricos.

La forma de presentación en un Servicio de Urgencias de los pacientes con conducta suicida o agudización de síntomas psiquiátricos es muy heterogénea,

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Documento Controlado</b>	<b>Página 6 de 12</b>
	<b>PROTOCOLO DE CONDUCTA SUICIDA Y AGUDIZACION DE SINTOMAS PSIQUIATRICOS</b>	<b>Fecha vigencia 03/12/2020</b>	<b>Código PRO-URG-05</b>	

abarcando desde los que presentan una situación de compromiso vital, hasta los que debido a su trastorno mental pueden intentar huir del Hospital.

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. 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.
- Lo más frecuente es que la conducta suicida no requiera una atención inmediata, por lo que, independientemente del sistema de triage que se utilice y para concretar lo máximo posible el grado de necesidad de una atención inmediata, se deberían contestar las siguientes preguntas y documentarlas adecuadamente: ¿El paciente se encuentra bien físicamente para poder esperar?; ¿Existe riesgo inmediato de suicidio?; ¿Se deben tomar medidas de vigilancia del paciente?; ¿Puede esperar el paciente hasta ser visto por el médico?

En la atención al paciente con conducta suicida, el objetivo fundamental del Triage sería que todos los pacientes fuesen catalogados en el nivel 1 del Sistema de Triage, es decir que se asegurase su atención dentro de la primera hora de su llegada al Servicio de Urgencias.

En la valoración de un paciente con conducta suicida se recomienda la evaluación sistemática de la presencia de factores de riesgo y la identificación de las características más relevantes del intento de suicidio, preferiblemente mediante formatos estandarizados, y documentando correctamente toda la información en la historia clínica. Los profesionales no especializados en salud mental deberían



<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Documento Controlado</b>	<b>Página 7 de 12</b>
<b>PROTOCOLO DE CONDUCTA SUICIDA Y AGUDIZACION DE SINTOMAS PSIQUIATRICOS</b>	<b>Fecha vigencia 03/12/2020</b>	<b>Código PRO-URG-05</b>	

recibir una adecuada formación en la evaluación de pacientes que acuden por una conducta suicida.

Cualquier persona que busque asistencia en urgencias después de un acto de autoagresión deliberado, independientemente de su intención, o que está expresando ideación suicida, debe ser evaluada por un psiquiatra.

En caso de no existir disponibilidad inmediata de un psiquiatra se deberá asegurar la atención por un profesional (médico general o psicólogo) con entrenamiento en mhGAP que asegure la atención inicial mientras se logra la remisión a unidad de salud mental que cuente con psiquiatra o se logre atención por tele psiquiatría.

Se propone la versión breve del cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz (ver anexo) para ser empleado por el personal encargado del triage en el servicio de urgencias con aquellas personas que acuden por conducta suicida y en las que no existe una afectación grave de su condición física.


La evaluación del paciente con conducta suicida deberá realizarse en un ambiente de privacidad, confidencialidad y respeto.

Durante la estancia de un paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias deberán adoptarse todas aquellas medidas disponibles de seguridad que impidan la fuga y las acciones de auto o heteroagresividad.

El médico de urgencias, además de valorar la alteración de la condición física del paciente con conducta suicida, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básica. Los pacientes con un intento de suicidio deberán ser valorados por un psiquiatra y/o un psicólogo clínico, cuando así lo considere el médico de urgencias.

La derivación al psiquiatra y/o al psicólogo clínico por parte del médico de urgencias deberá realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica.

En ocasiones podrá diferirse la evaluación psiquiátrica del paciente, derivándose con carácter prioritario a un servicio de psiquiatría, con el acompañamiento de los familiares.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Documento Controlado</b>	<b>Página 8 de 12</b>
	<b>PROTOCOLO DE CONDUCTA SUICIDA Y AGUDIZACION DE SINTOMAS PSIQUIATRICOS</b>	<b>Fecha vigencia 03/12/2020</b>	<b>Código PRO-URG-05</b>	

Se deberán fortalecer los siguientes aspectos de la atención a las personas con ideación y/o conducta suicida:

- Comunicación entre pacientes y profesionales
- Actitud empática y respetuosa de los profesionales
- Acceso a la consulta especializada
- Información sobre la ideación y/o conducta suicida a pacientes, cuidadores, familiares y allegados
- Si la persona no es hospitalizada, deben tomarse las medidas apropiadas para el seguimiento oportuno por parte del prestador de servicios de (por ejemplo, profesional de salud, etc.) dentro de las 24 horas.

Las razones para no hospitalizar deben estar claramente documentadas en la historia clínica de la persona. Todos los clínicos que trabajan con personas que se autolesionan o son suicidas deben estar bajo supervisión clínica regular para mitigar el impacto negativo que este trabajo puede tener tanto en ellos como en la calidad de su trabajo con personas suicidas.


## **5.2. Manejo del paciente hospitalizado en la sala de Urgencias**

La decisión de hospitalizar o no a un paciente tras una conducta suicida es habitualmente un proceso complejo. Se recomienda tener en cuenta principalmente los siguientes factores:

- Repercusión médico-quirúrgica de la conducta suicida
- Riesgo suicida inmediato del paciente
- Necesidad de un tratamiento más intensivo del trastorno mental de base
- Falta de apoyo social y familiar efectivo.

Con el fin de reducir el riesgo de suicidio en la persona, la estancia hospitalaria debe ser de más de 4 días, por lo que en el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos,



	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Documento Controlado</b>	<b>Página 9 de 12</b>
	<b>PROTOCOLO DE CONDUCTA SUICIDA Y AGUDIZACION DE SINTOMAS PSIQUIATRICOS</b>	<b>Fecha vigencia 03/12/2020</b>	<b>Código PRO-URG-05</b>	

por no contar con servicio de psiquiatría, no se realizan hospitalizaciones de este tipo de pacientes por lo que se remiten.

Para una persona con riesgo crónico de suicidio, las admisiones cortas (1- 4 días) pueden ser apropiadas. El tratamiento (tanto psicofarmacológico como psicológico) de las enfermedades mentales subyacentes debe iniciarse lo antes posible.

En niños, niñas y adolescentes con depresión mayor e ideación y/o conducta suicida, se recomienda el uso de terapia combinada (antidepresivos como fluoxetina, sertralina, escitalopram + psicoterapia). Se recomienda que el seguimiento del paciente se realice por parte del mismo terapeuta a nivel hospitalario y ambulatorio, lo anterior da lugar a que las personas en riesgo de suicidio sean más propensas a aceptar la toma de medicamentos y asistir a las citas. El clínico debe tener en cuenta que, en algunos casos, cuando se prescriben antidepresivos la recuperación en aspectos motores de la conducta preceden a la recuperación del estado de ánimo lo cual podría constituir un riesgo de actuación del paciente para el que se debe estar preparado. Los médicos deben tener precaución al prescribir benzodiazepinas (tanto a corto como a mediano plazo), especialmente si la persona también sufre de depresión o tiene factores de riesgo para suicidio. En adultos con depresión mayor que presentan ideación suicida se recomienda preferentemente el tratamiento con antidepresivos del grupo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

### **5.3. Sedación en pacientes con conducta suicida o agudización de síntomas psiquiátricos.**

La sedación con medicamentos puede ser necesaria si la persona muestra un comportamiento violento, agitado, o síntomas de psicosis. Considere la posibilidad de prescribir un antipsicótico como el haloperidol o un benzodiazepina de vida corta o media como el clonazepam o midazolam que son las únicas que se encuentran en presentación intramuscular. En caso de que el paciente acepte vía oral se intentará con un benzodiazepina de vida corta o media o un antipsicótico de



<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Documento Controlado</b>	<b>Página 10 de 12</b>
<b>PROTOCOLO DE CONDUCTA SUICIDA Y AGUDIZACION DE SINTOMAS PSIQUIATRICOS</b>	<b>Fecha vigencia 03/12/2020</b>	<b>Código PRO-URG-05</b>	

dispersión oral como Olanzapina o Risperidona. En niños menores de doce años una alternativa son los antihistamínicos como Difenhidramina.


Los antipsicóticos, los benzodiazepinas y cualquier depresor del Sistema Nervioso Central, está contraindicado en pacientes con intoxicación exógena y depresión del Sistema Nervioso Central, evidenciado por disminución en el estado de alerta, de la atención o de la conciencia.

Si una persona ha sido sedada y luego tiene que ser transportada a otro lugar para la evaluación, deberá hacerse con apoyo médico durante el traslado. El médico que lo acompaña debe estar al tanto de posibles complicaciones médicas de la sedación (p. Ej., Paro respiratorio después del uso intravenoso de benzodiazepinas)

#### **5.4. Planificación del alta del paciente**

En caso de ser controlado el episodio de agudización en la urgencia, de acuerdo con la valoración inicial o triage, el plan de alta debe ser desarrollado en consulta con la persona y sus personas clave de apoyo (incluyendo la familia si es apropiado) y clínicos. Si procede, la familia o los parientes deben ser informados del riesgo de la persona, informados de su próxima cita e invitados a asistir. También deben participar en los procesos de planificación del alta. El equipo de cuidado continuo debe recibir al menos un reporte verbal previo al alta. También deben estar incluidos en el plan de alta médica reuniones o proceso de toma de decisiones. A la salida del paciente, el médico tratante expedirá la epicrisis junto con la formulación y el plan completo de tratamiento y seguimiento, así como contactos clave para llamar si es necesario.

En el Hospital Regional de II Nivel de San Marcos, para aseguramiento de la seguridad del paciente y sus familiares, se considerará en el mayor número de casos, hacer remisión de todo tipo de pacientes con conducta suicida o agudización de síntomas, una vez haya estabilidad de los signos clínicos que comprometan la vida del paciente.

	<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Documento Controlado</b>	<b>Página 11 de 12</b>
	<b>PROTOCOLO DE CONDUCTA SUICIDA Y AGUDIZACION DE SINTOMAS PSIQUIATRICOS</b>	<b>Fecha vigencia 03/12/2020</b>	<b>Código PRO-URG-05</b>	

### **5.5. Programa de Prevención de Suicidio Hospital Regional de San Marcos.**

Este programa estará basado en educación en salud y en la puesta en marcha de dispositivos que garanticen una sensibilización comunitaria frente a esta problemática de Salud Pública.

En los servicios de urgencias, se llevará a cabo una tamización del riesgo de suicidio en aquellos pacientes con presencia de factores de riesgo (trastornos depresivos, consumo de alcohol, sustancias psicoactivas e impulsividad, entre otros) o que presenten factores de estrés asociados (ruptura de relación, embarazo no deseado, exposición a casos de suicidios o intentos, etc.), que acudan incluso por otros motivos.

La tamización se puede hacer con escalas como: Sad Persons (para adultos), escala de síntomas psicológicos para población Militar o escala de Horowitz versión abreviada que sirve para niños y adolescentes, sin embargo, ninguna escala reemplaza el juicio clínico del profesional en salud mental. Se alienta al personal de urgencias a utilizar el protocolo de triage descrito y la herramienta de evaluación RAPID (ver anexos), para evaluar la urgencia de la necesidad de remisión de salud mental y medidas de seguridad.

En la consulta externa, para los adultos mayores se recomienda la implementación de tamización de depresión, asociado a un adecuado seguimiento y a programas de educación para la salud ya que esta medida disminuye el riesgo de suicidio. Algunos instrumentos de tamización que podrían utilizarse son: 15-item Geriatric Depression Scale (GDS) y la 5-item GDS subscale (GDS-SI).

Este programa será llevado a cabo por el psicólogo y trabajador social de la institución, en acompañamiento con el referente de Seguridad del Paciente y Epidemiólogo.



<b>HOSPITAL REGIONAL DE II NIVEL DE SAN MARCOS ESE</b>	<b>Versión 1</b>	<b>Documento Controlado</b>	<b>Página 12 de 12</b>
<b>PROTOCOLO DE CONDUCTA SUICIDA Y AGUDIZACION DE SINTOMAS PSIQUIATRICOS</b>	<b>Fecha vigencia 03/12/2020</b>	<b>Código PRO-URG-05</b>	

## CONTROL DE LOS CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
03/12/2020	1	Se documenta, se codifica en formato de documentos controlados