GOBIERNO DE COLOMBIA

IETS Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

Guía de Práctica Clínica

para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción)

Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia

Guía para profesionales de la salud 2017 Guía No 60

OBJETIVOS

- ✓Proponer recomendaciones basadas en la evidencia para la atención de pacientes con riesgo de suicidio, ideación y/o conducta suicida así como aspectos preventivos. Se incluye la atención a los familiares y allegados supervivientes.

ALCANCE

Grupos que se consideran

Esta guía considerará los siguientes grupos de pacientes:

✓ Niños y niñas (< 12 años), adolescentes (12 a 18 años), adultos y adultos mayores que presenten riesgo de suicidio, ideación y/o conducta suicida. Así mismo, aplica para la comunidad en general en lo relacionado al componente de prevención.

Grupos que no se toman en consideración

En esta guía no se contempla a los pacientes con las siguientes características:

- No se incluye el tratamiento somático por otros eventos mórbidos, de pacientes con episodio de conducta suicida; la organización de los servicios asistenciales, y los aspectos éticos y morales.

Significado y representación gráfica de los niveles de evidencia

Fuerza de las recomendaciones en el sistema SIGN	A	Al menos un meta-análisis, revisión sistemática o ensayo clínico, clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
	B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestren una gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ o 1+.
	C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestren una gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
	D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Categoría no contemplada por el SIGN	Q	Evidencia extraída de estudios cualitativos relevantes y de calidad.

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Factores de riesgo asociados con la ideación y/o conducta suicida y evaluación del riesgo suicida

1. Tras una ideación y/o conducta suicida se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente, así como una evaluación de los factores de riesgo y de protección de ideación y/o conducta suicida. (avalia-t 2012)

   Recomendación D

2. Toda la información recabada a lo largo del proceso de evaluación deberá ser registrada de forma adecuada en la historia clínica. (avalia-t 2012)

   Recomendación D

3. Se recomienda que los profesionales expliquen al paciente y a sus allegados el objetivo de la evaluación y su finalidad, y que traten de implicarlos como parte activa del proceso terapéutico. (avalia-t 2012)

   Recomendación Q

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Factores de riesgo asociados con la ideación y/o conducta suicida y evaluación del riesgo suicida

4. Es recomendable contar con la información del paciente y de otras fuentes, como familiares, amigos, allegados y otros profesionales sanitarios o cuidadores. (avalia-t 2012)

Recomendación D

5. La estimación del riesgo suicida de un paciente deberá hacerse mediante el juicio clínico del profesional, teniendo en cuenta la presencia de factores de riesgo y factores protectores. (avalia-t 2012)

Recomendación D

6. Se recomienda que la entrevista clínica se oriente a la recolección de los datos objetivos/descriptivos y subjetivos (narrativa del paciente, pensamientos e ideas) y adecuar la entrevista a los objetivos de la misma: escenario y circunstancias, tiempo disponible, condiciones de la persona entrevistada y preparación del entrevistador. (avalia-t 2012)

Recomendación D

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Factores de riesgo asociados con la ideación y/o conducta suicida y evaluación del riesgo suicida

7. En la evaluación del riesgo de ideación y/o conducta suicida se deberá considerar, principalmente:
   a) Presencia de intentos de suicidio previos y el abuso de sustancias. **Recomendación D**
   b) Presencia de trastornos mentales, signos y síntomas de depresión, síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación, ideas de muerte recurrente e ideación suicida grave (ideas de suicidio persistentes y elaboradas que incluyan planeación), así como eventos estresantes y disponibilidad de métodos. **Recomendación D**
   c) Factores de riesgo asociados a su repetición, enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y ambientales y antecedentes de suicidio en el entorno. **Recomendación C**
   d) Acontecimientos vitales estresantes. **(nueva de expertos)**
   e) Rasgos de personalidad persistentes de impulsividad. **(nueva de expertos)**
   f) Historia actual o pasada de maltrato y/o violencia sexual. **(nueva de expertos)**
   g) Historia de matoneo. **(nueva de expertos)**

(avalia-t 2012)

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Factores de riesgo asociados con la ideación y/o conducta suicida y evaluación del riesgo suicida

8. Se recomienda no sustituir la entrevista clínica por el uso de escalas auto y heteroaplicadas, aunque éstas aportan una información complementaria en la evaluación. (avalia-t 2012)

Recomendación D

9. Dentro de las diferentes escalas, se recomiendan las escalas de desesperanza, ideación suicida e intencionalidad suicida de Beck. También se recomiendan los ítems de conducta suicida del Inventario de depresión de Beck y de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton. (avalia-t 2012)

Recomendación C

10. Aunque no validada, también se recomienda la escala SAD PERSONS por su facilidad de aplicación. (avalia-t 2012)

Recomendación D

11. En población militar se recomienda el uso de la escala para medir riesgo de suicidio de González, Oliveros, et al, 2013, validada para población Colombiana.

(Nueva de expertos)

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Factores de riesgo asociados con la ideación y/o conducta suicida y evaluación del riesgo suicida

12. Cualquier persona que habla de suicidio necesita ser tomada en serio. Las personas que mueren por suicidio a menudo han expresado pensamientos suicidas o han mostrado señales de advertencia a las familias o a los profesionales de la salud.(NZGG 2008)

Recomendación C

13. Al valorar a un paciente con varios intentos de suicidio, se recomienda evaluar las causas o precipitantes de cada uno de forma independiente. (avalia-t 2012)

Recomendación C

14. Las notas del caso deben ser complementadas con entrevistas estructuradas. (NZGG 2008)

Recomendación C

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Evalua

15. Se recomienda la capacitación de los médicos de consulta externa y urgencias en la evaluación y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida, implementando, en caso necesario, programas específicos acerca de su abordaje diagnóstico y psicoterapéutico. (avalia-t 2012)

Recomendación D

16. Se recomienda que las preguntas a los pacientes sobre sus ideas de suicidio se formulen de forma gradual: no deberán ser exigentes ni coercitivas, sino plantearlas de manera cálida y empática. (avalia-t 2012)

Recomendación D

17. Tras un intento de suicidio en el ámbito de consulta externa y urgencias, deberá valorarse, en primer lugar, las condiciones físicas del paciente y decidir sobre la necesidad de derivación a un centro hospitalario para el tratamiento de sus lesiones. (avalia-t 2012)

Recomendación D

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Ev

18. Tras un intento de suicidio en el ámbito de consulta externa y urgencias, se recomienda realizar, siempre que sea posible, una valoración que incluya:

- Características del intento
- Intentos autoagresivos previos
- Factores sociodemográficos (Red de apoyo)
- Trastornos mentales asociados
- Antecedentes familiares.

(avalia-t 2012)

Recomendación D

19. En caso de ideación suicida se recomienda la derivación urgente a una consulta por psiquiatría, si presenta alguna de las siguientes condiciones:

- Trastorno mental grave
- Conducta auto agresiva grave previa
- Plan de suicidio elaborado
- Expresión de intencionalidad suicida que se mantenga al final de la entrevista
- Situación socio familiar de riesgo o falta de apoyo
- Duda sobre la gravedad de la ideación o riesgo de intento inmediato.

(avalia-t 2012)

Recomendación D

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Evaluación y manejo de la ideación y/o conductas suicidas en atención primaria

20. En caso de intento de suicidio se recomienda la derivación urgente a un servicio de urgencias, si:

- Necesidad de tratamiento médico de las lesiones producidas, no susceptibles de ser atendidas en consulta externa.
- Intoxicación voluntaria con disminución del nivel de conciencia o agitación (previa estabilización del paciente).

En caso de intento de suicidio, y en ausencia de los puntos anteriores, se recomienda la derivación urgente al servicio de psiquiatría, si:

- Alta letalidad del plan, independientemente de su resultado
- Presencia de enfermedad mental grave
- Conducta auto agresiva grave reciente
- Intentos de suicidio previos
- Situación socio familiar de riesgo o de falta de apoyo
- Duda sobre la gravedad del intento o riesgo de repetición.

(avalia-t 2012)

Recomendación D

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Evaluación y manejo de la ideación y/o conductas suicidas en atención primaria

21. A toda persona de más de 10 años de edad que tenga alguna de las siguientes condiciones, se le debe preguntar acerca de pensamientos o planes de autolesión en el último mes y acerca de actos de autolesión en el último año:

- Cualquier otro trastorno prioritario (refiérase al Esquema Principal GI-mhGAP)
- Dolor crónico
- Alteraciones emocionales agudas

Evalúe los pensamientos, planes y actos de autolesión durante la evaluación inicial y de allí en adelante en forma periódica, según se requiera. Atienda el estado mental y el malestar emocional de la persona.

Es necesario estar atentos a los signos de alarma que indiquen la remisión urgente a un nivel de atención complementario, como intento suicida en adolescentes, adulto mayor, mujeres en período de gestación o lactancia, si es el segundo episodio de autolesión en el último año o si el método de autolesión utilizado tiene un alto potencial de letalidad.

(mhGAP 2016)

22. Si hay riesgo inminente de autolesión / suicidio por la presencia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o autolesión en el último año en una persona que está extremadamente agitada, violenta, afligida o poco comunicativa tome las siguientes precauciones:

- Elimine los métodos de autolesión
- Cree un ambiente seguro y con apoyo en lo posible en un área separada y tranquila
- No deje a la persona sola
- Supervise y asigne a un miembro del personal o a un familiar para garantizar la seguridad
- Atienda el estado mental y la angustia
- Ofrezca y active el Apoyo psicosocial
- Consulte a un especialista en salud mental, si está disponible
- Mantenga contacto constante y ofrezca seguimiento

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Evaluación y manejo de la ideación y/o conductas suicidas en atención primaria

23. Si no hay riesgo inminente de autolesión / suicidio pero hay historia de pensamientos o planes de autolesión en el último mes o de autolesión en el último año:
- Ofrezca y active el apoyo psicosocial
- Consulte a un especialista de salud mental si está disponible, llame a la línea de orientación toxicológica nacional 018000-916012
- Mantenga contacto regular y de seguimiento

(mhGAP 2016)

24. Si un especialista en salud mental no está disponible en el momento, acuda a la familia, los amigos y otras personas involucradas o a los servicios comunitarios para que monitoreen y apoyen a la persona durante el periodo de riesgo inminente.

(mhGAP 2016)

25. Aconseje a la persona y a los cuidadores a restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (por ejemplo, pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego, armas cortopunzante, ahorcamientos), mientras la persona tenga pensamientos, planes o actos de autolesión.

(mhGAP 2016)

26. Mejore y coordine el apoyo social con los recursos comunitarios disponibles. Estos incluyen recursos informales, tales como familiares, amigos, conocidos, colegas y líderes religiosos, o recursos comunitarios formales, si están disponibles, tales como líneas telefónicas de atención en salud mental, centros de escucha y zonas de orientación y centros reguladores de urgencias y emergencias (CRUE).

(mhGAP 2016)

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias

27. 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. (avalia-t 2012)

Recomendación D

28. Los profesionales no especializados en salud mental deberían recibir una adecuada formación en la evaluación de pacientes que acuden por una conducta suicida. (avalia-t 2012)

Recomendación D

29. La presencia de un «contrato de seguridad» no garantiza en modo alguno la seguridad real de la persona. No hay evidencia de que actúe como un impedimento para el suicidio. (NZGG 2008)

Recomendación D

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Evaluación y manejo del paciente con conducta suicida en el servicio de urgencias

30. 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. (NZGG 2008)

* 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.

Recomendación D

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Componentes clave de una evaluación psiquiátrica / psicosocial

31. Al realizar una evaluación del riesgo de suicidio siempre tenga en cuenta la presencia de una enfermedad mental concomitante, en particular los siguientes diagnósticos, que están asociados con un mayor riesgo:

- Depresión mayor - factores de riesgo agudos: anhedonia severa, insomnio, ansiedad.
- Abuso de sustancias: factores de riesgo agudos: depresión co-mórbida, pérdida o ruptura interpersonal reciente.
- Esquizofrenia: factores de riesgo agudos: edad <40, cronicidad de la enfermedad con exacerbaciones frecuentes, conciencia del deterioro y mal pronóstico, depresión.
- Trastorno de personalidad límite o trastorno de personalidad antisocial - factores de riesgo agudos: trastornos comórbidos del Eje I, particularmente depresión.
  (avalia-t 2012)

Recomendación B

32. Informe a los cuidadores y a otros miembros de la familia que preguntarle a una persona directamente acerca del suicidio a menudo reduce la ansiedad que rodea el sentimiento; la persona se puede sentir aliviada y mejor comprendida.

(mhGAP 2016)

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Componentes clave de una evaluación psiquiátrica / psicosocial

33. Los cuidadores de las personas que están en riesgo de autolesión con frecuencia tienen mucho estrés. Ofrezca apoyo emocional a los familiares / cuidadores, si lo necesitan.

(mhGAP 2016)

34. Informe a los cuidadores que aunque se puedan sentir frustrados, es recomendable que eviten las críticas severas y la hostilidad hacia la persona que está en riesgo de autolesión.

(mhGAP 2016)

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Tratamiento de la conducta suicida en atención especializada (Salud mental)

35. 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.

(avalia-t 2012)

Recomendación D

36. Con el fin de reducir el riesgo de suicidio en la persona, la estancia hospitalaria debe ser de más de 4 días. (NZGG 2008)

Recomendación A

37. Para una persona con riesgo crónico de suicidio, las admisiones cortas (1- 4 días) pueden ser apropiadas. (NZGG 2008)

Recomendación C

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Tratamiento de la conducta suicida en atención especializada (Salud mental)

38. El personal de la unidad de hospitalización siempre debe estar atento, especialmente la primera semana después de la admisión cuando la persona aún no es bien conocida. (NZGG 2008)

Recomendación C



39. El tratamiento (tanto psicofarmacológico como psicológico) de las enfermedades mentales subyacentes debe iniciarse lo antes posible. (NZGG 2008)

Recomendación D

40. La psicoterapia empleada debería incidir siempre algún aspecto concreto del espectro suicida (ideación suicida, desesperanza, autolesiones u otras formas de conducta suicida). (avalia-t 2012)

Recomendación B

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Tratamiento de la conducta suicida en atención especializada (Salud mental)

41. 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). (avalia-t 2012)

Recomendación D

42. 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. (NZGG 2008)

Recomendación A

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Tratamiento de la conducta suicida en atención especializada (Salud mental)

43. 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. (NZGG 2008)

Recomendación C

44. Los médicos deben tener precaución al prescribir benzodiacepinas (tanto a corto como a mediano plazo), especialmente si la persona también sufre de depresión o tiene factores de riesgo para suicidio. (NZGG 2008)

Recomendación C

44.1 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. (avalia-t 2012)

Recomendación A

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Tratamiento de la conducta suicida en atención especializada (Salud mental)

45. 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 una benzodiacepina de vida corta o media como el clonazepam o midazolam que son las únicas que se encuentran en presentación intramuscular.

En caso que el paciente acepte vía oral se intentará con una benzodiacepina de vida corta o media o un antipsicótico de dispersión oral como Olanzapina o Risperidona.

En niños menores de doce años una alternativa son los antihistamínicos como Difenhidramina. (NZGG 2008)

Recomendación C

46. Los antipsicóticos, las benzodiacepinas 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. (NZGG 2008)

Recomendación A

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Tratamiento de la conducta suicida en atención especializada (Salud mental)

47. La terapia electroconvulsiva estaría indicada también en adolescentes con depresión mayor y que presenten ideación y/o conducta suicida, que pongan en peligro su vida, y que no han respondido a otros tratamientos. (avalia-t 2012)

Recomendación D

47.1 Se recomienda la terapia electroconvulsiva en aquellos pacientes con depresión mayor grave en los que exista la necesidad de una rápida respuesta debido a la presencia de alta intencionalidad suicida. (avalia-t 2012)

Recomendación C

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Tratamiento de la conducta suicida en atención especializada (Salud mental)

48. El seguimiento debe ocurrir en la primera semana después del alta, ya que este es el momento de mayor riesgo para una persona dada de alta del hospital. Esto debería ocurrir incluso si la persona no asiste a su cita de control ambulatorio.

*El seguimiento debe ser realizado por el psiquiatra y con el acompañamiento del equipo de salud mental, también se debe contar con programas de atención domiciliaria para el seguimiento del paciente y apoyo a los familiares y allegados afectados por la conducta suicida. (NZGG 2008)

Recomendación A

49. Si la persona no asiste a su cita de seguimiento y se cree que todavía tiene un riesgo significativo de suicidio, el clínico debe hacer esfuerzos para contactar a esa persona inmediatamente para evaluar su riesgo de ideación y/o conducta suicida o auto-agresión. (NZGG 2008)

Recomendación D

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Tratamiento de la conducta suicida en atención especializada (Salud mental)

50. Inicialmente mantenga contacto (a través del teléfono, visitas domiciliares, de cuidadores y familiares, gestores comunitarios, técnicos en salud pública, auxiliares de enfermería y gestores de las EAPB) con más frecuencia (por ejemplo, semanalmente durante los primeros 2 meses) y con menos frecuencia a medida que la persona mejora (de allí en adelante, una vez en 2 – 4 semanas). Si es necesario, considere mantener contacto más intenso o prolongado.

(mhGAP 2016)

51. Ofrezca seguimiento mientras persista el riesgo de suicidio. En cada contacto, evalúe rutinariamente los pensamientos y planes suicidas. Si el riesgo es inminente, tome las debidas precauciones, active apoyo psicosocial y consulte a un especialista de salud mental si está disponible

(mhGAP 2016)

PREVENCIÓN

Programas generales de prevención de la conducta suicida

52. Se recomienda la puesta en marcha de líneas de acción específicas que mejoren el acceso a los servicios para la prevención y tratamiento adecuado de la ideación y/o conducta suicida mediante:

- Desarrollo de programas preventivos en poblaciones de riesgo
- Formación de los profesionales de la salud en la detección del riesgo suicida e identificación de factores de riesgo y protectores
- Formación en los primeros auxilios psicológicos y emocionales
- Educación a la población general
- Educación a los profesionales de los medios de comunicación sobre cómo deben publicar las noticias de suicidios para evitar la imitación de la conducta y el acto suicida (Efecto Werther), omitiendo los elementos que puedan inspirar compasión al lector y no sugerir que el suicidio ha contribuido en algún modo a resolver los problemas del suicida.
- Mejorar los procedimientos de identificación, tratamiento y seguimiento de personas con ideación y/o conducta suicida.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud y proporcionar el tratamiento indicado a las personas con ideación y/o conducta suicida
- Eliminar tabúes y estigmas sobre el trastorno mental y el suicidio tanto en los profesionales de la salud como en la población general
- Promover la investigación sobre la prevención del suicidio. (avalia-t 2012)

Recomendación C

PREVENCIÓN

Programas generales de prevención de la conducta suicida

53. Se recomienda la realización de intervenciones comunitarias de apoyo: líneas telefónicas, actividades grupales y psicoeducación. (avalia-t 2012)

Recomendación C

54. Restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (tales como pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego, armas cortopunzantes, ahorcamiento."

(mhGAP 2016)

55. Diseñar políticas para reducir el uso perjudicial del alcohol como un componente de la prevención del suicidio, particularmente en las poblaciones con alta prevalencia de consumo de alcohol.

(mhGAP 2016)

56. Ayudar y motivar a los medios de comunicación a seguir prácticas de comunicación responsables con respecto al suicidio.

- Evitar emplear un lenguaje que intenta causar sensacionalismo, o aceptar como normal el suicidio, o presentarlo como la solución a un problema.
- Evitar fotografías y descripciones explícitas del método utilizado para suicidarse.
- Proporcionar información acerca de dónde se puede obtener ayuda.

(mhGAP 2016)

PREVENCIÓN

Restricción del acceso a medios letales

57. Se recomienda reducir la disponibilidad o limitar el acceso a medios letales de suicidio, principalmente de aquellos más utilizados:
– Restricción de la venta de psicotrópicos
– Reducción del tamaño de los envases de fármacos en general.
– Uso de antidepresivos de menor toxicidad
– Reducción de las emisiones de monóxido de carbono de los vehículos, detectores de CO2 en hogares, etc.
– Menor toxicidad del gas de uso doméstico
– Instalación de barreras en lugares elevados (puentes, viaductos, balcones, azoteas)
– Restricción sobre posesión y control de armas de fuego
– Control de plaguicidas y cianuro.
(avalia-t 2012)

Recomendación B

58. Aconseje a la persona y a los cuidadores a restringir el acceso a los métodos usados para autoagredirse (por ejemplo, pesticidas y otras sustancias tóxicas, medicamentos, armas de fuego, armas cortopunzante, ahorcamientos), mientras la persona tenga pensamientos, planes o actos de autolesión.

(mhGAP adaptada 2016)

PREVENCIÓN

Programas formativos de prevención de la conducta suicida

59. Se recomienda que todo profesional, tanto de la salud como de otros sectores, que pueda estar en contacto con personas en riesgo de suicidio adquiera los conocimientos, actitudes y habilidades básicas para su manejo. (avalia-t 2012)

Recomendación C

60. De forma general, se recomienda que los programas destinados a la formación del personal de salud sobre ideación y/o conducta suicida incluyan información sobre factores de riesgo y de protección, evaluación y estrategias de intervención en crisis, información sobre mitos, centros de atención y orientación, líneas telefónicas de atención y páginas web de ayuda online. El formato podrá ser presencial, online o mixto, y basarse en conferencias, discusión de casos o juego de roles. (avalia-t 2012)

Recomendación C

PREVENCIÓN

Tamización de riesgo de suicidio

61. En centros educativos, la evidencia existente sobre la efectividad y el posible impacto en la conducta suicida no permite recomendar la implantación de programas de tamización. (avalia-t 2012)

Recomendación C

62. En atención primaria, se sugiere implementar programas de tamización del riesgo de suicidio en adolescentes con presencia de factores riesgo de suicidio que puedan necesitar ser derivados a un servicio especializado. Como herramienta de tamización puede utilizarse el Cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz, por ser el único validado en castellano. (avalia-t 2012)

Recomendación C

PREVENCIÓN

Tamización de riesgo de suicidio

63. En los servicios de urgencias, se recomienda llevar 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. (avalia-t 2012)

*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 remplaza el juicio clínico del profesional en salud mental) **Recomendación C**

PREVENCIÓN

Tamización de riesgo de suicidio

64. En 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). (avalia-t 2012)

Recomendación C

65. Se alienta al personal de urgencias a utilizar el protocolo de triage descrito y la herramienta de evaluación RAPID, para evaluar la urgencia de la necesidad de remisión de salud mental y medidas de seguridad. (NZGG 2008)

Recomendación D

65.1 En centros penitenciarios se recomienda la tamización del riesgo de suicidio de los reclusos a su ingreso, con posterior observación y seguimiento. No se ha encontrado evidencia para recomendar ninguna escala de tamización en esta población. (avalia-t 2012)

Recomendación D

PREVENCIÓN

Conducta suicida en grupos de riesgo

66. En niños, niñas y adolescentes con presencia de factores de riesgo de ideación y/o conducta suicida se recomienda realizar una amplia evaluación psicopatológica y social. La evaluación deberá seguir los mismos principios que en los adultos aunque considerando los aspectos psicopatológicos propios de la infancia y adolescencia y prestando especial atención a la familia y su situación social. (avalia-t 2012)

Recomendación D

67. En la evaluación de niños, niñas o adolescentes en los que se evidencia factores de riesgo para ideación y/o conducta suicida se recomienda preguntar directamente y de forma empática sobre la presencia de ideación suicida o planificación, conducta suicida pasada y otros factores de riesgo, como matoneo y/o maltrato infantil, así como también ampliar la evaluación a personas cercanas (cuidadores o profesores). (avalia-t 2012)
Recomendación C

PREVENCIÓN

Conducta suicida en grupos de riesgo (INFANCIA Y ADOLESCENCIA)

68. De cara a la prevención de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales se recomienda:

- Realizar una evaluación rigurosa del riesgo de suicidio de cara a valorar la estrategia de tratamiento más beneficiosa en cada caso.
- Prestar especial atención a la presencia de trastornos comórbidos.
- Valorar de forma periódica los síntomas de depresión, ideación suicida y la presencia de posibles eventos vitales estresantes.
- Favorecer la coordinación entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales, para realizar un adecuado seguimiento.

(avalia-t 2012)

Recomendación D

71. Siempre que sea posible, la evaluación de niños, niñas y adolescentes suicidas debe ser llevada a cabo por un profesional con formación en psiquiatría infantil y de adolescentes; de no ser posible, se recomienda que sea llevada a cabo por un clínico con habilidad en entrevistar y trabajar con personas de este grupo de edad. (NZGG 2008)

Recomendación D

69. En la evaluación del riesgo de suicidio se recomienda que los clínicos tengan en cuenta el uso patológico de Internet o su uso inadecuado, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. (avalia-t 2012)

Recomendación C

70. Las lesiones auto infligidas entre los niños son raras y deben ser tratadas muy seriamente. (NZGG 2008

Recomendación D

PREVENCIÓN

Conducta suicida en grupos de riesgo (ADULTO MAYOR)

72. En el caso de emplear escalas como complemento a la entrevista clínica en el adulto mayor, se recomienda la utilización de escalas validadas e indicadas de acuerdo al criterio clínico del profesional que atiende el paciente.

(avalia-t 2012)

Recomendación C

73. Para el manejo y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida en adultos mayores, en líneas generales se seguirán las mismas recomendaciones que para los adultos. (avalia-t 2012)

Recomendación D

PREVENCIÓN

Evaluación y manejo de personas con riesgo suicida crónico o continuo

74. Los planes de manejo detallado basados en listas de síntomas crónicos y agudos deben ser desarrollados con la persona con riesgo suicida continuo. Esto ayuda a los clínicos a determinar si una persona se presenta con un riesgo nuevo / mayor que su riesgo continuo. Todos los servicios que trabajan con esta persona deben tener una copia de estos planes, y deben revisarse y actualizarse periódicamente. (NZGG 2008)

Recomendación C

75. Los servicios de urgencias siempre deben ponerse en contacto con los servicios de psiquiatría (aunque sólo sea por teléfono) cuando se presente una persona con riesgo suicida continuo. Se debe tener cuidado de no minimizar la gravedad de los intentos. (NZGG 2008)

Recomendación C

76. Cuando una persona con riesgo suicida continuo que es bien conocida por psiquiatría llega al servicio de urgencias, es crucial contar con la historia clínica, consultar su plan de manejo e, idealmente contactar a su médico o terapeuta en caso que el paciente esté sufriendo por un estresor adicional o por un cambio significativo en su enfermedad mental. (NZGG 2008)

Recomendación D

77. Se recomienda la hospitalización cuando la persona con riesgo crónico o continuo de suicidio presenta una conducta suicida o una exacerbación del riesgo por un estresor agudo, o por la presencia de un trastorno psiquiátrico mayor. (NZGG 2008)

Recomendación D

PREVENCIÓN

Prevención de conducta suicida en otros grupos de riesgo

78. Se recomienda evaluar la situación laboral en personas en riesgo de suicidio. (avalia-t 2012)

Recomendación D

79. Se recomienda realizar programas preventivos de suicidio que conlleven una especial atención a personas víctimas de la violencia intrafamiliar. (avalia-t 2012)

Recomendación C

79.1 Se recomienda realizar programas preventivos de suicidio en centros penitenciarios que incluya tanto a funcionarios como a reclusos. (avalia-t 2012)

Recomendación D

PREVENCIÓN

Intervenciones en familiares, allegados y profesionales después de un suicidio

80. A la hora de poner en marcha cualquier intervención tras un suicidio dirigida a los familiares y allegados se recomienda:

- Contextualizar la estrategia de intervención
- Tener en cuenta el efecto del estigma en los allegados
- Considerar las necesidades y expectativas de las personas implicadas.

(avalia-t 2012)

Recomendación D

81. Tras un suicidio, se recomienda que los profesionales de la salud ofrezcan apoyo a los familiares y allegados y les aporten toda la información necesaria sobre los recursos de ayuda disponibles, incluyendo tratamientos específicos y la posibilidad de realizar un seguimiento a largo plazo. (avalia-t 2012)

Recomendación D

82. Se recomienda la implementación de programas de capacitación con el fin de mejorar los conocimientos de los profesionales de los centros educativos sobre la ideación y/o conducta suicida, su impacto en las personas allegadas y brindar herramientas para el manejo de situaciones de conducta suicida en la comunidad escolar. (avalia-t 2012)

Recomendación D

PREVENCIÓN

Intervenciones en familiares, allegados y profesionales después de un suicidio

83. Se recomienda que todos los profesionales reciban formación específica sobre las posibles implicaciones emocionales del suicidio de un paciente y las estrategias de afrontamiento necesarias. (avalia-t 2012)

Recomendación C

84. Tras el suicidio de un paciente se recomienda garantizar el apoyo necesario a los profesionales directamente implicados y la realización de una revisión del caso y de los factores subyacentes. (avalia-t 2012)

Recomendación D

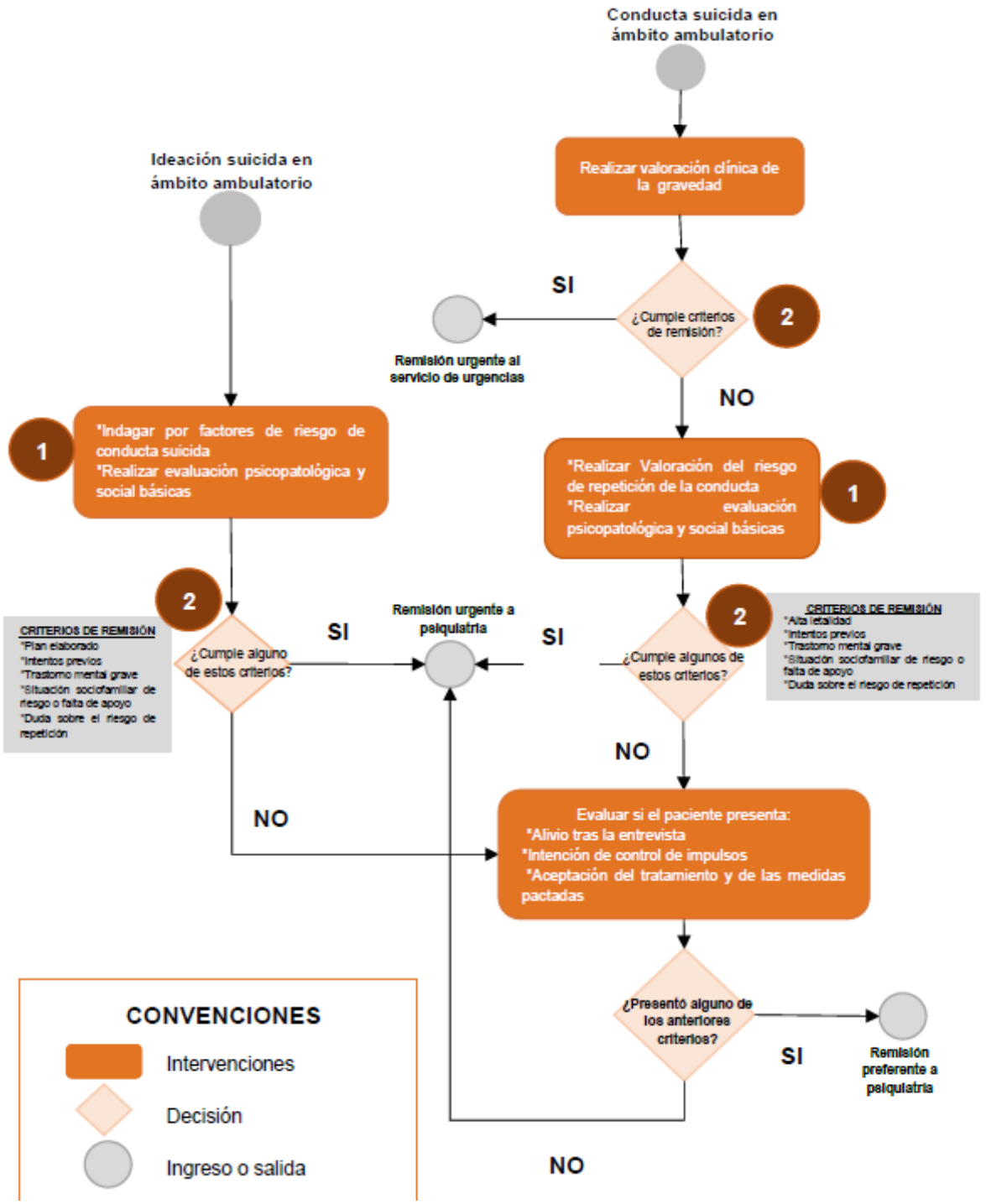
PREVENCIÓN

Programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida

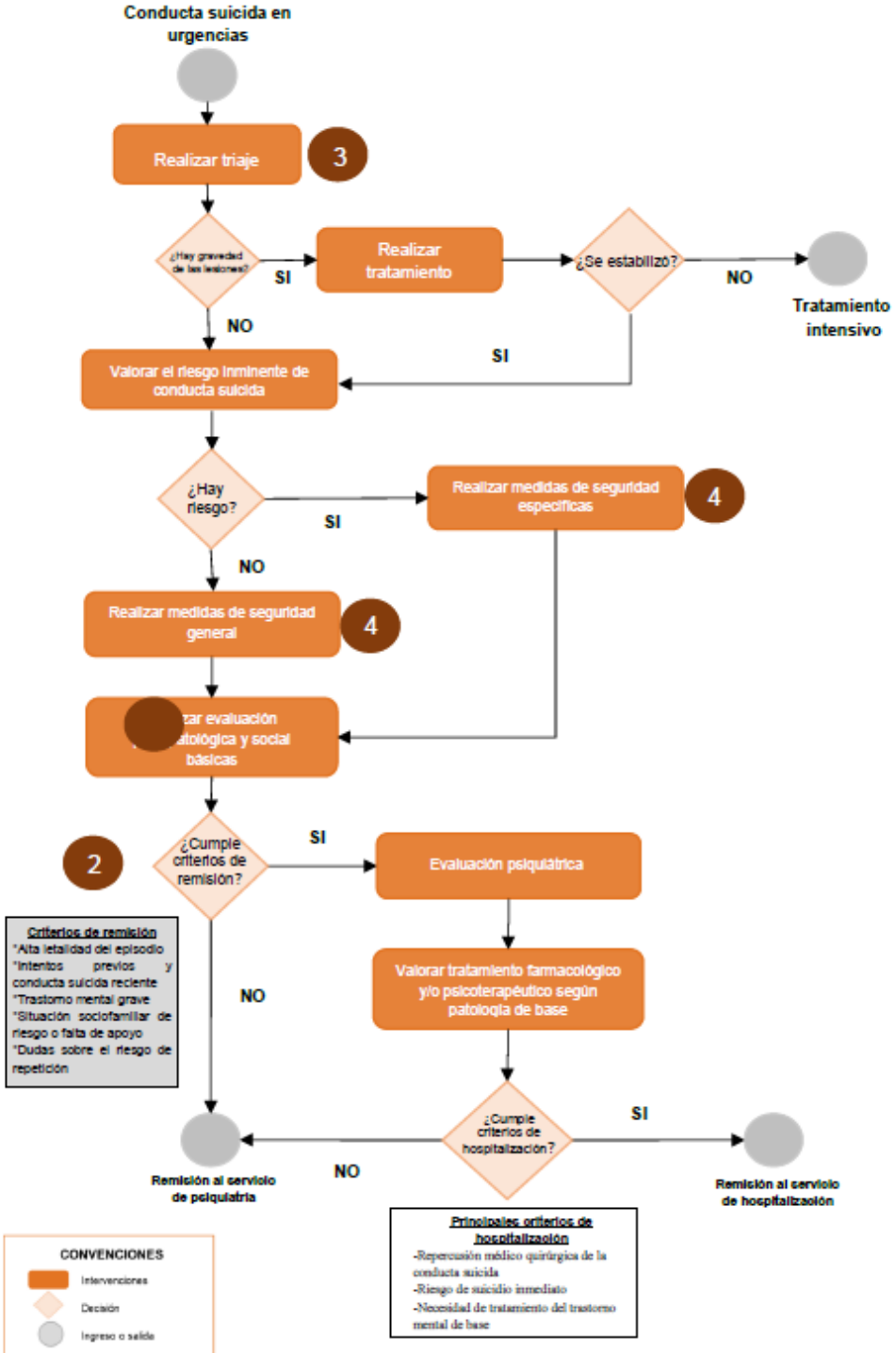
85. Se recomienda la implementación en los servicios de salud de programas clínicos de prevención de la conducta suicida basados en educación en salud y en la puesta en marcha de dispositivos que garanticen una asistencia inmediata y un seguimiento adecuado a los pacientes y que el seguimiento incluya búsqueda activa (visita domiciliaria) de los pacientes que no asistan a las consultas programadas luego de ser dados de alta por una conducta suicida. (avalia-t 2012)

Recomendación C

ALGORITI


Conducta suicida en ámbito ambulatorio
Realizar valoración clínica de la gravedad
SI
¿Cumple criterios de remisión?
2
Remisión urgente al servicio de urgencias
NO
*Realizar Valoración del riesgo de repetición de la conducta
*Realizar evaluación psicopatológica y social básicas
1
2
¿Cumple algunos de estos criterios?
CRITERIOS DE REMISIÓN
*Alta letalidad
*Intentos previos
*Trastorno mental grave
*Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo
*Duda sobre el riesgo de repetición
SI
Remisión urgente a psiquiatría
NO
Evaluar si el paciente presenta:
*Alivio tras la entrevista
*Intención de control de impulsos
*Aceptación del tratamiento y de las medidas pactadas
¿Presentó alguno de los anteriores criterios?
SI
Remisión preferente a psiquiatría
NO
Ideación suicida en ámbito ambulatorio
1
*Indagar por factores de riesgo de conducta suicida
*Realizar evaluación psicopatológica y social básicas
2
¿Cumple alguno de estos criterios?
CRITERIOS DE REMISIÓN
*Plan elaborado
*Intentos previos
*Trastorno mental grave
*Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo
*Duda sobre el riesgo de repetición
SI
Remisión urgente a psiquiatría
NO
CONVENCIONES
Intervenciones
Decisión
Ingreso o salida

ALGORITMO D


Conducta suicida en urgencias
Realizar triaje
3
¿Hay gravedad de las lesiones?
SI
Realizar tratamiento
¿Se estabilizó?
NO
Tratamiento intensivo
NO
SI
Valorar el riesgo inminente de conducta suicida
¿Hay riesgo?
SI
Realizar medidas de seguridad específicas
4
NO
Realizar medidas de seguridad general
4
zar evaluación atológica y social básicas
2
¿Cumple criterios de remisión?
SI
Evaluación psiquiátrica
Criterios de remisión
*Alta letalidad del episodio
*Intentos previos y conducta suicida reciente
*Trastorno mental grave
*Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo
*Dudas sobre el riesgo de repetición
NO
Valorar tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico según patología de base
¿Cumple criterios de hospitalización?
SI
NO
Remisión al servicio de psiquiatría
Remisión al servicio de hospitalización
Principales criterios de hospitalización
-Repercusión médico quirúrgica de la conducta suicida
-Riesgo de suicidio inmediato
-Necesidad de tratamiento del trastorno mental de base
CONVENCIONES
Intervenciones
Decisión
Ingreso o salida

Gracias!