



-Identificar áreas de mejora en la atención a personas con conducta suicida

**METODOLOGÍA: (MATERIAL Y MÉTODOS).**

Estudio transversal, observacional y descriptivo. Revisión sistemática de estudios relevantes, a fin de dar respuesta a los objetivos planteados.

Búsqueda bibliográfica en bases de datos:

1) Especializadas en revisiones sistemáticas, como la Cochrane Library Plus.

2) Especializadas en Guías de práctica clínica y otros recursos de síntesis, como TRIP (Turning Research into Practice), National Guideline Clearinghouse.

### » **Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

El suicidio representa un grave problema de salud pública. Las repercusiones en el entorno son muy importantes, se ve profundamente afectada la esfera emocional, social y económica. En la actualidad, el suicidio se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo. Se estima que en 2020 la cifra de suicidios consumados será de 1,53 millones<sup>1</sup>.

Un gran número de pacientes con riesgo de suicidio acuden a los Servicios de Urgencias solicitando asistencia. La forma de presentación en un servicio de urgencias 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. 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.

Los servicios de urgencias tienen la responsabilidad de realizar la valoración inicial de todos los pacientes que solicitan atención sanitaria y priorizarlos según su gravedad. En los últimos años se han desarrollado sistemas informáticos que utilizan modelos de estratificación del riesgo y que permiten una rápida toma de decisiones.

Según la bibliografía consultada, se acepta como herramienta para la evaluación inicial el Cuestionario de riesgo de suicidio (Risk of Suicide Questionnaire, RSQ)<sup>4</sup>.

Consta de 14 preguntas tipo Lickert de 7 puntos (a mayor puntuación, mayor riesgo suicida) y existe una versión breve con tan solo cuatro ítems relacionados con la conducta suicida actual, ideación y conducta autodestructiva pasadas y factores estresantes actuales.

Se recomienda que todos los pacientes que acudan a un servicio de urgencias por una conducta suicida sean catalogados en el triaje de tal forma que se asegure su atención dentro de la primera hora desde su llegada.

Se propone la versión breve del cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz para ser empleado por el personal encargado del triaje 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 su estancia en el servicio de urgencias deberán adoptarse todas aquellas medidas disponibles de seguridad que impidan la fuga y la auto o heteroagresividad.

El médico de urgencias hospitalarias, además de valorar la alteración de la condición física del paciente con conducta suicida, deberá realizar siempre una evaluación psicopatológica y social básica.

En la valoración de un paciente con conducta suicida se recomienda la evaluación sistemática de la presencia de factores de riesgo y la recogida de las características más relevantes del intento de suicidio, preferiblemente mediante formatos estandarizados, y documentando correctamente toda la información en la historia clínica.

Se recomienda que los pacientes con un intento de suicidio sean valorados por un psiquiatra, cuando así lo considere el médico de urgencias hospitalarias.

La derivación al psiquiatra 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 preferente a una consulta de salud mental.

Se recomienda la mejora de las siguientes áreas de atención a las personas con conducta suicida:

-Comunicación entre pacientes y profesionales

-Actitud empática de los profesionales

### » **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Debido a que nuestro trabajo se ha basado en una revisión de estudios relevantes a fin de dar respuesta a los objetivos planteados, no hemos detectado barreras durante su desarrollo.

### » **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

La causa de muerte que genera mayor culpabilidad, hostilidad y estigmatización es el suicidio. Por tanto, al enfrentarse a la familia del suicida, lo primero es:

-Tener en cuenta el grado de shock y qué recursos inmediatos están a la disposición de la familia para su apoyo emocional.

-Detectar los sentimientos de culpa y responsabilidad por lo ocurrido.

-Detectar posibles pensamientos suicidas, amenazas y otras conductas afines entre los familiares del occiso.

-Ayudar a la familia a reconocer que el suicidio estuvo relacionado con la posible enfermedad del individuo y no con una falla de ellos, pues está comprobado que los familiares de los suicidas están en peligro de tener un comportamiento similar por diversos mecanismos, entre los que la

### » **Propuestas de líneas de investigación.**

-Realizar estudios que permitan conocer la epidemiología de los intentos de suicidio en España y mejorar la recogida de datos de los suicidios consumados (por sexo, grupos de edad), así como estudios que identifiquen factores de riesgo y de protección y evaluación del riesgo suicida y que permitan mejorar la identificación y orientar las intervenciones preventivas en estos grupos.

-Investigar los factores de protección específicos en relación con la conducta suicida y llevar a cabo estudios que tengan por objetivo valorar la efectividad de la prevención del suicidio mediante la potenciación o la intervención sobre dichos factores de protección.

-Realizar estudios que determinen la validez predictiva de las escalas de evaluación del riesgo de suicidio, de cara a la correcta identificación y monitorización de pacientes con conducta suicida.

-Realizar estudios de adaptación y validación de escalas que hayan demostrado adecuadas propiedades, fiabilidad y validez y que hayan sido adaptadas y validadas.

-Elaboración o adaptación de herramientas de ayuda para la detección de la ideación suicida tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias.

-Elaboración o adaptación de herramientas de ayuda para la toma de decisiones en los servicios de urgencias para la derivación y/o ingreso

### » **Bibliografía.**

1.-Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet. 2009; 373(9672):1372-81.

2.-Larkin GL, Beautrais AL. Emergency departments are underutilized sites for suicide Prevention. Crisis. 2010; 31(1):1-6.

3.-Estrategia en salud mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

4-Catalan J, Harding R, Sibley E, Clucas C, Croome N, Sherr L. HIV infection and mental health: suicidal behavior-systematic review. *Psychol Health Med.* 2011; 16(5):588-611.