



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

MANEJO EN URGENCIAS DEL PACIENTE SUICIDA, ¿CUÁNDO SON “ALTABLES” LOS PACIENTES CON IDEACIÓN AUTOLÍTICA?

Jesús Peman Rodríguez, Agustín Bermejo Pastor, Ana García Carpintero, Mar Jiménez Cabañas

Jesus.peman.rodriguez@gmail.com

Suicidio, urgencias, emergencias, ideación autolítica.

RESUMEN

El suicidio es un problema alarmante de salud pública. De entre los pacientes que mueren por suicidio, aproximadamente un 10% visitó un servicio de urgencias en el último mes y un 27% en los últimos 6 meses. Asimismo, estudios de seguimiento han mostrado un elevado riesgo de intento suicida en los seis meses posteriores a su visita a urgencias. A pesar de esto, en torno a la mitad de los pacientes atendidos en urgencias por ideación o conducta suicida son dados de alta.

Dada la alta demanda asistencial, la disponibilidad limitada de camas en unidades de hospitalización, así como el riesgo de iatrogenia inherente a todo tratamiento, la predicción del riesgo suicida representa una parte importante en el trabajo diario de un psiquiatra en urgencias, lo cual contrasta con la escasa evidencia que respalda los procedimientos e instrumentos utilizados para la evaluación del riesgo suicida.

La valoración del riesgo suicida se lleva a cabo de forma rutinaria mediante la entrevista clínica y con la ayuda de ciertos cuestionarios específicos. Dichos cuestionarios, no obstante, muestran una escasa precisión, manteniéndose la entrevista clínica como la principal herramienta. A pesar de que han sido descritos varios factores que predicen de forma independiente el riesgo suicida, como la patología somática o las hospitalizaciones psiquiátricas, aún falta evidencia suficiente sobre el peso de estos y otros factores sobre el riesgo suicida a corto plazo, que permitan elaborar un plan de tratamiento adecuado desde la sala de urgencias.

MANEJO EN URGENCIAS DEL PACIENTE SUICIDA, ¿CUÁNDO SON “ALTABLES” LOS PACIENTES CON IDEACIÓN AUTOLÍTICA?

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los siglos el suicidio ha sido un problema de elevada relevancia en todas las sociedades, adquiriendo una importancia mayor en los últimos años cuando se ha objetivado un aumento progresivo del mismo, llegando al punto de ser un problema de salud pública según la OMS.

En el caso del suicidio el problema se ve agravado debido al impacto que tiene en la población y la escasa conciencia que existe entre la población general y falta de recursos alarmantes que existe para su detección precoz.

Los pacientes con ideas suicidas no es extraño que acudan al servicio de urgencias demandando ayuda por la angustia, ansiedad o miedo que les generan éstas; si bien en otras ocasiones enmascaran esta demanda bajo otra queja complicando su detección y tratamiento. Es por ello que es vital preguntar a todo paciente que acude al servicio de urgencias por patología mental la presencia de ideas autolíticas.

A nivel nacional se calcula que 3.539 personas fallecieron por suicidio en 2018 siendo la principal causa de muerte externa a nivel global y entre varones; siendo la tercera entre las mujeres¹.

La importancia de la detección de la ideación suicida radica en que entre el 40 y el 60% de los suicidios consumados han sido valorados por un médico en el mes anterior, y han acudido al servicio de urgencias en un 10% en el último mes y un 27% en los últimos seis²; aunque esto contrasta con un estudio donde se estimó que el 80% de las personas que se suicidaban no lo habían manifestado en su última conversación³.

MANEJO EN URGENCIAS DEL PACIENTE SUICIDA, ¿CUÁNDO SON “ALTABLES” LOS PACIENTES CON IDEACIÓN AUTOLÍTICA?

EVALUACIÓN DEL RIESGO

La ideación autolítica o intento autolítico son motivos frecuentes de asistencia al servicio de urgencias, por lo que su correcta evaluación es imprescindible para una correcta actuación.

A la hora de evaluar a estos paciente es importante realizar una adecuada anamnesis que nos permita entender bien la situación clínica del paciente, estableciendo una relación empática y cordial que genere un ambiente de confianza donde el paciente pueda sentirse escuchado. Esta forma de actuar es terapéutica por sí misma, si bien nunca debe infravalorarse el riesgo subyacente⁴.

La anamnesis inicialmente debe ser con preguntas abiertas dotando al paciente de un espacio para expresar lo que desee, y ya posteriormente se pueden realizar preguntas más dirigidas a evaluar la estructuración, planificación y miedo de paso al acto de éstas.

Debe preguntarse por el riesgo autolítico sin miedo a desencadenarlo, pues hablar de ello no solo no lo aumenta si no que lo reduce, así como tener muy en cuenta a aquellos pacientes que manifiestan ideas autolíticas.

Durante la anamnesis se recomienda explorar aquellos factores que puedan suponer un aumento del riesgo suicida como el dolor crónico, sentimientos de desesperanza, intentos previos.

En aquellos pacientes que acuden por intento autolítico, lo primero que debe realizarse es una exploración física con el objetivo de descartar cualquier afectación orgánica que ponga en riesgo la vida del paciente. En aquellos que el intento sea mediante una intoxicación medicamentosa, se deberá esperar hasta el cese de la misma para la realización de la exploración psicopatológica.

A la hora de realizar la anamnesis de un intento autolítico deben evaluarse las siguientes características:

- Grado de letalidad
- Rescatabilidad
- Premeditación

MANEJO EN URGENCIAS DEL PACIENTE SUICIDA, ¿CUÁNDO SON “ALTABLES” LOS PACIENTES CON IDEACIÓN AUTOLÍTICA?

- Crítica del episodio
- Finalidad del acto suicida
- Evaluación del entorno
- Planes de futuro

La evaluación del riesgo debe incluir también la exploración de los factores de riesgo y protectores que influirán en la toma de decisiones.

Si bien la anamnesis y evaluación clínica es la parte más importante y de donde obtendremos más información, y que la decisión debe individualizarse en cada caso; existen diversas herramientas que pueden ayudarnos en ello.

Una de las escalas más usadas es la Escala SAD PERSONS, si bien presenta una sensibilidad muy baja⁵.

Sex	Varón
Age	<20 o >45
Depression	Diagnóstico de depresión
Previous Attempt	Intento de suicidio previo
Ethanol Abuse	Enolismo
Rational thinking loss	Ausencia de pensamiento racional
Social Support lacking	Ausencia de soporte social
Organized plan for suicide	Planificación suicida estructurada
No spouse	No pareja
Sickness	Problemas de salud
<p><i>0-2: bajo riesgo</i></p> <p><i>3-4: riesgo moderado</i></p> <p><i>5-6: riesgo alto</i></p> <p><i>7-10: precisa ingreso</i></p>	

MANEJO EN URGENCIAS DEL PACIENTE SUICIDA, ¿CUÁNDO SON “ALTABLES” LOS PACIENTES CON IDEACIÓN AUTOLÍTICA?

Otras escalas disponibles para la evaluación del riesgo suicida son (4):

- Escala de ideación suicida de Beck
- Escala riesgo/rescate de Weisman y Worden
- Escala de intencionalidad suicida de Beck
- Escala Columbia para evaluar el riesgo suicida
- Escala de desesperanza de Beck
- Escala de impulsividad de Plutchik

De las escalas que existen las que han demostrado un fuerte grado de evidencia para evaluar el riesgo de suicidio tras un intento serían la Escala Sad Persons, Manchester Self-Harm Rule (MSHR) y la Sodersjukhuset Self-Harm Rule (SOS-4)⁶.

Estas escalas pueden ser útiles para aquellos donde la anamnesis sea complicada bien por dificultades del paciente o nuestras a la hora de abordar la situación. Además podemos usarlas como guías o forma de obtener más información y estar seguros que no nos dejamos nada por evaluar⁴.

En los pacientes menores de edad se recomienda hablar primero con el paciente a solas y luego con los padres, intentado hacer partícipe a todos los miembros de la familia de la evaluación y que puedan expresar sus miedos y emociones ante lo sucedido.

Una vez se ha realizado la evaluación de la situación y del motivo de consulta es importante saber distinguir e identificar los factores de riesgo y protectores.

MANEJO EN URGENCIAS DEL PACIENTE SUICIDA, ¿CUÁNDO SON “ALTABLES” LOS PACIENTES CON IDEACIÓN AUTOLÍTICA?

FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES

En la siguiente tabla se exponen los principales factores protectores y de riesgo en función de varias variables.

Variable	Factor de riesgo	Factor protector
Sexo	Varón	Mujer
Edad	< 20 o >40	20 - 40
Etnia	Caucásica	Asiática
Estado civil	Soltero, viudo	Casado
Nivel socioeducativo	Bajo	Alto
Situación laboral	Desempleado	Empleado
Medio	Zona urbana	Zona rural
Enfermedad médica	Problemas crónicos, dolor, desfiguración	Ausencia
Trastorno mental	Cualquier enfermedad, principalmente la depresión	Ausencia
Religión	Ateísmo	Creencias religiosas
Orientación sexual	Homosexualidad	Heterosexualidad
Intentos autolíticos previos	Frecuentes y alta letalidad	Ausencia o de baja letalidad
Descendencia	Ausencia de hijos	Embarazo y paternidad
Tratamiento	Ausente y mala respuesta	Óptimo con buena respuesta
Valores	Negativos, baja autoestima	Positivos, elevada autoestima
Consumo de sustancias	Consumo de sustancias en patrón de abuso, repercusiones afectiva	Ausencia de consumo o consumo responsable
Historia vital	Maltrato, abuso sexual, acoso...	Buena integración con amigos y ausencia de eventos traumáticos
Círculo socio-familiar	Aislamiento o escaso apoyo socio-familiar	Buen apoyo socio-familiar con buena red social

MANEJO EN URGENCIAS DEL PACIENTE SUICIDA, ¿CUÁNDO SON “ALTABLES” LOS PACIENTES CON IDEACIÓN AUTOLÍTICA?

Si bien esta tabla realiza un gran resumen de los principales factores de riesgo y protectores no hay que olvidar que debe hacerse una evaluación personalizada y que cada factor puede desempeñar una función diferente en cada sujeto. Es muy importante analizar los factores de una manera integral y siempre que sea posible pedir información a los familiares y conocidos más cercanos⁷.

Enfatizar que la severidad, intensidad, intentos de suicidios previos y autolesiones no suicidas a lo largo de la vida han demostrado ser factores predictores independientes de un posible intento de suicidio futuro⁸. Otros factores que han demostrado relación son la presencia de patología somática e ingresos previos en psiquiatría⁹.

Por ejemplo aproximadamente un 60-70% de las personas que se suicidan padecían un trastorno depresivo en el momento de la muerte, y el 40% de estos pacientes habían presentado un intento de suicidio previo⁷.

Otro factor de riesgo no mencionado es la donación de sus pertenencias o la escritura de una carta de despedida o testamento.

TRATAMIENTO

Inicialmente se debe asegurar que el paciente no corre riesgo vital alguno mediante una exploración física, realizando las pruebas necesarias. Una vez descartado el riesgo vital de debe continuar con la monitorización del paciente hasta que no se objetiven datos que puedan suponer un riesgo para el paciente.

En el caso de las sobreingestas medicamentosas se recomienda un periodo mínimo de 12 horas, pudiendo ser superior en función de la cantidad y fármacos ingeridos, prestando especial atención a aquellos fármacos que puedan afectar la conducción cardiaca o tener un segundo pico plasmático horas después⁷.

Se debe tener en cuenta que en aquellos pacientes que presenten un estado de intoxicación secundario a la sobreingesta, se deberá esperar hasta el cese de la misma para realizar la evaluación de lo sucedido.

Una vez estabilizado al paciente debe realizarse la exploración psicopatológica y proceder a la evaluación del riesgo de suicidio. La opción terapéutica debe individualizarse en cada caso, valorando el riesgo de recurrencia, apoyo social o el balance riesgo beneficio de un ingreso en psiquiatría.

MANEJO EN URGENCIAS DEL PACIENTE SUICIDA, ¿CUÁNDO SON “ALTABLES” LOS PACIENTES CON IDEACIÓN AUTOLÍTICA?

En general el proceder terapéutico consta de tres opciones que son el alta en caso de no objetivarse riesgo, mantener en observación de cara a una reevaluación y decisión ulterior o ingreso en psiquiatría, llegando en los casos más graves al ingreso involuntario.

En los pacientes que han realizado un intento autolítico y son dados de alta es importante elaborar un plan de actuación con el paciente en caso de empeoramiento que puede precisar de un reajuste farmacológico, así como acordar con los familiares el soporte en los días próximos; y en muchos sitios además se han iniciado programas en los que se proporciona al paciente una cita en salud mental en menos de diez días, de cara a que tenga un seguimiento cercano en los siguientes días.

En lo que a tratamiento psicofarmacológico se refiere no existe ningún tratamiento indicado para la ideación suicida, debiéndose individualizar intentado evitar aquellos fármacos con mayor riesgo en caso de sobreingesta¹⁰.

Entre los fármacos más empleados estarían los antidepresivos y los ansiolíticos, intentado usar los antipsicóticos en los pacientes con síntomas psicóticos o en aquellos que presenten una elevada angustia que precise de una contención rápida.

CONCLUSIONES

Los pacientes que realizan un intento autolítico precisan de un abordaje multidisciplinario que evalúe de una manera completa la situación psicopatológica del paciente así como la situación que le llevó a ello y el riesgo de repetirse. Si bien en la cultura popular el intento de suicidio se ve como un acto muy grave que requiere de una atención urgente y severa, la realidad es que en los servicios de urgencias de psiquiatría es frecuente objetivar intentos autolíticos donde el paciente puede ser dado de alta al domicilio con una aceptable seguridad que el suceso no se repetirá¹¹.

Es por ello que es necesario realizar una evaluación exhaustiva que nos permita distinguir aquellos pacientes que por el intento realizado y la crítica del suceso pueden regresar al domicilio con unas pautas de aquellos que requieren de una observación o ingreso por el riesgo de que se repita el suceso al ser dados de alta.

Por último, remarcar la importancia de empezar a ver que el intento de suicidio no es sinónimo de ingreso y que en determinados casos lo más adecuado es el manejo ambulatorio.

MANEJO EN URGENCIAS DEL PACIENTE SUICIDA, ¿CUÁNDO SON “ALTABLES” LOS PACIENTES CON IDEACIÓN AUTOLÍTICA?

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística (2018). Número de defunciones por suicidio. Cifras INE [www.ine.es].
2. Bolton JM. Suicide risk assessment in the emergency department: out of the darkness. *Depress Anxiety*. 2015 Feb;32(2):73-5. doi: 10.1002/da.22320. Epub 2014 Nov 24. PMID: 25421638.
3. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry* 2003;64(1):14–19.
4. Manual de urgencias en psiquiatría. Sociedad española de urgencias psiquiátricas. Ediciones SEDUP. Madrid, 2018.
5. McClatchey K, Murray J, Chouliara Z, Rowat A, Hauge SR. Suicide risk assessment in the emergency department: An investigation of current practice in Scotland. *Int J Clin Pract*. 2019;73:e13342. <https://doi.org/10.1111/ijcp.1334>.
6. Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. 2017, *PLoS ONE* 12(7): e0180292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>.
7. Kaplan Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan y Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 11ª edición. Wolters Kluwer; 2015.
8. Horwitz AG, Czyz EK, King CA. Predicting Future Suicide Attempts Among Adolescent and Emerging Adult Psychiatric Emergency Patients. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2015;44(5):751-61. doi: 10.1080/15374416.2014.910789.
9. Taron M, Nunes C, Maia T. Suicide and suicide attempts in adults: exploring suicide risk 24 months after a psychiatric emergency room visit. *Braz J Psychiatry*. 2020;42:367- 372. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0583>.
10. Maudsley Taylor D, Barnes TRE, Young AH. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 13ed. Wiley Blackwell. 2018.
11. Betz ME, Wintersteen M, Boudreaux ED, Brown G, Capoccia L, Currier G, et al. Reducing Suicide Risk: Challenges and Opportunities in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2016 Dec;68(6):758-765. doi: 10.1016/j.annemergmed.2016.05.030. Epub 2016 Jul 21. PMID: 27451339.