



Alerta N° 6: Prevención del suicidio de pacientes hospitalizados

I. IMPORTANCIA

Los suicidios y los comportamientos suicidas causan severas consecuencias a nivel personal, social y económico. Según los estudios de Crosby et al¹, entre un 0,7% y un 5,6% de la población general estadounidense tiene ideación o tentativas suicidas cada año, mientras que la incidencia anual de suicidios consumados en la población general es de aproximadamente 11 suicidios por 100.000 habitantes (0.011%)². El suicidio es mucho más frecuente entre las personas que reciben atención sanitaria. Entre un 2% y un 6% de los suicidios son cometidos durante la hospitalización³ y alrededor de un 50% del total de las personas que se suicidaron fueron visitadas por un profesional clínico las semanas anteriores a cometer el acto⁴. El suicidio durante la hospitalización es la causa del 14% de los casos centinela informados a la Joint Commission⁵.

Las siguientes estrategias de mejora son aplicables en hospitales de agudos y residencias sociosanitarias.

II. ESTRATEGIAS DE MEJORA

Las estrategias para minimizar el riesgo de suicidio en pacientes hospitalizados deben abarcar, al menos, tres áreas principales:

- Evaluación del paciente.
- Aspectos estructurales.
- Aspectos organizativos.

A. Evaluación del riesgo de suicidio del paciente:

El riesgo de suicidio no se evalúa habitualmente en aquellos pacientes que acuden a centros sanitarios por motivos médicos o quirúrgicos. Sin embargo, **el riesgo de suicidio debería considerarse para todos los receptores de atención sanitaria**. Las organizaciones sanitarias deberían realizar un cribaje inicial a todos los pacientes, basado en las características de los individuos y

en indicadores clínicos y psicológicos, que sirva para determinar si es necesaria una evaluación detallada del riesgo de suicidio.

Este **cribaje inicial**, que debería formar parte de la evaluación inicial al ingreso, sirve para explorar la existencia de aquellos factores que están más relacionados con las conductas suicidas, como son:

- Diagnóstico de enfermedad mental
- Historia de ingresos psiquiátricos previos
- Enfermedades somáticas graves y crónicas
- Comportamientos agitados e impulsivos junto con sentimientos de depresión y desesperanza.

Para aquellos pacientes en los que se cumplan uno o varios de estos factores, se debería recoger información complementaria sobre:

- Comorbilidad de diagnósticos psiquiátricos
- Abuso sustancias
- Intentos de suicidio previos
- Exposición del paciente a conductas suicidas en su entorno cercano.

En todos los pacientes en los que este cribaje inicial sugiera un posible riesgo de suicidio, y en aquellos casos en los que el individuo haya indicado esta intención, se debe llevar a cabo una **evaluación exhaustiva del riesgo de suicidio** que contemple ideaciones suicidas, planes, medios y capacidad. La American Psychiatric Association (APA) considera que la evaluación del riesgo de suicidio debería contemplar, al menos, factores de los siguientes tipos⁶: demográficos, psicosociales, psiquiátricos, enfermedad física, dimensiones psicológicas, comportamiento, dimensiones cognitivas, traumas infantiles, factores genéticos y familiares.

La identificación de un paciente en riesgo de suicidio deberá poner en marcha una serie de estrategias de abordaje, desde el ingreso del paciente en una unidad

adecuada a sus necesidades y la monitorización constante de su situación, hasta la aplicación del tratamiento adecuado por profesionales con formación al respecto. En el apartado C (aspectos organizativos) se proporcionan algunas indicaciones en este sentido.

B. Aspectos estructurales:

Los principales métodos de suicidio en pacientes hospitalizados son el ahorcamiento seguido de la precipitación, siendo el cuarto de baño y la propia habitación los escenarios más habituales⁵. El entorno asistencial debe estar diseñado de tal forma que evite físicamente la posibilidad de que los pacientes se hagan daño a sí mismos. Entre las estrategias a implantar en el aspecto estructural podemos destacar⁷:

- Utilizar ventanas de apertura limitada, cerradas con llaves custodiadas por personal sanitario.
- Revisar que las instalaciones del entorno sanitario como elementos de fontanería (cañerías, alcachofas de ducha), barras de los armarios, etc. se pueden romper con facilidad y, por lo tanto, no puedan ser utilizadas para ahorcamiento.
- Establecer mecanismos periódicos de revisión de los elementos estructurales rompibles.
- Instalar ventanas y espejos de cristales irrompibles.
- Ocultar o proteger enchufes y todo tipo de equipamiento eléctrico que no sea imprescindible.
- Eliminar las puertas que puedan ser cerradas por los pacientes y eviten el acceso a los profesionales.
- Utilizar mobiliario sólido para evitar que pueda romperse y utilizarse como arma.
- Instalar mecanismos de monitorización (visualización) de las áreas y los pacientes de alto riesgo.
- Realizar un estudio de las medidas de seguridad existentes en las distintas unidades o espacios de la organización, para establecer la posibilidad de ingresar pacientes con riesgo en habitaciones especialmente preparadas para ello.

C. Aspectos organizativos:

Las organizaciones sanitarias deben establecer sistemas de trabajo y procedimientos que potencien la detección y el abordaje adecuado de los pacientes en riesgo de suicidio. Entre los aspectos organizativos podemos destacar:

- *Elaborar sistemas protocolizados de evaluación y re-evaluación de pacientes.* Deberán incluir la detección de los pacientes con riesgo de suicidio en el cribaje inicial, así como la re-evaluación periódica del paciente con riesgo detectado en cada cambio de turno de profesionales, incluyendo la valoración sobre pensamientos suicidas.
- *Ubicación del paciente* en la Unidad más adecuada a sus necesidades en función del riesgo detectado. Si no se pueden asegurar las condiciones de seguridad, será necesario trasladar al paciente a un centro que disponga de los medios adecuados.
- *Proporcionar orientación y formación a los profesionales* sobre la identificación de pacientes en riesgo de suicidio y las estrategias de minimización del riesgo. Debe evaluarse la formación y la competencia de los profesionales.
- Establecer sistemas estructurados de recogida y transmisión de información entre los profesionales sobre la situación y los riesgos de los pacientes, incidiendo en la transmisión de información en los cambios de turno.
- *Establecer un sistema de monitorización / observación de los pacientes en riesgo de suicidio.* Los cambios de turno de profesionales y las primeras horas de hospitalización del paciente son los momentos de mayor riesgo.
- *Informar y educar a familiares y amigos* sobre los factores de riesgo de suicidio y las medidas preventivas.



Bibliografía

- ¹ Crosby AE, Cheltenham MP, Sacks JJ: Incidence of suicidal ideation and behaviour in the United States, 1994. *Suicide life Threat Behav* 1999, 29:131-140.
- ² Minimo AM, Arias E, Kochanek KD, Murphy SL, Smith BL: Deaths: Final Data for 2000. *National Vital statistics Report*, vol 50.
- ³ Busch K. A. et al.: Clinical features of inpatient suicide. *Psych Annals* 23 (5): 256-262, 1993.
- ⁴ Blumenthal S.J.: Suicide: A guide to risk factors, assessment and treatment of suicidal patients. *Med Clin North Am* 72:937-971, Jul 1988.
- ⁵ Joint Commission Resources. Reducing the Risk of Suicide. *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*. 2005.
- ⁶ Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviours. *American Psychiatric Association*. 2003
- ⁷ Salem, OR Helpful hints on preventing inpatient suicide. *Oregon Association of Hospitals and Health Systems*. Disponible en: <http://www.oahhs.org/issues/safety/suicidehints.htm>, accedido 013/05/2005