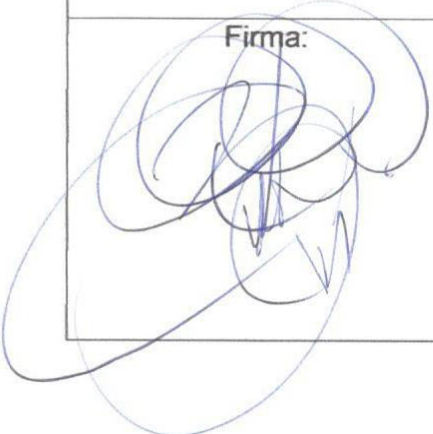








**CRITERIOS DE INGRESO, EGRESO Y DERIVACIÓN DE
PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO**

Código: GCL 1.10
Edición: Primera
Fecha elaboración:
Marzo 2020
Vigencia: Marzo
2025
Página: 1 de 12

**CRITERIOS DE INGRESO, EGRESO Y DERIVACIÓN
DE PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO**


| Elaborado : | Revisado por: | Aprobado por: |
|---|--|--|
| Bernardo López Dubó Director Medico | Carolina Quinteros Torrent Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente | Ricardo Alvear Leal Director |
| Firma:  | Firmas:  | Firma:   |

Oficina de Calidad
y Seguridad
Hospital San Francisco Pucón

| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | CRITERIOS DE INGRESO, EGRESO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO | Código: GCL 1.10 |
| | | Edición: Primera |
| | | Fecha elaboración: Marzo 2020 |
| | | Vigencia: Marzo 2025 |
| | | Página: 2 de 12 |

INDICE

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 3 |
| 2. OBJETIVOS | 4 |
| 3. ALCANCE | 4 |
| 4. RESPONSABLES | 4 |
| 5. REFERENCIAS | 5 |
| 6. DEFINICIONES | 6 |
| 7. DESARROLLO | 7 |
| 8. DISTRIBUCIÓN | 9 |
| 9. REGISTROS | 9 |
| 10. CONTROL DE CAMBIOS | 10 |
| 11. ANEXOS | 10 |


| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | CRITERIOS DE INGRESO, EGRESO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO | Código: GCL 1.10 |
| | | Edición: Primera |
| | | Fecha elaboración: Marzo 2020 |
| | | Vigencia: Marzo 2025 |
| | | Página: 3 de 12 |

1. INTRODUCCIÓN

La conducta suicida es un problema de salud muy frecuente, que se presenta en hombres y mujeres de todas las edades, etnias, religiones, ingresos, niveles educativos y orientaciones. El suicidio suele ser consecuencia de la interacción de muchos factores, siendo la depresión la causa de riesgo de suicidio más frecuente y significativo, aunque no el único. Es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 25 años. Los hombres tienen cuatro veces más probabilidades de morir por suicidio que las mujeres, aunque son las mujeres quienes realizan más intentos que los hombres.

En el país mueren once personas por cada cien mil habitantes por daño autoinflingido. Según la OPS (Organización Panamericana de la Salud), Chile ocupa el cuarto lugar dentro de los países de Las Américas con mayor tasa de suicidio. En general, tanto en la realidad global, como en la local, las tasas varían de manera importante, de acuerdo a edad, género, etc. En nuestro país, las regiones con más altas tasas de suicidio son Los Lagos, La Araucanía, Los Ríos y el Maule.

Distintas investigaciones han demostrado que reducir el acceso a los medios más comunes para concretar el suicidio; como armas, pesticidas y algunos medicamentos, ayudarían a disminuir la cantidad de eventos. Por ello, es importante detectar los casos de intento de manera temprana, así como también tratar los trastornos mentales como la depresión y el abuso de drogas. No sólo es responsabilidad del equipo de salud, sino también, de la comunidad, las familias, los grupos sociales, etc.

| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | CRITERIOS DE INGRESO, EGRESO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO | Código: GCL 1.10 |
| | | Edición: Primera |
| | | Fecha elaboración: Marzo 2020 |
| | | Vigencia: Marzo 2025 |
| | | Página: 4 de 12 |

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer criterios de manejo inicial para ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio en el Hospital Clínico San Francisco de Pucón.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estandarizar el manejo de pacientes con intento suicida.
- Definir los criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento suicida.
- Definir los responsables de la aplicación del protocolo.
- Definir la evaluación médica inicial
- Definir a través, de la aplicación de una escala de evaluación el manejo de pacientes con intento suicida.

3. ALCANCE

Ámbito de aplicación: Aplica a todos los profesionales que atienden pacientes con intento suicida en el Hospital Clínico San Francisco Pucón.

Población de aplicación: A todos los pacientes con intento suicida

4. RESPONSABLES


4.1 RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN

Sud Director Médico: Es responsable de

- Velar por el cumplimiento del presente protocolo

Médicos de Servicios: Son responsables de

- Evaluar a diario a paciente, ajustando terapia según la evolución o recomendación de especialista.
- Gestionar agendamiento de control por especialista psiquiatra en hospital nodo.

| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | CRITERIOS DE INGRESO, EGRESO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO | Código: GCL 1.10 |
| | | Edición: Primera |
| | | Fecha elaboración: Marzo 2020 |
| | | Vigencia: Marzo 2025 |
| | | Página: 5 de 12 |

Médico de turno de Servicio de Urgencia: Es responsable de

- Ingresar paciente si presenta criterio de ingreso, iniciar terapia de sostén, antidotos, indicar contención farmacológica o física si procediera.
- Trasladar a hospital CAPLC o HHA si presenta gravedad clínica asociada.
- Atender al llamado de EU de servicio o turno ante descompensación de paciente con intento suicida o para resolución de patología médica asociada, mientras está hospitalizado.

Enfermera/o, Matrona/ón de Servicio: Son responsables de

- cumplir indicaciones médicas, colaborar con contención verbal y comunicación con familia y/o cuidador

EU Coordinadora – Gestión Pacientes: Es responsable de


- Conocer y aplicar el presente protocolo.
- Coordinar la gestión para pacientes con necesidades de derivación a prestadores con las competencias clínicas correspondientes.

4.2 RESPONSABLES DE LA SUPERVISIÓN

EU o Matrona Jefe de Servicio de Urgencias o Servicio de hospitalizado: Es responsable de Velar por cumplimiento del desarrollo de protocolo.

5. REFERENCIAS

- Ley 20.584 “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”.
- Beck, A.T., Schuyler, D.& Herman, I. (1974). Development of Suicidalintenscales. In A.T. Beck, H.L.P. Resnik, 81 D.J. Lettieri (Eds.), The Prediction of Suicide (pp. 45-56). Bowie, MD: Charles Press.
- “Protocolo de Criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio Hospital Hernán Henríquez Aravena”. Versión 3.
- “Criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con intento de suicidio”, Hospital de Villarrica, versión 2.

| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | CRITERIOS DE INGRESO, EGRESO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO | Código: GCL 1.10 |
| | | Edición: Primera |
| | | Fecha elaboración: Marzo 2020 |
| | | Vigencia: Marzo 2025 |
| | | Página: 6 de 12 |

- Mortalidad por suicidio en las Américas (Informe regional OPS), 2014.
- Prevención de la conducta Suicida. OPS (2016).
- Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, Departamento de Epidemiología, MINSAL (2018).

6. DEFINICIONES

SIC: solicitud de interconsulta

Amenaza suicida: demostración verbal, escrita o gestual de un deseo de autoeliminación, la que no necesariamente es llevada a cabo. Punto intermedio entre la ideación y la tentativa suicida, en que la persona da indicios claros (verbales y/o no verbales) de que va a intentar suicidarse, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto. Debe considerarse como una petición de ayuda.


Conducta suicida: Toda conducta que resulte en un daño (o en un intento de daño) físico, auto-provocado. La conducta suicida abarca intentos suicidas concretados, abortados (el sujeto decide detener el intento), interrumpidos (el acto es interrumpido por un tercero), actos preparatorios (ej. compra de tóxicos o acumulación de medicamentos con el objetivo de causarse la muerte) y suicidios consumados. Cualquier conducta suicida debe ser considerada como de riesgo a la integridad física y emocional de la persona.

Riesgo Suicida: es la suma de todas las formas de pensamiento y conducta humana o de grupo de humanos, que cognitivamente, a través, del comportamiento activo, buscan con anhelo la propia muerte, o que consideren dentro de las posibilidades de su accionar esta consecuencia.

Intento suicida: acción destinada, al criterio del paciente, a causarle la muerte, aunque la acción medicamente no sea significativa. Puede o no estar precedido de amenazas o gestos suicidas.

Intencionalidad: Se refiere a la intención de suicidio por parte del paciente, ya que un intento puede no ser letal en sí mismo, pero el paciente sí haber creído que iba a serlo, por cuanto puede desconocer el verdadero potencial destructivo de un determinado método

Suicidio: Toda muerte que resulta inmediatamente de una acto positivo o negativo realizado por la víctima, sabiendo ella que debía producirse ese resultado.

| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | CRITERIOS DE INGRESO, EGRESO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO | Código: GCL 1.10 |
| | | Edición: Primera |
| | | Fecha elaboración: Marzo 2020 |
| | | Vigencia: Marzo 2025 |
| | | Página: 7 de 12 |

Ideación suicida: Abarca desde manifestaciones vagas de poco valor de la vida hasta planes suicidas (las ideas suicidas con planificación de un acto suicida se asocian a un 32% de probabilidad de llevarlo a cabo y pueden elevar 11 veces el riesgo de suicidio en 1 año).

Sad Persons: pauta de evaluación del riesgo suicida, es un instrumento para la evaluación del riesgo suicida en adultos. Es un instrumento nemotécnico compuesto por 10 ítems, en el cual cada letra representa un factor de riesgo en el suicidio.


Parasuicidio: Conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de terminar con su vida. Ej.: auto-laceraciones (cortes superficiales en muñecas), intoxicaciones por fármacos y auto-quemaduras. Si el sujeto declara que su intención era la muerte debe ser considerado un intento de suicidio.

RCP: resucitación cardio pulmonar

7.DESARROLLO

7.1 CONTEXTO CLINICO

- El Ingreso de este tipo de pacientes se genera a través de una atención de urgencia:
 - a. Vía traslado en ambulancia.
 - b. Por consulta espontánea con o sin acompañante.
- Se realiza la atención clínica de acuerdo a la gravedad del caso. Inicialmente se maneja el compromiso orgánico y sus consecuencias potenciales, esto está por sobre la condición psiquiátrica. Atención en box de urgencia o reanimador según condición clínica. Al ingresarlo a un box o unidad de paciente, siempre mantener esta habitación libre de objetos peligrosos o que permitan riesgos de autoeliminación.
- Se evalúa siempre si hay necesidad de contención física y/o farmacológica y eventual uso de antídotos.
- Se aplicará manejo en adultos, según la escala SAD PERSONS (anexo 1), en caso de pacientes pediátricos 14-19 años se usará la escala de Okasha (anexo 2) y en pacientes de 10 a 13 años la evaluación de la ideación y del riesgo será exclusivamente clínica. En todos los casos se evaluará la escala de Letalidad Médica SADS (anexo 3). Paciente sin agitación


| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | CRITERIOS DE INGRESO, EGRESO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO | Código: GCL 1.10 |
| | | Edición: Primera |
| | | Fecha elaboración: Marzo 2020 |
| | | Vigencia: Marzo 2025 |
| | | Página: 8 de 12 |

motora: se debe realizar una entrevista a paciente y acompañante del paciente, aplicar escala correspondiente para definir ingreso o no al hospital. Paciente con agitación motora relevante: evaluar aplicación de sedación según grado de agitación, realizar una contención física si se estima necesario, gestionar derivación a HHA para evaluación, eventualmente podría ser devuelto a hospitalización con indicaciones. Si paciente es Isapre se derivará a Clínicas privadas de Temuco previa coordinación telefónica con la urgencia respectiva.

- Médico registra el caso en plataforma Epivigila en servicio de Urgencia.
- Informar al personal del turno de sala de hospitalización sobre el paciente.
- Paciente ingresado deberá estar acompañado con familiar 24 hrs al día, Médico tratante ajustará farmacoterapia y contención física según la evolución de paciente, y gestionará agendamiento con servicio de psiquiatría de enlace de Hospital de Villarrica hasta que se decida el egreso por indicación de psiquiatra, a través de resumen clínico y copia de hoja de enfermería por correo electrónico derivado a enlacesmvillarrica@gmail.com, quienes darán la hora dentro de 72 hrs hábiles por la misma vía. Durante la hospitalización el paciente será ubicado en unidad de paciente en primer piso, según disponibilidad de camas. Vigilancia de paciente será al menos cada 6 hrs según condición de paciente, con monitorización de contenciones si procede su instalación.

7.2 CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

1. Presencia de una intensa ideación suicida y/o alto riesgo en un futuro inmediato.
2. Análisis predictivo de riesgo y severidad del intento según escalas SAD PERSONS, Okasha, SADS de letalidad médica (Anexos 1,2,3).
3. Intento suicida de elevada intencionalidad (arma de fuego, ahorcamiento, caída de altura, envenenamiento, otro)
4. Necesidad de tratamiento médico-quirúrgico de lesiones producidas o de sus consecuencias (alteraciones metabólicas, falla renal o hepática, compromiso neurológico, otro) que no requieran manejo en UPC dado el nivel de complejidad de HCSFP.

| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | CRITERIOS DE INGRESO, EGRESO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO | Código: GCL 1.10 |
| | | Edición: Primera |
| | | Fecha elaboración: Marzo 2020 |
| | | Vigencia: Marzo 2025 |
| | | Página: 9 de 12 |

5. Pacientes con sintomatología depresiva grave.
6. Pacientes con síntomas psicóticos.
7. Pacientes bajo la influencia de drogas o fármacos con fines autolíticos.
8. Falta de soporte socio-familiar del paciente.

7.3 CRITERIOS DE EGRESO HOSPITALARIO

1. Fallecimiento del paciente.
2. Fuga.
3. Solicitud de familiar responsable por traslado a otro centro o por hora con especialista autogestionada en pacientes de bajo riesgo SADPERSONS <4 y Escala SADS <=4.
4. Indicación de siquiatria de enlace en pacientes de mayor riesgo suicida.

7.4 CRITERIOS DE DERIVACIÓN


1. Cualquier condición de gravedad que ponga en riesgo vital inminente al paciente, que supere la capacidad resolutoria del HCSFP (autoagresión física grave, requerimiento de transfusión, manejo post RCP, falla orgánica grave que ponga en riesgo la vida de paciente).
2. Agitación psicomotora grave que requiera sedación profunda para contener al paciente.
3. Paciente con previsión Isapre, independiente de la gravedad.

8.DISTRIBUCIÓN

- Servicios de Hospitalización
- Servicios de Urgencia
- Centro Medico
- Oficina de Calidad y seguridad del Paciente

9.REGISTROS

- DAU
- Formulario Interconsulta de derivación de pacientes SIC

| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | CRITERIOS DE INGRESO, EGRESO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO | Código: GCL 1.10 |
| | | Edición: Primera |
| | | Fecha elaboración: Marzo 2020 |
| | | Vigencia: Marzo 2025 |
| | | Página: 10 de 12 |

- Ficha clínica
- Correo electrónico

10. CONTROL DE CAMBIOS

| Corrección | Fecha | Descripción de la Modificación | Edición que se deja sin efecto |
|------------|-------|--------------------------------|--------------------------------|
| | | | |


11. ANEXOS

Anexo 1: Escala SAD PERSONS

Para objetivar el riesgo suicida, se usará escala SAD PERSONS, que incluye determinados indicadores de riesgo. Se puntúa su ausencia o su presencia y la puntuación total ayuda a tomar la decisión sobre la necesidad de ingreso hospitalario.

Debe ser heteroaplicada. Los ítems tienen que ser complementados por el profesional durante una entrevista semiestructurada. Instrucciones: Elija y ponga una cruz en la alternativa de respuesta que mejor describa la situación y experiencia del sujeto.

| | SI | NO |
|--|----|----|
| S: Sexo masculino. | | |
| A: Edad (Age) < 20 o >45 años. | | |
| D: Depresión. | | |
| P: Tentativa suicida previa. | | |
| E: Abuso de alcohol/etanol. | | |
| R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos). | | |
| S: Carencia de apoyo social. | | |
| O: Plan organizado de suicidio. | | |
| N. No pareja o cónyuge. | | |
| S: Enfermedad somática. | | |
| Puntuación | | |

| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p> | CRITERIOS DE INGRESO, EGRESO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO | Código: GCL 1.10 |
| | | Edición: Primera |
| | | Fecha elaboración: Marzo 2020 |
| | | Vigencia: Marzo 2025 |
| | | Página: 11 de 12 |

Puntuación: Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente.

0-2: alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.

3-4: seguimiento ambulatorio intensivo, con manejo ambulatorio, considerar ingreso eventual.

5-6: recomendado ingreso sobre todo si hay ausencia de soporte social.

7-10: ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.

Anexo 2: Escala de suicidalidad de Okasha: Para paciente de 14 a 19 años.

| | Nunca (0) | Casi nunca (1) | Algunas veces (2) | Muchas veces (3) | Puntos |
|---|--------------|----------------------|-------------------------|------------------------|--------|
| 1. ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena? | | | | | |
| 2. ¿Has deseado alguna vez estar muerto? | | | | | |
| 3. ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida? | | | | | |
| | | | | | |
| 4. ¿Alguna vez has intentado suicidarte? | No | Si: 1 vez | Si: 2 veces | Si: 3 o más | |
| | | | | | |

Fuente: Salvo et al. (2009). Rev Chil Neuro- Psiquiat; 47 (1):16-23

En adolescentes de 10 a 13 años la detección de riesgo suicida se realizará a través de la evaluación clínica.

En adolescentes de 14 a 19 años, la detección se realizará a través de la evaluación clínica y con la aplicación auto administrada de Escala de Okasha.



CRITERIOS DE INGRESO, EGRESO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

Código: GCL 1.10
Edición: Primera
Fecha elaboración: Marzo 2020
Vigencia: Marzo 2025
Página: 12 de 12

Él o la adolescente debe evaluarse clínicamente con anamnesis **buscando factores de riesgo** (trastornos del ánimo, antecedentes de suicidalidad previa, consumo indebido de alcohol y/o drogas, trastornos conductuales, desesperanza, impulsividad, otros).

Se realizará derivación asistida al médico de atención primaria **con factores de riesgo positivos, y cuando se aplique Escala de Okasha (adolescentes de 14 a 19 años), con 5 o más puntos en ideas suicidas o cualquier respuesta afirmativa en la pregunta 4.**

A mayor puntuación mayor gravedad. (Anexo N° 19)

Anexo 3: Escala de Letalidad Médica SADS:

| Puntos | |
|--------|--|
| 1 | Sin peligro (ej. no haber ocurrido efectos) |
| 2 | Letalidad mínima (ej. erosiones en la muñeca) |
| 3 | Letalidad leve (ej. haber ingerido 10 aspirinas, gastritis leve) |
| 4 | Letalidad moderada (ej. tomó 10 comprimidos de un hipnótico, breve inconciencia) |
| 5 | Letalidad severa (ej. cortes en el cuello) |
| 6 | Letalidad extrema (paro respiratorio o coma prolongado) |

Punto de corte Letalidad Moderada (mayor o igual a 4)