



Manejo del paciente en crisis suicida

ELABORADO POR	REVISADO POR	AUTORIZADO POR
Leonardo Contreras / Marcelo Briceño	Rodrigo Pérez P / Florencia Ramírez	Pablo González S
CARGO	CARGO	CARGO
Médicos Atención Cerrada Adulto e Infanto Juvenil	Enc OCSP	Director
FECHA Y FIRMA	FECHA Y FIRMA	FECHA Y FIRMA
 4.12.20	 28 Dic. 20.	 28 Dic. 20.

Leonardo Contreras Tapia
Psiquiatra Jefe de Atención Cerrada
Hospital del Salvador
RUT: 8.766.912-2

HOSPITAL DEL SALVADOR
VALPARAISO

HOSPITAL DEL SALVADOR
VALPARAISO

Calidad y seguridad del paciente

Hospital Del Salvador

Servicio de Salud Valparaiso – San Antonio





Manejo del paciente con Riesgo Suicidal
Hospital Del Salvador – Valparaiso

Código:

GCL 1.4

Versión:

2

Fecha:

DICIEMBRE 2020

Vigencia:

DICIEMBRE 2025

Contenido

INTRODUCCION.....	2
DOCUMENTACION DE REFERENCIA.....	2
OBJETIVOS.....	2
ALCANCE.....	3
RESPONSABLES DE EJECUCIÓN.....	3
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	4
SIGLAS.....	5
DESARROLLO.....	6
Evaluación de la ideación suicida.....	8
Evaluación de la intención suicida.....	9
Evaluación de la planificación suicida.....	9
Evaluación del intento suicida.....	9
Manejo de la crisis suicida de riesgo leve.....	11
Manejo de la crisis suicida de riesgo moderado.....	11
Manejo de la crisis suicida de riesgo severo y extremo.....	12
Criterios de hospitalización.....	13
Criterios de derivación.....	13
Criterios de egreso de la hospitalización Cerrada o Domiciliaria.....	14
PLAN DE MONITOREO.....	14
PLAN DE SUPERVISION.....	14
DISTRIBUCIÓN.....	14
FLUJOGRAMA.....	15
ANEXOS.....	15
CONTROL DE CAMBIOS.....	15



Manejo del paciente con Riesgo Suicidal
Hospital Del Salvador – Valparaíso

Código:

GCL 1.4

Versión:

2

Fecha:

DICIEMBRE 2020

Vigencia:

DICIEMBRE 2025

INTRODUCCION

El comportamiento suicida constituye un problema complejo, que interactúa con factores personales, familiares, y sociales, coexistiendo con frecuencia con una o más patologías psiquiátricas. La suicidalidad es un concepto amplio que involucra todas las vivencias internas y conductas relacionadas con el suicidio. El estudio de la suicidalidad es complejo y admite múltiples enfoques, y no es el objetivo de este protocolo, que se redacta como respuesta a la solicitud de elaborar una guía de manejo para los intentos de suicidio. Sin embargo, dado que las situaciones de alto riesgo de suicidio pueden darse con o sin intento de suicidio, hemos preferido tratarlas bajo el concepto de crisis suicida, que incluye las situaciones en que ocurre un intento de suicidio, y otras.

A continuación, se presenta el protocolo sobre como se manejan los casos de pacientes con suicidalidad en nuestro establecimiento

DOCUMENTACION DE REFERENCIA

Documento base:

- Gómez A., Silva H., Amón R. El Suicidio. Teoría y Clínica. Editorial Mediterráneo LTDA. Santiago de Chile, 2018.

Documentación accesoria:

- Programa Nacional De Prevención Del Suicidio. Departamento De Salud Mental, Subsecretaría De Salud Pública, 2013.
- Guía práctica en Salud Mental y prevención de suicidio para estudiantes de Educación Superior. MINSAL 2018.
- Guía de Prevención del Suicidio en tiempos de COVID-19. Minsal 2020.
- Guía práctica en Salud Mental y Prevención de Suicidio para Personas Mayores. MINSAL 2019.

OBJETIVOS

Objetivo General

Garantizar la eficacia, seguridad, y oportunidad de la atención del paciente en crisis suicida, mediante la estandarización de su manejo clínico – terapéutico en el HDS.



Manejo del paciente con Riesgo Suicidal
Hospital Del Salvador – Valparaíso

Código:

GCL 1.4

Versión:

2

Fecha:

DICIEMBRE 2020

Vigencia:

DICIEMBRE 2025

Objetivos Específicos

- Definir los criterios de ingreso, egreso y derivación de los pacientes en crisis suicida en el HDS.
- Orientar las acciones del equipo de salud para el manejo del paciente en crisis suicida.
- Prevenir eventos adversos en el paciente en crisis suicida.
- Favorecer eficiencia en la continuidad de la atención.

ALCANCE

Será conocido y ejecutado por el personal clínico del HDS en las unidades de Atención Cerrada Adulto e Infanto Juvenil en pacientes con suicidalidad. También será aplicado en unidades de atención abierta según les corresponda en lo acá establecido.

RESPONSABLES DE EJECUCIÓN

- **Profesionales no médicos y equipo técnico de Atención Ambulatoria:** pesquias pacientes en riesgo y los deriva a médico psiquiatra de su unidad.
- **Médicos de los subdepartamentos de Atención Abierta, Psiquiatría Infanto-Adolescente (ambulatorio) e Integración Comunitaria del HDS:** indican hospitalización en pacientes ambulatorios en crisis suicida si corresponde, y realizan el manejo ambulatorio si no corresponde hospitalizar.
- **Equipos profesionales y técnicos de los subdepartamentos de Atención Cerrada, Psiquiatría Infanto-Adolescente (hospitalizados):** Realizan manejo hospitalizado según criterio clínico y guías disponibles.
- **GAP HDS:** gestiona solicitudes de ingreso y determina prioridad. Gestiona camas



Manejo del paciente con Riesgo Suicidal
Hospital Del Salvador – Valparaiso

Código:

GCL 1.4

Versión:

2

Fecha:

DICIEMBRE 2020

Vigencia:

DICIEMBRE 2025

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Ideación suicida:** aparición en la corriente del pensamiento de ideas o deseos de cometer suicidio. Va en un continuo desde vagas ideas de que la propia muerte sería deseable hasta la determinación absoluta por provocarse la muerte.
- **Intención suicida:** Es el grado de determinación para ejecutar el acto suicida, suele ser ambivalente y oscilante.
- **Planificación suicida:** Es la elaboración cognitiva del proyecto suicida, en que el paciente anticipa mentalmente la ocasión, los medios, las medidas para prevenir el rescate, etc.
- **Preparación suicida:** La anticipación pasa al acto y el paciente se procura medios, redacta cartas, arregla sus finanzas, etc.
- **Intento de suicidio:** La persona inicia y ejecuta acto autolesivo deliberado, activo o pasivo, con la intención de provocarse la muerte y con expectativas de conseguirlo.
- **Autolesiones sin finalidad suicida:** La persona inicia y ejecuta acto autolesivo deliberado que no tiene la intención de provocarse la muerte. Este síndrome clínico no será estudiado en este documento.
- **Crisis suicida:** es un lapso breve en que el riesgo de suicidio escala rápidamente y de manera difícil de predecir. Puede incluir o no un intento de suicidio y generalmente hay síntomas clínicos severos, con ideación, intención, planes, preparación y conductas suicidas. La crisis suicida puede considerarse un evento que requiere una evaluación y manejo específico e independiente de las comorbilidades médicas y psiquiátricas que presente el paciente.
- **Factores de riesgo suicida:** Variables sociodemográficas y clínicas cuya presencia indica mayor riesgo de suicidio a lo largo de la vida; tienden a ser estables y suelen ser difíciles de modificar con la intervención terapéutica.
- **Señales de alerta suicida:** Variables clínicas y sociales cuya presencia implica riesgo suicida inminente. Suelen no ser estables y son sensibles a la intervención terapéutica.
- **Criterios de hospitalización:** son los considerados como criterios de ingreso.



Manejo del paciente con Riesgo Suicidal
Hospital Del Salvador – Valparaíso

Código:

GCL 1.4

Versión:

2

Fecha:

DICIEMBRE 2020

Vigencia:

DICIEMBRE 2025

SIGLAS

- **UEA:** Unidad de Emergencia Adultos del Hospital Carlos Van Buren
- **UEI:** Unidad de Emergencia Infantil
- **HCVB:** Hospital Carlos Van Buren
- **SSVSA:** Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.
- **HDS:** Hospital Psiquiátrico del Salvador.
- **GAP:** Gestión al paciente del HDS.
- **SAMU:** Servicio de Atención Móvil de Urgencia.



Manejo del paciente con Riesgo Suicidal
Hospital Del Salvador – Valparaiso

Código:

GCL 1.4

Versión:

2

Fecha:

DICIEMBRE 2020

Vigencia:

DICIEMBRE 2025

DESARROLLO

Crisis suicida es un evento que fue definido más arriba. Suelen estar presentes algunas o todas las señales de alerta suicida:

- Evento psicosocial precipitante.
- Estado emocional intenso y perturbador.
- Discurso y conductas sugerentes de riesgo suicida.
- Deterioro del funcionamiento ocupacional y social.
- Inicio/aumento del consumo de sustancias.
- Comunicación de la intención suicida.

La presencia de una posible crisis suicida y su nivel de riesgo deben evaluarse en toda primera entrevista con un paciente, cuando el paciente comienza a manifestar mejoría clínica (en especial si esta es repentina y no comprensible), durante la evaluación previa al alta hospitalaria, durante el o los controles de post alta, cuando, de acuerdo con lo que se sabe de la historia del paciente, se puede anticipar una crisis o amenaza mayor, entre otras.

La evaluación del riesgo de suicidio excede a la valoración de los factores de riesgo de suicidio. Debe comprender aspectos como el diagnóstico psiquiátrico, de personalidad y comorbilidades, la constelación sindromática actual y los eventos vitales, recientes o no, que pudieran actuar como desencadenantes. Deben considerarse los antecedentes de suicidalidad personal y la historia de tratamientos anteriores. Importan los antecedentes familiares (psiquiátricos y suicidales) y la fortaleza de la red de apoyo actual (existencia, extensión, disponibilidad y capacidad para contener al paciente, eventual agotamiento).

El estudio de los factores de riesgo de suicidio es complejo, pero en lo esencial deben considerarse:

- Edad y género.
- Antecedentes de suicidalidad personal. Número de intentos de suicidio en la vida, intento de suicidio en el último año, método empleado (más riesgo con métodos violentos), presentación longitudinal de la ideación suicida.
- Enfermedad psiquiátrica: todos los trastornos psiquiátricos aumentan el riesgo de suicidio, en especial si no están compensados. La presencia de algunas constelaciones sindromáticas puede indicar mayor riesgo:
 - Ansiedad severa, insomnio global, irritabilidad extrema, disminución de la concentración.
 - Conducta impulsiva y agresiva, autolesiones.



Manejo del paciente con Riesgo Suicidal
Hospital Del Salvador – Valparaíso

Código:

GCL 1.4

Versión:

2

Fecha:

DICIEMBRE 2020

Vigencia:

DICIEMBRE 2025

- Agitación depresiva.
- Estados psicóticos.
- Brusco empeoramiento o mejoría sintomática inexplicable.
- Inicio o aumento del consumo de sustancias (especialmente alcohol).
- Deterioro del funcionamiento sociolaboral.
- Preparativos suicidas y procura de medios.

Se considera que la desesperanza y el descontrol impulsivo son los estados sintomáticos de mayor riesgo suicida.

- Enfermedades médicas, especialmente crónicas, dolorosas y discapacitantes, cuadros que alteran la imagen corporal, enfermedades incurables.
- Factores psicosociales:
 - Las dificultades interpersonales suelen involucrar a la pareja o la familia, y con frecuencia se trata de múltiples conflictos de larga data reagudizados. Hay especial riesgo cuando se pierden las redes de apoyo (o se percibe esa pérdida).
 - Los grupos de apoyo ausentes, poco efectivos y/o agotados son de riesgo, pero el riesgo es mayor si el grupo de apoyo es disfuncional, violento y ansiógeno.
 - De especial riesgo son las personas solteras, viudas o separadas, así como quienes viven solos.
 - En personas menores de 18 años es de especial relevancia la percepción de una red familiar-social poco protectora.
- Trauma infantil: mayor riesgo si es más grave y reiterado, si el perpetrador era un familiar y si comenzó antes de los 5 años.
- Antecedentes familiares de conducta suicida y muerte por suicidio.

Factores de riesgo en niños (menores de 12 años):

- Clima emocional caótico en la familia.
- La presencia de alguna enfermedad mental en los padres (principalmente trastorno por consumo de sustancias, alcoholismo paterno y depresión materna).
- La presencia de conducta suicida de alguno de los padres.
- El maltrato infantil y/o abuso sexual de los padres y otros adultos hacia los hijos.
- Trastornos del control de impulsos en el niño/a.
- Niños/as con baja tolerancia a la frustración.
- Niños/as excesivamente rígidos, meticulosos, ordenados y perfeccionistas.
- Niños/as muy tímidos, con baja autoestima, retraídos.
- La existencia de amigos o compañeros de escuela que han hecho intentos de suicidio

Factores de riesgo en adolescentes (mayores de 12 años):

- Intentos de suicidio previos
- Identificación con familiares o figuras públicas que cometen suicidio



Manejo del paciente con Riesgo Suicidal
Hospital Del Salvador – Valparaíso

Código:

GCL 1.4

Versión:

2

Fecha:

DICIEMBRE 2020

Vigencia:

DICIEMBRE 2025

- Alteraciones en la conducta sexual, como promiscuidad, precocidad, embarazos no deseados u ocultos, abortos.
- Haber sido víctima de abuso sexual o violación
- Problema de rendimiento, de asistencia, de conductas y de relaciones interpersonales en el colegio, como rechazo escolar, acoso, maltrato o bullying, rupturas sentimentales, aislamiento.
- Acceso a drogas y/o armas de fuego
- Trastornos psiquiátricos

Existen algunos factores de protección frente a la suicidalidad y la muerte por suicidio, más allá de la mera ausencia de los factores de riesgo. En lo individual considerar la buena salud física y mental, la esperanza y las razones para vivir, el apoyo social percibido, la capacidad de buscar y aceptar ayuda y comprometerse con un plan terapéutico, la flexibilidad cognitiva y la habilidad para resolver problemas y afrontar conflictos, la tolerancia a la frustración, la capacidad de postergar, un locus de control interno, una autoimagen estable y creencias espirituales y religiosas. En lo socio familiar se pueden mencionar el sentido de pertenencia y de responsabilidad por otros, las oportunidades de participación e integración social, una red de apoyo protectora y efectiva, recursos de ayuda y apoyo disponibles (social, legal, de salud, etc) y una fuerte alianza terapéutica.

Una vez que se sospecha que se está frente a una crisis suicida se debe evaluar la ideación, la intención, la planificación y el intento suicidas.

Evaluación de la ideación suicida.

- Se debe indagar la frecuencia, duración e intensidad de los episodios de pensamiento suicida.
 - ¿Ha habido situaciones en que la ideación suicida le ha impedido realizar sus actividades?
 - ¿Ha habido momentos en que ha sido difícil o casi imposible resistirla?
 - ¿Qué lo ha ayudado a seguir adelante?
- Buscar factores precipitantes externos (conflictos interpersonales, otros) e internos (estados sintomáticos), además del consumo de sustancias.
- Si el tono afectivo asociado indica que la ideación suicida es egosintónica (alegría, alivio, tranquilidad) es indicativo de un mayor riesgo que si es egodistónica (angustia, dolor, rabia, culpa, vergüenza).



Manejo del paciente con Riesgo Suicidal
Hospital Del Salvador – Valparaíso

Código:

GCL 1.4

Versión:

2

Fecha:

DICIEMBRE 2020

Vigencia:

DICIEMBRE 2025

Evaluación de la intención suicida

El paciente puede tener una actitud de rechazo ante la ideación suicida: "se me ha pasado la idea por la mente, pero no lo haré", puede considerarlo como algo a realizar en el futuro, quizás condicionándolo a un evento probable o seguro, o puede tener la intención de llevar a cabo un intento en el corto plazo con expectativa de alivio para sí mismo y para los demás, minimizando las consecuencias negativas (indicadores explícitos). Es usual que la intención sea ambivalente y oscilante.

Si la intención suicida es negada o minimizada, pueden considerarse algunos indicadores implícitos de su presencia: presencia de planificación y comunicación suicidas, precauciones para no ser interrumpido o rescatado, ha hecho arreglos previos (financieros, despedidas), escribió o ensayó nota suicida, se ha procurado un método suicida y conoce su letalidad.

Evaluación de la planificación suicida

Puede ir desde la ausencia de plan suicida, pasando por planes inespecíficos, mal definidos y con medios poco letales, hasta la presencia de planes específicos, elaborados y concretos. Es útil siempre preguntar si hay algún plan alternativo.

Si hay planes concretos, se debe evaluar la percepción de capacidad (piensa que tiene o no el coraje para ejecutar el plan) y presencia de disuasivos (daño a otros, razones religiosas o morales, temor al dolor, otros). También debe indagarse si hay conductas de preparación.

Evaluación del intento suicida

Se debe evaluar la intensidad de la intención suicida, indicada por factores como que se evitó la intervención de terceros, se preparó con detalle, se dejó nota suicida, se mantuvo intención en secreto, hubo premeditación, se bebió alcohol para "darse valor". La letalidad del método debe ser evaluada considerando que, si bien hay métodos objetivamente más letales que otros, lo importante no es el criterio médico si no la percepción que genuinamente tenía el paciente al momento de realizar el intento. Esto último cobra aún más relevancia en niños, en que se suele subestimar la gravedad del intento de suicidio. Debemos recordar que los niños más pequeños se caracterizan por tener un pensamiento mágico y una inadecuada evaluación de algunas leyes de la física.

Los métodos se pueden clasificar en alta letalidad (salto desde altura, ahorcamiento, arma de fuego, ingesta de productos altamente tóxicos como organofosforados), mediana letalidad (cortes profundos, ingesta medicamentos de riesgo como paracetamol) y baja letalidad (cortes superficiales, ingesta de medicamentos de baja toxicidad, como las



Manejo del paciente con Riesgo Suicidal
Hospital Del Salvador – Valparaíso

Código:

GCL 1.4

Versión:

2

Fecha:

DICIEMBRE 2020

Vigencia:

DICIEMBRE 2025

benzodiazepinas); en el caso de medicamentos y otros productos químicos es esencial considerar la dosis y la combinación de sustancias. Debe considerarse la presencia de otras circunstancias como uso de más de un método a la vez, seguidilla de intentos o autolesiones, pacto suicida, intento ampliado y conductas de ensayo. Se considera que existe mayor riesgo si en el período posterior al intento se constata la presencia de ideación/intención persistente, desesperanza intensa o decepción por sobrevivir, así como de ambivalencia ante la sobrevivida.

Un intento se considera severo si hay elevada intención suicida y se usaron métodos de alta o mediana letalidad, y menos severo en cualquier otro caso. No existen intentos de suicidio “leves”.

Considerando todo lo anterior, el grado de riesgo de la crisis suicida (con o sin intento) se clasifica según la siguiente tabla:

Factores	Crisis suicida de riesgo leve	Crisis suicida de riesgo moderado	Crisis suicida de riesgo severo	Crisis suicida de riesgo extremo
Ideación suicida	Infrecuentes, poco intensas, fugaces, sin plan. Sin intento	Frecuentes, intensidad moderada, planes vagos	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos
Intención suicida	No hay	No hay	Indicadores implícitos	Indicadores explícitos
Síntomas	Leves	Moderados	Severos	Severos
Impulsividad	Baja impulsividad actual	Baja impulsividad actual	Elevada impulsividad actual	Elevada impulsividad actual
Desesperanza	Leve	Moderada	Severa	Severa
Red de apoyo	Protectora y confiable	Protectora y confiable	Protectora, pero insegura	Ausente o nociva

Esta tabla es una referencia que debe aplicarse con criterio por personas con entrenamiento clínico, y es probable que un paciente califique para un tipo de riesgo en un factor y para otro tipo de riesgo en otro factor, en estos casos el paciente debe asignarse a un nivel de riesgo global según criterio clínico; en la duda, recomendamos preferir el nivel de riesgo mayor.

Si en una crisis suicida a la evaluación realizada hasta aquí se suman algunos factores de riesgo de suicidio (ver más arriba) puede considerarse que el riesgo es uno o dos niveles mayor a lo definido en la tabla anterior.



Manejo del paciente con Riesgo Suicidal
Hospital Del Salvador – Valparaíso

Código:

GCL 1.4

Versión:

2

Fecha:

DICIEMBRE 2020

Vigencia:

DICIEMBRE 2025

La crisis suicida es un cuadro sindromático muy variable e inestable, y el nivel de riesgo debe evaluarse con frecuencia.

Manejo de la crisis suicida de riesgo leve

- Prestar especial atención al vínculo terapéutico.
- Es relevante registrar los factores que se consideraron para definir la presencia y gravedad de la crisis suicida, así como las intervenciones indicadas y la evolución de esos factores para poder determinar el cese de la crisis.
- Implementar tratamiento sintomático y monitorizar suicidalidad periódicamente (dos o más veces por semana si se maneja de manera ambulatoria).
- Planificar una intervención en las condiciones ambientales y familiares con trabajo multidisciplinario.
- Tratar la comorbilidad médica y psiquiátrica.
- Es poco probable que requiera hospitalización, pero podría requerir manejo en hospitalización domiciliaria o diurna.
- Considerar, si corresponde, el inicio de terapias específicas para reducir el riesgo de futuros intentos de suicidio.

Con niños y adolescentes, es necesario advertir a la familia sobre las características de este riesgo, evaluando la implementación de medidas ambientales que se consideren pertinentes. Evaluar la necesidad de contactar al colegio.

Manejo de la crisis suicida de riesgo moderado

- Prestar especial atención al vínculo terapéutico.
- Es relevante registrar los factores que se consideraron para definir la presencia y gravedad de la crisis suicida, así como las intervenciones indicadas y la evolución de esos factores para poder determinar el cese de la crisis.
- Implementar tratamiento sintomático y monitorizar suicidalidad continuamente, con sesiones frecuentes con alguno de los profesionales que intervienen el caso, y un eventual plan de llamadas entre sesiones.
- Se debe incorporar a la familia con el conocimiento y autorización del paciente en la evaluación y monitoreo del estado clínico del paciente. Es relevante entregar pautas claras acerca de qué tipo de situaciones se considerará una urgencia y donde y como debe consultar.
- Podría requerir hospitalización cerrada, domiciliaria o diurna.
- Planificar una intervención en las condiciones ambientales y familiares con trabajo multidisciplinario.
- Tratar la comorbilidad médica y psiquiátrica.



Manejo del paciente con Riesgo Suicidal
Hospital Del Salvador – Valparaiso

Código:

GCL 1.4

Versión:

2

Fecha:

DICIEMBRE 2020

Vigencia:

DICIEMBRE 2025

- Considerar, si corresponde, el inicio de terapias específicas para reducir el riesgo de futuros intentos de suicidio.
- Si requirió hospitalización cerrada, debe considerarse si al alta se deberá realizar seguimiento por el equipo de hospitalización domiciliaria o diurna. Si pasa a un dispositivo ambulatorio, el control postalta deberá ser frecuente.
- Cuando termine la intervención en el dispositivo que se manejó, se deberá realizar derivación asistida al dispositivo de menos o mayor complejidad que continuará el tratamiento.

Manejo de la crisis suicida de riesgo severo y extremo

- El paciente debe ser hospitalizado de manera preferentemente voluntaria. Si es posible se protegerá el vínculo terapéutico, pero se priorizará la seguridad del paciente.
- LA prioridad del dispositivo de hospitalización será:
 1. Hospitalizar, preferencialmente si es mayor de 15 años, en UCE
 2. Hospitalizar en salas de agudos de HDS o UIJ en menores de 15
 3. si no se dispone de camas en el establecimiento, Trasladar a la Unidad de Emergencias del Hospital van Buren.
- Si la hospitalización es involuntaria debe seguirse el protocolo respectivo. Si se trata de un paciente que ingresó voluntariamente y que está pidiendo el alta mientras cursa una crisis suicida de riesgo deberá seguirse el protocolo respectivo.
- En niños y adolescentes, si la solicitud de no hospitalización o alta precoz emana de los cuidadores legales, y esta se opone al criterio clínico, se realizará solicitud de hospitalización involuntaria.
- Es relevante registrar los factores que se consideraron para definir la presencia y gravedad de la crisis suicida, así como las intervenciones indicadas y la evolución de esos factores para poder determinar el cese de la crisis.
- La seguridad debe ser monitorizada continuamente: se retirará cualquier elemento peligroso, el paciente quedará en cama y en bata de hospital para facilitar la vigilancia continua, se restringirá el movimiento dentro de la sala.
- Si la hospitalización se realiza en UIJ se tomarán las siguientes medidas: Se retirarán elementos de riesgo (cordones, sabanas), se mantiene en bata de hospital, se intenta mantener en habitación individual, se mantendrá vigilancia permanente, se evaluará detenidamente el material que se facilite para la realización de actividades de sala.
- Si está en sala Azócar o Valenzuela se le asignará una cama en la habitación central, frente a la estación de enfermería.



Manejo del paciente con Riesgo Suicidal
Hospital Del Salvador – Valparaíso

Código:

GCL 1.4

Versión:

2

Fecha:

DICIEMBRE 2020

Vigencia:

DICIEMBRE 2025

- Se debe incorporar a la familia al plan de tratamiento inicial, informando lo crítico de la situación y tratando de obtener su consentimiento, que no es indispensable para la hospitalización voluntaria o involuntaria.
- Se proveerá tratamiento sintomático: intervención terapéutica en crisis y un esquema farmacológico de acción rápida (antipsicóticos y benzodiazepinas, eventualmente por vía parenteral). Considerar la pertinencia de realizar terapia electroconvulsiva.
- Debe tratarse la comorbilidad médica y psiquiátrica.
- Considerar, si corresponde, el inicio de terapias específicas para reducir el riesgo de futuros intentos de suicidio.
- Evitar el alta precoz. En todos los casos se deberá realizar derivación asistida al dispositivo que continuará el tratamiento (hospitalización domiciliaria o diurna, atención ambulatoria en policlínico, CSMC o CESFAM).

Criterios de hospitalización

El criterio general para el ingreso al HDS de personas que cursan crisis suicida, incluyendo quienes han realizado intentos de suicidio, surge de la evaluación de riesgo antes descrito. Siempre será una decisión que se tome caso a caso, pero como orientación se puede establecer que:

- Crisis suicida de riesgo leve: Es poco probable que requiera hospitalización cerrada, y podría requerir manejo en hospitalización domiciliaria o diurna.
- Crisis suicida de riesgo moderado: Podría requerir hospitalización cerrada, domiciliaria o diurna.
- Crisis suicida de riesgo severo y extremo: El paciente debe ser hospitalizado inmediatamente, y preferentemente de manera voluntaria. El ingreso será idealmente en UCE.

Criterios de derivación

- Si el paciente que cursa una crisis suicida se encuentra en una unidad ambulatoria del HDS y requiere hospitalización inmediata, pero no hay camas disponibles en HDS, deberá ser trasladado con supervisión y seguridad a la Unidad de Emergencia del HCVB. Debe ser directamente supervisado por el equipo del dispositivo que lo atiende hasta que se concrete el traslado, en lo posible acompañado por algún familiar.
- Si el paciente ha ejecutado un intento de suicidio provocándose lesiones físicas o tóxicas que no puedan ser resueltas en nuestro hospital, deberá ser trasladado en ambulancia a la Unidad de Emergencia del HCVB.



Manejo del paciente con Riesgo Suicidal
Hospital Del Salvador – Valparaíso

Código:

GCL 1.4

Versión:

2

Fecha:

DICIEMBRE 2020

Vigencia:

DICIEMBRE 2025

Criterios de egreso de la hospitalización Cerrada o Domiciliaria

Es muy importante evitar el alta precoz. Para plantear el alta debe cumplirse lo siguiente:

- El paciente debe haber pasado un tiempo razonable con riesgo mínimo o inexistente.
- Se realizaron intervenciones sobre los factores que determinaron la gravedad de la crisis suicida (ideación suicida, intención suicida, síntomas, impulsividad, desesperanza, red de apoyo) y sobre los factores de riesgo modificables.
- Se diagnosticaron la o las comorbilidades psiquiátricas o médicas, y se implementó tratamiento de acuerdo con las guías clínicas y los recursos existentes en nuestro hospital, o se derivó al dispositivo correspondiente de la red.
- Se realizó derivación coordinada al dispositivo que continuará el tratamiento

PLAN DE MONITOREO

No aplica

PLAN DE SUPERVISION

No aplica

DISTRIBUCIÓN

- Unidades de atención cerrada adultos e infantoadolescente.
- Unidades de atención abierta adultos e infantoadolescente.
- Unidad de hospitalización domiciliaria.
- Subdepartamento de gestión del cuidado.
- GAP.
- Dirección.
- Oficina de Calidad y Seguridad de Pacientes.



Manejo del paciente con Riesgo Suicidal
Hospital Del Salvador – Valparaiso

Código:

GCL 1.4

Versión:

2

Fecha:

DICIEMBRE 2020

Vigencia:

DICIEMBRE 2025

FLUJOGRAMA

No aplica

ANEXOS

No aplica

CONTROL DE CAMBIOS

Numero edición	de	Cambios	Fecha	Firma
1		Elaboración documento	Agosto 2016	Sandra Riquelme
2		Revisión y separación con internación no voluntaria. Adulto y niño en el mismo documento	Octubre 2020	Leonardo Contreras y Marcelo Briceño