

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON RIESGO DE SUICIDIO EN EL HOSPITAL GENERAL

Interconsulta y Psiquiatría de Enlace

Contexto Hospitalario- Terapéutico

- El protocolo va dirigido a
 - Pacientes que se encuentran ingresados en servicios médico-quirúrgicos de un hospital general debido a patología orgánica tras haber realizado una tentativa suicida;
 - Aquellos en los que se evalúe riesgo suicida independientemente del motivo de su ingreso.
- El protocolo tiene aplicación en aquellos Hospitales Generales (HG) en los que no existe Unidad de Psiquiatría Hospitalaria, pero se realiza Interconsulta y Psiquiatría de Enlace. La organización de esta unidad de interconsulta puede ser distinta en cada hospital.
- El paciente puede estar ubicado en cualquier Servicio o Unidad del Hospital, dependiendo de la patología orgánica predominante que presente.
- En los HG, el personal sanitario no suele estar familiarizado con los problemas psiquiátricos, existiendo dificultades de abordaje por falta de conocimiento y habilidades para el abordaje de los mismos.
- La inclusión de un paciente en protocolo es responsabilidad del facultativo que detecta el caso, ya sea el médico del HG, el psiquiatra que realiza la interconsulta o el que atiende al paciente ingresado en el HG durante una guardia.

Condiciones necesarias y medidas de actuación

1. Tras la detección de una situación de riesgo de suicidio se activarán las medidas contenidas en el presente protocolo.
2. Al paciente le será asignado un profesional sanitario, o en su defecto no sanitario, familiar o acompañante, que proceda a su observación y vigilancia directa, mientras se ponen en marcha las actuaciones convenientes y/o traslado a una Unidad determinada.
3. Las medidas de actuación deben quedar claramente reflejadas en las órdenes de tratamiento de la historia clínica o a través de un registro del protocolo de suicidio que las recoja por escrito y se adjunte a la historia clínica.
4. En el caso de que un paciente con riesgo suicida vaya a permanecer en un servicio o unidad del HG, será imprescindible establecer periodos de observación y control del enfermo, en el régimen que se estime necesario: observación directa durante 24 horas, observación metódica cada 15 o 30 minutos, observación periódica, etc., con anotación en los formularios de registro o historia clínica.
5. La observación periódica debe ser realizada por personal sanitario. Cuando se considere oportuno será reforzada por familiares o cuidadores, que podrán estar presentes junto al enfermo las 24 horas.
6. Se valorará la necesidad de contención mecánica completa o parcial, así como la prescripción de medicación sedante urgente. En caso de contención mecánica, se aplicarán los protocolos y las medidas de seguridad y observación propias de esta situación.
7. Se proporcionará al paciente un ambiente de seguridad que lo proteja de potenciales comportamientos autolesivos. Para ello:
 - Informar a la familia de los útiles y enseres que no le estén permitidos durante su ingreso.
 - Recoger la ropa del paciente.
 - Comprobar los útiles y enseres de que dispone y que éstos no puedan ser empleados para autolesionarse.
 - Evitar acceso a escaleras.
 - Bloquear ventanas.

8. Se ubicará al paciente en la habitación más cercana al control de enfermería o en la que pueda realizarse una observación directa. Teniendo en cuenta la configuración y disponibilidad de medios de la Unidad, se podría llevar a cabo mediante circuito cerrado de TV.
9. El enfermo, siempre que sea posible, será instalado en una habitación compartida, y cuando el compañero abandone la misma (por alta, permiso terapéutico, traslado), se procurará que esa vacante sea ocupada por otro paciente.
10. Evitar que el paciente haga uso de objetos potencialmente peligrosos (cuchillas de afeitarse, tijeras, cubiertos, etc.) Permanecer en especial alerta cuando el paciente tenga que hacer uso de este tipo de objetos.
11. El paciente no podrá salir de la Unidad, excepto por prescripción facultativa, y siempre acompañado de personal sanitario o celador. En todo caso las salidas a otras dependencias o fuera de la institución (comparecencias a juzgados, revisiones médicas, etc.) se reducirán al mínimo imprescindible.
12. Los movimientos y actividades del paciente deben ser del conocimiento en todo momento del personal de la Unidad.
13. Mantener estrecha supervisión en los momentos en que disminuya el personal o situaciones en las que pueda desviarse su atención sobre otras actividades: cambios de turno, comidas, noches, etc.
14. Supervisar de forma estrecha la toma adecuada de la medicación prescrita. Especial atención a la posibilidad de acceso a medicación no prescrita o su acumulación con fines autolesivos.
15. Observar los cambios sobrevenidos en la conducta y discurso del paciente: retraimiento, mejoría súbita, cese de comunicación, comentarios sobre la muerte o el suicidio, gestos o intentos autodestructivos, incumplimentación terapéutica, salidas no prescritas, etc. Anotarlo en incidencias y advertir al médico responsable.
16. Se valorará la posibilidad de realizar contrato terapéutico con el paciente, entendido como un compromiso entre paciente - terapeuta mediante el cual el sujeto potencialmente suicida se compromete a no autolesionarse y a referir sus impulsos suicidas al personal sanitario.

17. Cuando se detecte riesgo suicida o se produzca ingreso tras intento autolítico, se solicitará **interconsulta preferente** al servicio de psiquiatría, especificando claramente en la misma las circunstancias clínicas del paciente y una primera valoración del riesgo suicida. La Interconsulta Psiquiátrica debe realizarse en el menor plazo posible y estableciendo una pauta de seguimiento estrecho.
18. Cuando se necesite una valoración más urgente o no pueda esperarse a la realización de la interconsulta preferente, el médico responsable del paciente se pondrá en **contacto telefónico con el psiquiatra de guardia** tras poner en marcha el protocolo, y ambos valorarán la situación del caso y si es necesario su traslado al servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico para exploración psicopatológica urgente y pauta terapéutica inicial.
19. Se consignarán, tanto en los registros médicos, como de enfermería, los datos referentes a la evolución del riesgo suicida y se actuará en consecuencia. En todo caso la salida del protocolo de suicidio será decisión consensuada del médico responsable del caso y del psiquiatra que realiza el seguimiento.
20. **Valorar ingreso en UHB del Hospital Psiquiátrico.** Deben concurrir las siguientes circunstancias:
 - a. Alto riesgo suicida que no puede ser controlado mediante interconsulta y las medidas generales descritas.
 - b. La patología somática puede ser correctamente atendida a través de interconsulta médica.
 - c. Las necesidades de cuidados somáticos no superan la capacidad de atención de la UHB situada en el HP.

Se realizará un balance de riesgos / beneficios, reevaluable en función de circunstancias clínicas, entre el médico responsable del paciente en el servicio de origen del HG y el psiquiatra de guardia o interconsulta. Es importante que el traslado se produzca tras valoración del psiquiatra de guardia o del que realice la interconsulta, que evaluará, entre otras cosas, el alcance de la necesidad de atención médica del enfermo. El traslado irá acompañado de informe por parte de servicio de procedencia.
21. **Valorar ingreso en UHB de Hospital General de referencia.** Sólo se tendrá en consideración si se rebasa claramente la capacidad de atención en los términos antes referidos y si se produce el conjunto de circunstancias siguientes:
 - a. El paciente presenta una patología somática de tal severidad que no puede ser atendida en la UHB del Hospital Psiquiátrico mediante interconsulta médica

- b. Además existe un riesgo suicida tan severo junto a unas dificultades de manejo tan importantes que no pueden ser atendidas en el HG mediante interconsulta psiquiátrica y aplicación de medidas generales.

Se solicitará traslado emitiendo informe detallado previo a la UHB del HG receptor.

La UHB del HG informará sobre la disponibilidad de camas y dará visto bueno al traslado antes de que éste se produzca.

Requisitos necesarios para la puesta en marcha de este protocolo:

1. Asegurar la cobertura de la interconsulta psiquiátrica en el HG
2. Consenso con los agentes implicados.
3. Información y formación a los servicios médicos

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON RIESGO DE SUICIDIO EN EL HOSPITAL GENERAL

ACCIÓN	RESPONSABLE
DETECCIÓN DEL CASO Y EVALUACIÓN INICIAL	FACULTATIVO
INCLUSIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO ¹	MEDICO QUE DETECTA EL CASO Y REALIZA PRIMERA EVALUACIÓN
ENVÍO DE INTERCONSULTA ² VALORAR LLAMADA A PSIQUIATRA DE GUARDIA ³	MEDICO HG
EXPLORACIÓN EVALUACIÓN TRATAMIENTO SEGUIMIENTO	INTERCONSULTA PSQ
SALIDA DE PROTOCOLO Y DERIVACIÓN ⁴	INTERCONSULTA PSQ MEDICO HG

¹ Implica poner en marcha todas las medidas de seguridad referidas en el protocolo

² **Interconsulta preferente** donde se especifica la existencia de riesgo suicida, indicando hallazgos de la valoración inicial y potencialidad autolesiva estimada. Se contestará en el menor plazo posible.

³ Cuando se necesite una valoración más urgente o no pueda esperarse a la realización de la interconsulta preferente, el médico responsable del paciente se pondrá en **contacto telefónico con el psiquiatra de guardia** tras poner en marcha el protocolo, y ambos valorarán la situación del caso y si es necesario su traslado al servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico para exploración psicopatológica urgente y pauta terapéutica inicial. En algunos servicios, la interconsulta y la urgencia intrahospitalaria podría ser realizada por el mismo equipo de interconsultas.

⁴ El paciente podría ser alta con seguimiento ambulatorio en ESM, o ser ingresado en la UHB del HG o ser derivado para ingreso en la UHB de referencia situada en HG, según se regula en protocolo.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE PACIENTE CON RIESGO DE SUICIDIO EN EL HOSPITAL GENERAL

