

Protocolo para el manejo del paciente con ideación autolítica

Servicio: Psiquiatría

Fecha de entrega: 01-02-2011

Destinatario: Hospital Infanta Cristina

Reg: PCM PT 078

CONTROL DE MODIFICACIONES		
DESCRIPCION	Nº Versión	Fecha Edición
Creación: Dra. Ana Isabel Blanco Martos D. Rodrigo D. Gómez Pastor	01	12/01/2011

Revisado: Juan Torres Macho Fecha: 24-3-2011 Firma	Aprobado: Dirección Médica Fecha: 25-3-2011 Firma
--	---

OBJETO

El presente protocolo tiene como objetivo unificar las actuaciones del personal sanitario en los diferentes ámbitos de actuación, dedicadas a la prevención de las conductas suicidas por parte de pacientes con esta actitud, desde la urgencia psiquiátrica hasta la hospitalización psiquiátrica. De esta manera pretende disminuir la incidencia de actos autolíticos, y mejorar la calidad asistencial en este problema.

ALCANCE

Este procedimiento va dirigido a todo el personal sanitario del Hospital Infanta Cristina que interviene en la atención al paciente con potencialidad suicida, principalmente al personal del servicio de urgencias y de la hospitalización psiquiátrica.

DEFINICIONES

- **Acto suicida:** hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
- **Suicidio:** muerte que resulta de un acto suicida.
- **Intento de suicidio:** acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.
- **Ideación suicida o autolítica:** un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio.

REALIZACIÓN

En el manejo de la situación suicida es necesario:

1. Detectar la ideación suicida y valorarla: A través de la anamnesis y la exploración.
2. Indicar el tratamiento y su seguimiento: Según esta valoración.

ACTUACIÓN EN LA URGENCIA

Según Hyman (1987) los pacientes que acuden a urgencias en relación a este problema pueden ser:

- Pacientes que acuden tras una tentativa suicida.
- Pacientes que acuden refiriendo ideas o temores suicidas.

- Pacientes que acuden por otros motivos de consulta, pero que al ser preguntados admiten ideas suicidas.
- Pacientes que niegan tener ideas suicidas pero cuyo comportamiento o la sospecha de familiares hacen necesario valorar esta posibilidad.

Cuando un paciente acude a urgencias con estas características, será valorado por un especialista en psiquiatría. Hasta el momento de la valoración el paciente permanecerá acompañado por un familiar, o si acude solo, permanecerá supervisado por el personal sanitario de la urgencia según los protocolos de triaje.

Valoración por parte del facultativo del paciente:

La entrevista psiquiátrica tiene como objetivos principales:

- Establecer una comunicación suficiente para poder evaluar la ideación, planes o intentos de suicidio. No temer preguntar al paciente directamente por los mismos.
- Determinar los factores de riesgo de suicidio: Valorar la existencia de factores de riesgo, como pueden ser: varones, edad avanzada, estado civil (más riesgo en solteros, viudos o separados), falta de soporte social, existencia de morbilidad somática asociada.
- Realizar una valoración psicopatológica completa, detectar la presencia de trastornos psiquiátricos que suelen estar asociados al suicidio, principalmente depresión, esquizofrenia, trastornos de personalidad, o abusos de sustancias. Preguntar por la existencia de intentos de suicidio previos.
- Establecer el grado de intencionalidad del intento suicida: valorar la letalidad del método utilizado, el grado de conciencia por parte del paciente de la efectividad del intento, el grado de planificación, el grado de privacidad del acto y la finalidad del mismo.
- Valorar los recursos internos y externos, principalmente la existencia de apoyo sociofamiliar. Valorar también los deseos del paciente con respecto a su plan terapéutico.
- Establecer un diagnóstico y un plan de ayuda y control: una vez hecha la valoración, se valorará el riesgo bajo/alto del paciente.

Según el resultado del diagnóstico se propondrá una medida terapéutica que puede consistir en:

- Remisión a su domicilio: en casos de riesgo bajo y con un adecuado apoyo sociofamiliar. Se remitirá a una reevaluación próxima en medio ambulatorio (en los Servicios de salud mental o en caso de escaso riesgo y no presencia de psicopatología asociada por parte de su médico de atención primaria).
- Hospitalización psiquiátrica: se valorará la necesidad de hospitalización en aquellos casos de alto riesgo (según la intencionalidad suicida, la calidad de los controles internos y la calidad de los controles externos). Si el paciente no accede al ingreso y por la gravedad de la situación clínica se considera indicado, se puede proceder al ingreso involuntario del paciente (ver protocolo de internamiento involuntario).

ACTUACIÓN EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN.

- Se mantendrá una estrecha vigilancia del paciente mientras persista el alto riesgo suicida. Si es posible, se mantendrá al paciente en una habitación de observación, al menos, las primeras 24 horas de ingreso.
- Se mantendrán fuera del alcance del paciente cualquier objeto potencialmente lesivo.
- En las entrevistas de seguimiento por parte del facultativo encargado del paciente, se reevaluará la intencionalidad autolítica de forma específica.

BIBLIOGRAFÍA

- Bobes-García, J.; González-Seijo JC, Saiz-Martínez PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelons: Masson
- Chinchilla A, Correas J; Quintero FJ, Vega M. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson, 2010.
- Beck AT, Steer RA. Clinical predictors of eventual suicide: a 5-to 10 year prospective study of suicide attempters. J. Affect Disord 1989; 17 (3): 203-9
- Organización Mundial de la Salud. Suicide prevention. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/2009.
- Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/supre_miss_protocol_spanish.pdf.
- “Alertas de Seguridad en Atención Sanitaria”. Prevención del suicidio de pacientes hospitalizados. Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes (CISP), promovido por la Fundación Avedis Donabedian, la Fundación Mapfre de Medicina y en España el Proyecto ENEAS.
- Bobes, J; Bousoño, M; Sáiz, PA; González, MP. Enfermería Psiquiátrica. Doyma, Barcelona, 2000.
- Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento. Barcelona: Ars Médica; 2004.
- Fornés, J. Enfermería psiquiátrica, planes de cuidados. Interamericana. Madrid. 2005.
- Morrison-Valfre, M. Fundamentos de enfermería en Salud Mental. Elsevier España. Madrid. 1999.
- Vázquez, JL; Desviat, M. Psiquiatría social y comunitaria (I). ICEPSS. Inst. Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria, Las Palmas, 1997.
- Otaudy, M. Protocolo de prevención del suicidio en el ámbito hospitalario. *Metas de Enfermería*, 11 (7): 64-69. 2008.
- Stuart G. *Enfermería Psiquiátrica. Principios y Práctica*. Madrid: Elsevier, 2006.OMS. Estudio de intervención multicentro sobre comportamientos suicidas SUPRE-MISS: Protocolo de SUPRE MISS. Disponible en URL: http://www.who.int/mental_health/prevention/

- García, M; Morales, L; et all. Afrontamiento del riesgo de suicidio y suicidio consumado por el equipo de enfermería. XXV Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. 2008.
-

ANEXO I: PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON RIESGO AUTOLÍTICO.

Medidas Generales

- Poner en conocimiento de todos los miembros del equipo el potencial autolítico del paciente.
- Explicar al paciente las precauciones que se van a adoptar con el fin de protegerle y hacerle comprender que nos preocupamos por él.
- Debemos reforzar su autoestima como ser humano y no adoptar actitud crítica ni moralizadora.
- Ubicación del paciente en la habitación más adecuada a sus necesidades en función del riesgo detectado. Será preferente en la colocación en habitaciones de aislamiento y/o más cercanas al control de enfermería. Nunca en extremos de la unidad o cerca de puertas acceso a la misma.
- Comprobar exhaustivamente la toma de medicación, para evitar que la acumule y la utilice en una sola toma.
- Permanecer en especial alerta en cuanto a objetos punzantes y cortantes y otros de índole potencialmente peligrosos.
- Permanecer con el paciente cuando sea imprescindible que use objetos potencialmente peligrosos.
- No usar calzado con cordones.
- Retirar sujetadores con aro.
- En la medida de lo posible, utilizar pijamas ignífugas, ni cinturones, ni cordones (que tengan corchetes). Las manillas de las ventanas deben estar eliminadas y los espejos deben ser sin bordes e irrompibles.
- Animar al paciente a expresar sus sentimientos.
- Manifestar apoyo emocional.
- Demostrar comprensión.
- Nunca hacer juicios de valor sobre el suicidio, ni reforzar los sentimientos de culpa.
- Observar al paciente y llevar un registro de sus patrones de conducta.

- Observación y registro de las relaciones que el paciente entabla con otros enfermos.
- Re-evaluación periódica del paciente en cada cambio de turno, incluyendo la valoración sobre pensamientos suicidas.
- Informar a los familiares y amigos sobre las medidas preventivas tomadas y el especial cuidado en el manejo de objetos personales y de aseo en las visitas.
- Considerar en serio todas las amenazas de suicidio del paciente e informar de ellas inmediatamente.
- Estar atentos por cualquier posible cambio de actitud por parte del paciente (cambios súbitos de humor, conversaciones sobre la muerte, estar menos comunicativo). El paciente que, estando previamente angustiado si de forma repentina pasa a estar calmado, no implica que se haya curado; puede haber planificado su suicidio y esto habría disminuido su ansiedad.
- La prioridad máxima debe ser proteger la vida del paciente y evitar la ejecución del plan suicida.
- Es preciso supervisar la conducta del paciente hasta que su nivel de autocontrol sea adecuado.

Medidas especiales

- Cuando la historia previa o el comportamiento del paciente indican al equipo que el riesgo es mayor y/o inminente:
- Contactos con el paciente programados en el tiempo por turno. Pueden ser pacientes que no demanden nada y la presión asistencial los haga caer en el olvido. Esto lo podemos minimizar si pautamos un abordaje de la/o enfermera o del auxiliar cada hora y media.
- El cuarto de baño se mantendrá cerrado, además esto garantizará más contactos por parte del equipo de enfermería.
- En caso de riesgo inminente, o dificultades de control por parte de los profesionales de enfermería, se puede hacer necesaria la aplicación de la contención mecánica.

- Revisión periódica de pertenencias, habitación y taquillas. La frecuencia la dará el potencial suicida del paciente y su dificultad para controlar impulsos. Mínimo una por turno.

Momentos de especial atención:

- Durante los cambios de turno, garantizar que un familiar, el TIGA de la unidad o cualquier otro profesional sepa dónde está y qué hace el paciente.
- Si el paciente requiere salir de la unidad de hospitalización, en todo momento estará acompañado por un TIGA y un miembro del equipo de enfermería.
- Horas de reparto de medicación.
- Controles frecuentes durante la noche.
-

ANEXO II

DIAGNÓSTICOS NANDA, NOC Y NIC

00151 AUTOMUTILACIÓN

Definición:

Conducta deliberadamente autolesivas que, para aliviar la tensión, provoca un daño tisular en un intento de causar una lesión no letal

Factores relacionados (causas):

- Estado psicótico (alucinaciones de órdenes)
- Abuso de sustancias
- Incapacidad para expresar verbalmente la tensión
- Trastornos alimentarios
- Crisis de identidad sexual
- Abusos sexuales en la infancia
- Autoestima baja o inestable
- Violencia entre las figuras paternas
- Imagen corporal mala o inestable
- Divorcio de los padres
- Conducta lábil (oscilaciones del humor)
- Alcoholismo familiar
- Historia familiar de conductas autodestructivas
- Historia de incapacidad para encontrar soluciones o ver las consecuencias a largo plazo
- Adolescencia
- Automutilación de sus iguales
- Aislamiento de sus iguales
- Uso de manipulación para establecer relaciones significativas con otros
- Perfeccionismo
- Relaciones interpersonales caóticas o alteradas
- Trastornos emocionales: niño maltratado

Características definitorias (signos y síntomas)

- Cortes o arañazos en el cuerpo
- Hurgarse las heridas
- Quemaduras autoprovocadas (abrasiones, cigarrillos)
- Ingestión o inhalación de sustancias u objetos lesivos
- Morderse
- Raspase
- Cortarse
- Insertarse uno o más objetos en el(los) orificio(s) corporal(es)
- Golpearse
- Constreñir una parte del cuerpo

Resultados sugeridos (NOC)

- Autocontrol de los impulsos
- Control de la automutilación
- Identidad

Intervenciones enfermeras sugeridas para la resolución del problema (NIC)

- Aislamiento
- Manejo de la conducta
- **Asesoramiento**
- **Manejo de la conducta: autolesión**
- Ayuda en la modificación de sí mismo
- Modificación de la conducta
- Ayuda para el control del enfado
- Potenciación de la autoestima
- Control de agentes químicos
- Potenciación de la conducta de sí mismo
- Control del humor
- **Cuidados de las heridas**
- Potenciación de la imagen corporal
- **Entrenamiento para controlar los impulsos**
- Potenciación de la socialización
- Escucha activa
- Prevención del suicidio

- Establecimiento de objetivos comunes
- Restricción de las zonas de movimiento
- Facilitar la autorresponsabilidad
- Identificación de riesgo
- Sujeción física
- Manejo ambiental: prevención de la violencia
- Técnica de relajación
- **Manejo ambiental: seguridad**
- Terapia de actividad
- Vigilancia: seguridad

00139 RIESGO DE AUTOMUTILACIÓN

Definición:

Riesgo de presentar una conducta deliberadamente autolesiva que, para aliviar la tensión, provoca un daño tisular en un intento de causar una lesión no letal.

Factores de riesgo:

- Estado psicótico (alucinaciones de órdenes)
- Incapacidad para expresar verbalmente la tensión
- Abusos sexuales en la infancia
- Violencia entre las figuras paternas
- Divorcio de los padres.
- Alcoholismo familiar
- Historia familiar de conductas autodestructivas
- Adolescencia
- Automutilación de sus iguales
- Aislamiento de sus iguales
- Perfeccionismo
- Abuso de sustancias
- Trastornos alimentarios
- Crisis de identidad sexual
- Autoestima baja o inestable
- Imagen corporal mala o inestable
- Conducta lábil (oscilaciones del humor)
- Historia de incapacidad para encontrar soluciones o ver las consecuencias a largo plazo
- Uso de manipulación para establecer relaciones significativas con otros
- Relaciones interpersonales caóticas o alteradas
- Trastornos emocionales: niño maltratado.
- Sentimientos de amenaza ante la pérdida real o potencial de relaciones significativas
- Pérdida de progenitores/relaciones parentales
- Experiencias de disociación o despersonalización
- Acúmulo de tensión que resulta intolerable
- Impulsividad
- Afrontamiento inadecuado
- Impulso irresistible de cortarse o autolesionarse
- Necesidad de una rápida reducción del estrés
- Enfermedad o cirugía en la infancia
- Cuidado por una figura parental adoptiva, un grupo o una institución
- Encarcelamiento
- Trastornos del carácter
- Trastorno límite de la personalidad
- Pérdida de control en las situaciones que requieren solución de problemas
- Trastornos del desarrollo o autismo
- Historia de conductas autolesivas
- Sentimientos de depresión

NOCs

Resultados sugeridos

- Autocontrol de los impulsos
- Equilibrio emocional
- Autocontrol del pensamiento distorsionado
- Estado de recuperación del abuso
- Consecuencias de la adicción a sustancias psicoactivas
- Nivel de ansiedad emocional
- Control de la automutilación
- Control del riesgo
- Recuperación tras el abuso: físico

- Detección del riesgo
- Recuperación tras el abuso: sexual

NICs

Intervenciones enfermeras sugeridas para la resolución del problema

- Asesoramiento
- Modificación de conducta
- Ayuda en la modificación de si mismo
- Potenciación de la autoestima
- **Ayuda para el control del enfado**
- Potenciación de la conciencia de si mismo
- Control del humor
- Potenciación de la imagen corporal
- Escucha activa
- Potenciación de la socialización
- Establecer límites
- Presencia
- Establecimiento de objetivos comunes
- Prevención del suicidio
- Facilitar la autorresponsabilidad
- Restricción de zonas de movimiento
- Identificación de riesgos
- Sujeción física
- Manejo ambiental: prevención de la violencia
- Técnica de relajación
- Terapia de actividad
- Manejo de la conducta
- Vigilancia: seguridad
- **Manejo de la conducta: autolesión**

00150 RIESGO DE SUICIDIO

Definición:

Riesgo de lesión autoinfligida que pone en peligro la vida.

Factores de riesgo:

Conductuales

- Historia de intentos previos de suicidio
- Irreflexión
- Compra de un arma de fuego
- Acúmulo de medicinas
- Hacer testamento o cambiarlo
- Donar las posesiones
- Súbita recuperación eufórica de una depresión grave
- Cambios perceptibles en la conducta, actitud, rendimiento escolar

Verbales

- Amenazas de matarse
- Expresión de deseos de morir o de acabar de una vez

Situacionales

- Vivir solo
- Jubilación
- Traslado, institucionalización
- Inestabilidad económica
- Falta de autonomía o independencia
- Presencia de armas de fuego en el domicilio
- Adolescentes que viven en un entorno no tradicional (p.ej., centro de internamiento juvenil, prisión)

Psicológicos

- Antecedentes familiares de suicidio
- Uso o abuso de alcohol u otras sustancias

- Enfermedad o trastorno psiquiátrico (p.ej., depresión, esquizofrenia, desorden bipolar)
- Culpabilidad
- Malos tratos en la infancia
- Joven (hombre o mujer) homosexual

Demográficos

- Edad: ancianidad, varones adultos jóvenes, adolescentes
- Raza: caucásicos, americanos nativos
- Sexo: varón
- Divorcio, viudedad

Físicos

- Enfermedad física
- Enfermedad terminal
- Dolor crónico

Sociales

Pérdida de relaciones importantes

- Alteración de la vida familiar
- Duelo, aflicción
- Sistemas de soporte insuficientes
- Soledad
- Desesperanza
- Impotencia
- Aislamiento social
- Problemas legales o disciplinarios
- Suicidios en grupo

NOCs

Resultados sugeridos

- Autocontrol de los impulsos
- Equilibrio emocional
- Autocontrol del impulso suicida
- Estado de recuperación del abuso
- Bienestar personal
- Habilidades de interacción social
- Consecuencias de la adicción a sustancias psicoactivas
- Nivel de depresión
- Nivel de estrés
- Control del dolor
- Recuperación tras el abuso: emocional
- Control del riesgo
- Control del riesgo: consumo de alcohol
- Recuperación tras el abuso: físico
- Control del riesgo: consumo de drogas
- Recuperación tras el abuso: sexual
- Deseo de vivir
- Satisfacción del paciente/usuario: cuidado psicológico
- Detección del riesgo
- Dolor: respuesta psicológica adversa
- Severidad de la soledad.
- Energía psicomotora
- Soporte social.

NICs

Intervenciones enfermeras sugeridas para la resolución del problema

- Acuerdo con el paciente
- Manejo de ideas ilusorias
- Asesoramiento
- Manejo de la conducta: autolesión
- Aumentar el afrontamiento
- Modificación de conducta
- Ayuda para el control del enfado
- Presencia
- **Control del humor**
- **Prevención del suicidio**
- Disminución de la ansiedad
- Restricción de zonas de movimiento
- Entrenamiento para controlar los impulsos
- Técnica de relajación
- Establecer límites
- Terapia de grupo
- Facilitar el duelo

- Tratamiento para el consumo de sustancias nocivas
- Grupo de apoyo
- Intervención en caso de crisis
- Vigilancia: seguridad
- Manejo ambiental: seguridad

00140 RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA

Definición:

Riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí misma.

Factores de riesgo:

- Ideación suicida (frecuente, intensa y prolongada)
- Salud física (hipocondría, enfermedad crónica o terminal)
- Plan suicida (calara y específica letalidad; método y disponibilidad de medios destructivos)
- Empleo (desempleo, reciente pérdida o fracaso laboral)
- Historia de intentos múltiples de suicidio.
- Edad entre 15 y 19 años.
- Claves conductuales (p.ej., escribir notas sobre amores desesperados, dirigir mensajes coléricos a personas significativa que la han rechazado separarse de objetos personales, rescindir una póliza de seguro de vida).
- Más de 45 años de edad.
- Estado civil (soltería, viudedad, divorcio).
- Ocupación (ejecutivo, administrador de su propio negocio, profesional, trabajador semicualificado) preguntas sobre las dosis mortales de los fármacos
- Claves verbales (hablar sobre la muerte, expresiones del tipo “todo iría mejor sin mí”, Relaciones interpersonales conflictivas
- Antecedentes familiares
- Estado emocional (desesperanza, desesperación, conflictivos, historia de suicidio).
- ansiedad creciente, pánico, cólera, hostilidad).
- Orientación sexual (bisexual - activo-, homosexual -inactivo-)
- Salud mental (depresión grave, psicosis, trastorno grave de la personalidad, alcoholismo).
- Recursos sociales (escasos, o **abuso de drogas**)
- Aislamiento social.
- Personas que realizan actos sexuales autoeróticos.
- Respuesta familiar

NOCs

Resultados sugeridos

- Adaptación de la discapacidad física
- Control del riesgo
- Afrontamiento de problemas
- Control del riesgo: consumo de alcohol
- Autocontrol de la depresión
- Control del riesgo: consumo de drogas
- Autocontrol de los impulsos
- Deseo de vivir
- Autocontrol del impulso suicida
- Detección del riesgo
- Autocontrol del pensamiento distorsionado
- Equilibrio emocional
- Calidad de vida
- Nivel de depresión
- Cognición
- Nivel de estrés
- Control de la automutilación
- Severidad de la soledad

NICs

Intervenciones enfermeras sugeridas para la resolución del problema

- Acuerdo con el paciente
- Potenciación de la autoestima
- Aislamiento
- Potenciación de la conciencia de sí mismo
- Asesoramiento
- Potenciación de la seguridad
- Aumentar el afrontamiento
- **Prevención del suicidio**
- Ayuda en la modificación de sí mismo
- Restricción de las zonas de movimiento
- Ayuda para el control del enfado
- Sujeción física
- **Control del humor**
- Técnica de relajación
- Disminución de la ansiedad
- Tratamiento por el consumo de sustancias
- Entrenamiento para controlar los impulsos nocivas
- Establecer límites
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas
- Facilitar la autorresponsabilidad
- Intervención en caso de crisis
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: sobredosis
- Manejo ambiental: prevención de la violencia
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol
- Manejo ambiental: seguridad
- Tratamiento por el consumo de sustancias
- Manejo de las ideas ilusorias
- **Manejo de la conducta: autolesión**
- Vigilancia: seguridad
- Modificación de la conducta

Otros diagnósticos enfermeros relacionados con el paciente con riesgo autolítico:

0069 Afrontamiento inefectivo
0070 Aislamiento social
00146 Ansiedad
00119 Baja autoestima crónica
00120 Baja autoestima situacional
00083 Conflicto de decisiones
00055 Desempeño inefectivo del rol
00124 Desesperanza
00132 Dolor agudo
00118 Trastorno de la imagen corporal
0004 Riesgo de infección
00046 Deterioro de la integridad cutánea
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico
00080 Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar
00052 Deterioro de la interacción social
00066 Sufrimiento espiritual
00148 Temor