

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 156 -2020-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 23 de Noviembre de 2014

Vistos; la Nota Informativa N°138-2020-OGC-HVLH/MINSA y el Nota Informativa N° 112-2020-DEm-HVLH/MINSA;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y que por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

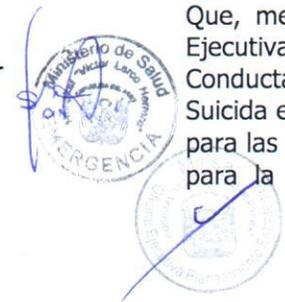
Que, la atención de la salud requiere de una serie de procedimientos clínicos que se sustentan en criterios médico científicos, determinación de diagnósticos y de tratamiento, por lo cual es necesario estandarizar dichos procedimientos con la finalidad de fortalecer el acto médico, la calidad de atención de la salud y el uso adecuado de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, conforme a lo establecido en el artículo 8º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre ellos, numeral d) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia, y g) Administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el cumplimiento de la Misión y sus Objetivos en cumplimiento de las normas vigentes;

Que, mediante los documentos del Visto, la Jefa del Departamento de Emergencia, remite al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Víctor Larco Herrera, las Guías de Prácticas Clínicas: de Manejo de Conducta Agresiva y Agitación Psicomotriz; de la Conducta Suicida en Emergencia y de Manejo de Ansiedad; para gestionar su aprobación, a fin de seguir mejorando los procesos de atención en el Hospital, lo que permitirá brindar una atención oportuna al usuario, prestando servicios de calidad;

Que, mediante Nota Informativa N° 114-2020-OEPE-HVLH/MINSA, emitida por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, informa que las Guía de Práctica Clínica de: "Manejo de Conducta Agresiva y Agitación Automotriz", "Manejo de Ansiedad" y "Manejo de la Conducta Suicida en Emergencia" del hospital Víctor Larco Herrera, cumplen con el modelo de estructura para las Guía de Práctica Clínica, indicada en el Anexo 16 del Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, aprobado con



Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA; por tanto se disponga su aprobación mediante acto resolutivo;

Estando a lo informado por la Jefa del Departamento de Emergencia; y,

Con el visto bueno de la Jefa del Departamento de Emergencia, de la Jefa la Oficina de Asesoría Jurídica, y del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; y,

De conformidad con lo previsto en el literal c) del artículo 11º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR las siguientes **GUIAS DE PRÁCTICA CLINICA:**

- 1. GUIA DE PRACTICA CLINICA DE MANEJO DE LA CONDUCTA AGRESIVA Y AGITACION PSICOMOTRIZ.**
- 2. GUIA DE PRACTICA CLINICA DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EMERGENCIA**
- 3. GUIA DE PRACTICA CLINICA DE MANEJO DE LA ANSIEDAD**

Artículo Segundo.- DISPONER, que la Oficina de Comunicaciones, efectúe la publicación de la presente Resolución Directoral, en el Portal Institucional del Hospital "Víctor Larco Herrera" (www.larcoherrera.gob.pe)

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

.....
Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693

EMRCH/JRCR/MYRV.

Distribución:

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Departamento de Emergencia
- Archivo



GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MANEJO DE LA CONDUCTA AGRESIVA Y AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA



2020



- I. FINALIDAD
- II. OBJETIVO
- III. ÁMBITO DE APLICACIÓN
- IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR
 - 4.1. 4.1 NOMBRE Y CÓDIGO
- V. CONSIDERACIONES GENERALES
 - 5.1. DEFINICIÓN
 - 5.2. ETIOLOGÍA
 - 5.3. FISIOPATOLOGÍA
 - 5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS
 - 5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
- VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS
 - 6.1. CUADRO CLÍNICO
 - 6.2. DIAGNÓSTICO
 - 6.3. EXÁMENES AUXILIARES
 - 6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA
 - 6.5. COMPLICACIONES
 - 6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
 - 6.7. FLUJOGRAMA
- VII. ANEXOS
- VIII. BIBLIOGRAFÍA



I. FINALIDAD

La presente Guía de práctica clínica tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, optimizando la atención de los pacientes adultos que presenten conducta agresiva o agitación psicomotriz, a través de recomendaciones basadas en la evidencia científica, que puedan servir al equipo de salud de emergencia para mejorar el abordaje, diagnóstico y manejo del paciente.

II. OBJETIVO

Proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible para las acciones de triaje, evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos que presenten conducta agresiva o se encuentren en agitación psicomotriz.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía es de aplicación en el Departamento de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera, DIRIS LIMA CENTRO, perteneciente al MINSA.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Diagnóstico y tratamiento de agresión y agitación psicomotriz en pacientes adultos.

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO

Violencia física: R45.6 según la CIE 10.

Inquietud y agitación: R45.1 según la CIE 10.

Agresión con objeto romo sin filo: Y00 según la CIE 10.

Agresión con fuerza corporal: Y04 según la CIE 10.

Agresión por otros medios especificados: Y08 según la CIE 10.

Agresión por medios no especificados: Y09 según la CIE 10.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

La conducta agresiva implica el uso de la violencia física, hacia uno mismo (autoagresión), otros o la propiedad (heteroagresión), o un trato verbal amenazante o denigrante. (1)

"La agitación psicomotriz es un estado consistente en un aumento de la actividad motora (inquietud, gesticulación, deambulación...) sin un objetivo claro, que se acompaña de ansiedad importante u otros estados emocionales. Su inquietud puede variar desde la inquietud leve hasta la agitación extrema y puede preceder a la conducta violenta." (2)

En realidad es un conjunto variable de signos y síntomas conductuales. (3)

La conducta agresiva y la agitación psicomotora están relacionadas, pero no siempre se presentan al mismo tiempo en el mismo paciente. Aún no ha sido claramente establecida la relación directa entre agitación y agresión, algunos autores mencionan que la agresión es una forma seria de agitación. (3)

5.2. ETIOLOGÍA

La agitación psicomotora y la conducta agresiva pueden tener diversas causas según se describe en la bibliografía:

5.2.1 Causas orgánicas

Cuadro de inicio agudo o subagudo en un paciente habitualmente sin historia psiquiátrica previa. Se presenta en el caso de *delirium* u otras causas de naturaleza orgánica. (4) estas pueden ser:



- Metabólicas: Hiper e hiponatremia, hpercalcemia, deshidratación, hiper e hipoglucemia, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, anemia, hipoxia, déficit de tiamina, endocrinopatía, desequilibrio ácido básico, etc.
- Cerebrales: Neoplasia primaria o metastásica, estado post ictal y convulsiones, trauma, enfermedad vascular y otras.
- Enfermedad cardiopulmonar: Infarto agudo del miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva, arritmias, choque, insuficiencia respiratoria, etc.
- Enfermedad sistémica: Infecciones, neoplasias, trauma grave, privación sensorial, estado post operatorio o post procedimiento, inmovilización, coagulación intravascular diseminada, etc.

5.2.2 Causas psiquiátricas

La conducta violenta o el síndrome de agitación psicomotriz suele aparecer en el contexto de una recaída o como parte del propio trastorno mental. Se ha propuesto diferenciar la agitación psicomotriz en: (6)

- Agitación psicomotriz psicótica: Asociada a esquizofrenia, trastorno bipolar u otros trastornos psicóticos.
- Agitación psicomotriz no psicótica: Asociada a trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, trastornos afectivos, retraso mental, trastornos del espectro autista, trastornos de adaptación y otros.

5.2.3 Consumo de drogas:

- Medicación o drogas: Opioides, benzodiacepinas, corticosteroides, anticolinérgicos, otras drogas (alcohol) o su abstinencia.

5.3. FISIOPATOLOGÍA

La agresión patológica es descrita como un fenómeno no homogéneo, por lo cual su fisiopatología involucra múltiples factores que reflejan la interacción de factores precipitantes y características del propio paciente. Se reporta que una de las más grandes dificultades para determinar la fisiopatología es su naturaleza episódica, características clínicas variables y el no haberse encontrado una relación directa con determinados neurotransmisores. (6)

Se han encontrado desregulaciones en los sistemas GABAérgicos, dopaminérgicos, serotoninérgicos, noradrenérgicos, y androgénicos. Agentes inhibitorios dopaminérgicos o noradrenérgicos y estimulantes serotoninérgicos o GABAérgicos disminuyen la agitación. Al parecer, la testosterona juega un rol en la conducta agresiva y agitación (6, 7,8)

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

En los meses de mayo, junio y julio del año en curso (2020), se presentaron 87 casos de agitación psicomotriz y conducta heteroagresiva en el Departamento de Emergencia de este Hospital, lo que constituye el 9.3% de las atenciones realizadas en ese período. El año 2014, se encontró una frecuencia de 12,6% de casos de agitación psicomotriz en las atenciones de emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". (9) Restan realizar estudios en poblaciones más grandes, en nuestro país.

Además depende de factores demográficos como la edad, el sexo, así como la patología psiquiátrica, ya que ocurre principalmente, aunque no exclusivamente, en personas con trastorno psicóticos, trastorno esquizoafectivo y la fase maníaca del trastorno bipolar.(6) En los Estados Unidos, se ha reportado que en pacientes con esquizofrenia y uso de alcohol concomitante el riesgo de cometer crímenes violentos se elevó en 25 veces, en comparación de la población mentalmente sana. (6) La prevalencia de conducta agresiva



en China está alrededor del 15 al 50% entre pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (3)

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Los factores que comúnmente están asociados a agitación o conducta agresiva, según la bibliografía revisada, son: (3,7, 9, 10)

Trastorno mental previo (trastornos psicóticos, episodio maníaco, demencia, trastorno de personalidad)

Severidad del trastorno mental

Primer episodio psicótico

Sexo masculino

Edad entre adolescencia y juventud

Antecedentes de consumo de alcohol y otras drogas

Antecedente de uso de medicación depresiva del SNC

Hospitalización involuntaria

Nivel educativo

Escaso soporte sociofamiliar

Estar desempleado o retirado

Heteroagresividad previa

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

El estado de agitación psicomotora puede ser evidenciado por: (9,10,11,)

Incremento de la actividad motora o verbal:

- Inquietud o tensión.
- Irritabilidad, hostilidad, impulsividad.
- Negativismo o escasa cooperación.
- Lenguaje altisonante, verborreico, insultante o amenazante.
- Gestos amenazantes.
- Agresión contra otros.
- Activación emocional, labilidad emocional
- Otros síntomas: Hipoprosexia y tras alteraciones cognitivas.
- Síntomas de activación simpática.

6.2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza mediante la evaluación clínica. (9)

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

Los exámenes auxiliares que podrían ayudar a determinar la causa de la agitación psicomotora se presentan en la tabla adjunta, sin embargo el tratamiento es prioritario; además en nuestro hospital algunos de estos exámenes tendrían que realizarse refiriendo al paciente a otros hospitales, pues no contamos con la disponibilidad de realizarlos.

La evidencia científica al parecer indica que los estudios de laboratorio indicados en los servicios de emergencia, raramente cambian la perspectiva de manejo del paciente agitado. "Los exámenes de rutina o exámenes auxiliares de laboratorio tienen un mínimo uso o no se usan en los departamentos de emergencia; es posible que ciertos grupos de pacientes como inmunosuprimidos, ancianos, primer episodio psicótico, abuso de sustancias, etc., puedan beneficiarse de los exámenes de laboratorio". (13)

En cuanto a las técnicas imagenológicas, históricamente la tomografía cerebral se ha recomendado a menudo en la evaluación de pacientes con primer episodio psicótico sin signos neurológicos de focalización, para excluir patología médica como causa de



los síntomas, debido a que la psicosis, el delirio o la demencia pueden compartir similitudes en sus características de presentación.

Hemoglobina	Sospecha de deficiencia de vitamina B12
Hemograma	Sospecha de infección del SNC
Glucemia	Sospecha de hipoglucemia
Pruebas de función hepática	Sospecha de disfunción hepática
Pruebas de función renal	Sospecha de disfunción renal
Pruebas de función tiroidea	Sospecha de hipotiroidismo o hipertiroidismo
Serología para sífilis	Sospecha de neurosífilis
Serología para VIH	Sospecha de encefalitis por VIH
Serología para cisticercosis	Sospecha de neurocisticercosis
Metabolitos urinarios para marihuana o cocaína	Sospecha de consumo de dichas sustancias
Dosaje de vitamina B12	Sospecha de deficiencia de vitamina B12
Pruebas de embarazo	Sospecha de embarazo
Electroencefalograma	Sospecha de epilepsia
Electrocardiograma	Sospecha de cardiopatía
Análisis de líquido cefalorraquídeo	Sospecha de infección del SNC
Tomografía computarizada o resonancia magnética cerebral	Sospecha de neoplasia, neurocisticercosis, accidente cerebrovascular o alguna otra lesión en el SNC

Tomado de Stucchi S. et al. (9)

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Estrategias generales (9,10,11)

- Comprobar la seguridad del ambiente en el que se realizará la intervención, tanto para el paciente como para el personal.
- Se recomienda que el primer paso en la evaluación de los pacientes sea cerciorarse de brindarles condiciones de seguridad.
- Es importante la evaluación pronta del estado del paciente, para evitar el riesgo de escalada de los síntomas.
- Disponer de la mayor información posible acerca del paciente, antes de la evaluación directa del paciente.
- Considerar los factores de riesgo para conducta agresiva o agitación psicomotriz; se pueden usar escalas.
- La evaluación deberá iniciarse con dos personas. De ser necesario solicitar la presencia de otras personas del equipo, que tengan adecuada capacitación.
- Efectuar una rápida valoración del riesgo de violencia.
- Evitar una actitud confrontativa o de provocación por parte del personal, se debe utilizar un lenguaje claro y en tono tranquilo, que demuestre a través del lenguaje corporal que no se tiene hostilidad.
- Solo si es inevitable y pese a las medidas tomadas al abordar al paciente, persiste la agitación o la conducta agresiva, se indicarán medidas restrictivas como la sujeción mecánica de manera temporal, por un tiempo breve.

Principios de la intervención inicial: (6,10,11)

- Excluir causas médicas u orgánicas potenciales.
- Estabilizar rápidamente la condición del paciente.
- Evitar el uso de medidas coercitivas.
- Establecer una alianza terapéutica con el paciente.
- Llevar a cabo un adecuado plan de intervención.

Intervención:



1. **Contención verbal:** Es una intervención psicosocial para el manejo de la conducta agitada o agresividad, que utiliza técnicas destinadas a que el paciente pueda manejar sus propias emociones y el autocontrol de su conducta. (13) Orienta al paciente hacia un estado de mayor calma mientras se establece la relación terapéutica y tiene como objetivo detener la escalada de síntomas de agitación y disminuir el uso de medidas coercitivas; ha sido considerada como una adecuada práctica clínica, sin embargo, no hay evidencia científica que confirme su efectividad. (11,13)

Se recomienda que solo una persona interactúe directamente con el paciente.

Los objetivos de la contención verbal son:

- Tratar de restablecer el autocontrol del paciente.
- Dejar explícitos cuáles son los límites de conducta.
- Comprobar la seguridad del paciente, personal, acompañantes y otros usuarios del servicio.
- Establecer una alianza terapéutica con el paciente, que permita una adecuada evaluación diagnóstica.
- Involucrar al propio paciente en la toma de decisiones de su proceso terapéutico.
- Prevenir posibles episodios de violencia.

La intervención debe ser:

- Hablar con el paciente de una forma gentil, relajada y en tono seguro.
- Responder calmadamente y mantener una actitud firme.
- Ser flexible en el diálogo.
- Reservarse los juicios e interpretaciones personales.
- No buscar confrontar o discutir ideas o posiciones.
- Utilizar frases simples y repetirlas una y otra vez de ser necesario.
- Ser honesto, lo implica no hacer promesas falsas.
- Comunicar que se espera que mantenga su autocontrol y que el personal puede ayudarlo a conseguirlo.
- Redirigir la conversación cuando el paciente aborde temas de discusión o realice preguntas tendientes a la interrupción.
- Por momentos, se puede explicar con las propias palabras el mensaje que se ha captado del paciente para que comprenda que se está entendiendo lo que trata de comunicar.
- Repetir que le entendemos bien.
- Establecer límites, al mismo tiempo que se le ofrece oportunidades realistas al mejorar sus síntomas.
- Cuando se observe inminencia de agresión: Comunicar al paciente que la violencia no es aceptable, proponer una solución de cualquier problema a través del diálogo, ofrecer tratamiento farmacológico e informarle, que de ser necesario se utilizarán medidas restrictivas.

TABLA 1: Intervención para contención verbal

Hablar con el paciente de una manera amable, relajada y con un tono seguro
Responder calmadamente, manteniendo una actitud firme.
Ofrecerle bebida o comida.
Ser flexible en el diálogo.
Reservarse sus juicios personales acerca de lo que el paciente debe o no debe hacer
No buscar confrontar ideas o razones.

2. Tratamiento farmacológico



El objetivo primario del tratamiento farmacológico en los pacientes agitados o agresivos, es calmar la conducta sin llegar a la sobre sedación; es decir, llevar al paciente al punto que se pueda conversar con él. Debido a que pueden ser diversas las causas de agitación, el manejo farmacológico también diferirá, de acuerdo a la causa subyacente. El tratamiento farmacológico se empleará luego de haber intentado la contención verbal, y cuando este medio no haya funcionado. (6,11) Sin embargo, en casos en que el paciente está excesivamente agitado o está activamente tratando de quitarse la vida de una manera violenta, entonces puede ser la primera opción. (6)

En general para el tratamiento farmacológico de la agitación, se usan antipsicóticos y benzodiacepinas; sin embargo, en la literatura se describe el uso de ketamina, aunque no existe una adecuada evidencia científica en cuanto a su uso. (6, 9,11,13,14,15,16,17,18) La asociación de antipsicóticos y benzodiacepinas no tiene evidencia científica de primer ni segundo nivel que lo avale, y algunos autores sostienen que se corre el riesgo de provocar efectos colaterales (sobre sedación y depresión respiratoria) y no mejorar consistentemente la agitación. (6,15)

Uno de los antipsicóticos más usados en nuestro medio es el haloperidol, ya que controla rápidamente la agitación y es accesible en términos de costo, además está dentro del petitorio nacional de medicamentos y contamos con él en las instituciones dependientes del MINSA. (6,9) Otros antipsicóticos del mercado peruano se han propuesto para usarse en agitación, como ziprasidona u olanzapina, con menores efectos colaterales como sedación o extrapiramidalismo; sin embargo, su costo es elevado y eso limita su disponibilidad; de otro lado, algunos estudios han demostrado que tienen inicio de acción más lento y requieren repetirse las dosis con mayor frecuencia. (6,17, 18) También se ha presentado a la loxapina inhalada como una alternativa de inicio rápido, sin embargo, requiere la colaboración del paciente, pero no existe en nuestro medio. (17)

Para pacientes adultos en agitación, el consenso es usar antipsicóticos de primera o segunda generación, como monoterapia tanto para el manejo de la agitación como para el inicio del tratamiento en pacientes que ya se conoce su diagnóstico como esquizofrenia o trastorno bipolar. (6,18,19)

Se recomienda involucrar al paciente en la selección de la vía de administración del fármaco.

En el caso de agitación leve, la literatura señala que se debe preferir la medicación oral a la parenteral. Sin embargo, en pacientes con agitación moderada a severa es el médico quien tendrá que hacer la elección. Debido al rápido inicio de acción, se prefiere la vía parenteral. (6) Se debe reservar la vía endovenosa como un último recurso. La literatura actual recomienda no utilizar la neuroleptización rápida ("haldolización"). Por otro lado, el uso endovenoso de haloperidol implica más riesgos que el uso intramuscular. Tampoco debería usarse la vía inyectable más de tres a cinco días.(20)

Los pacientes ancianos constituyen una población que puede tener patologías concomitantes y la agitación podría tener causas orgánicas. Los pacientes con *delirium* suelen beneficiarse de haloperidol 5mg dos veces al día. Se prefiere el uso de antipsicóticos de primera generación, sobre los de segunda, aunque todavía hay controversias. Para los pacientes con demencia, la Asociación Psiquiátrica Americana, en sus guías prácticas, recomendó el uso de medicación solamente en aquellos casos de agitación grave o de psicosis. Los pacientes ancianos deben recibir menores dosis que los pacientes más jóvenes. (6)

En los pacientes cuya agitación es debida a la abstinencia por alcohol, se recomiendan las benzodiacepinas. Existe evidencia de que los antipsicóticos solos



pueden desencadenar *delirium tremens* e incremento del riesgo de convulsiones. En caso de síntomas psicóticos concomitantes, se puede usar una combinación de antipsicótico y benzodiacepinas. Las benzodiacepinas están considerados dentro de la primera línea de acción en pacientes agitados con abstinencia de alcohol, o intoxicados con estimulantes del SNC, incluyendo anfetaminas. (6,18). Sin embargo, los antipsicóticos deben ser usados para la agitación asociada con intoxicación alcohólica.

Tras haber controlado la agitación se procederá a tratar la causa subyacente. (17)

Se propone la siguiente tabla para el uso de fármacos para adultos en agitación/agresividad, con la atingencia que en nuestro hospital no contamos con algunos de estos fármacos; así mismo no se recomienda el uso rutinario de estabilizadores del ánimo en el manejo de la agitación.

MEDICAMENTO	DOSIS	CARACTERÍSTICA
Haloperidol	5-15 mg IM Dosis máxima 20 mg/día	Alta potencia, seguro, eficaz. De elección en agitación orgánica. Evitar en abstinencia a alcohol o benzodiacepinas, <i>delirium tremens</i> y agitación comicial. Poco sedante, riesgo de distonía aguda y síndrome neuroléptico maligno.
Risperidona	1-3 mg VO	En agitación leve.
Olanzapina	5-10 mg IM se puede repetir cada 2-4 horas	No combinar con benzodiacepinas.
Ziprasidona	10 mg IM	Puede prolongar el intervalo QT.
BENZODIACEPINAS		
Midazolam	5 mg IM	Elección en <i>delirium tremens</i> , abstinencia alcohol, benzodiacepinas u opiáceos. Intoxicación por cocaína o anfetaminas.
Diazepam	5-10 mg EV lento	

3. Medidas restrictivas

Contención mecánica

Bajo circunstancias especiales se usará la contención mecánica como un último recurso para garantizar la seguridad el paciente y del personal, asegurar un adecuado tratamiento farmacológico. Los criterios de inclusión para usarla son los que se proponen a continuación: (6, 10, 11, 19, 21)

El Reglamento de la Ley de Salud Mental (DS N° 007-2020-SA) desaconseja las medidas restrictivas en general, y explícitamente prohíbe los cuartos de aislamiento (artículos 17.6, 20.2 y 28).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA EL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICA



Sólo por indicación médica.
No hayan funcionado los medios anteriormente descritos: contención verbal y tratamiento farmacológico.
Pacientes con agitación severa.
Pacientes que estén auto agrediendo o estén agrediendo a otros
Pacientes que requieran restricción breve para poder aplicar tratamiento farmacológico.

El procedimiento consiste en sujetar mediante medios mecánicos algunas partes del cuerpo del paciente, para limitar su movilidad. El procedimiento no puede realizarse si: (19)

CONTRAINDICACIONES PARA LA SUJECIÓN MECÁNICA

El paciente presenta inestabilidad cardio respiratoria.
Presenta traumatismo en la cabeza con o sin heridas abiertas.
Cirugía reciente ocular o neurocirugía.

- Para iniciar, se debe informar al paciente la razón por la cual se le sujetará y darle una oportunidad de acceder a otras opciones de tratamiento. Debe explicársele que de ninguna manera es un castigo, sino que se requiere para mantener su seguridad.(10,11,19,20,21)
- Si el paciente está acompañado, se deberá pedir el consentimiento de los acompañantes para realizar esta intervención, si el paciente se encontrara solo, será el médico quien tome la decisión, debiendo registrar en la historia clínica. (10, 12, 19, 21)
- Debemos mantener una distancia de seguridad durante la intervención.
- Se llevará al paciente a una cama, envolviendo sujetadores de tela especialmente preparados, a nivel de muñecas y tobillos y sujetándolos a la cama, de modo que los miembros superiores estén en un ángulo de 45° respecto al tórax, y los inferiores con una apertura de 30 a 45 cm.(12)
- Verificar que los sujetadores no estén muy ajustados a los miembros para permitir la circulación sanguínea, esto se comprueba en la práctica cuando el sujetador permite el ingreso de un dedo. (12)
- Se sujeta al paciente de hasta 5 puntos para disminuir los riesgos y consecuencias de auto/ hetero agresividad. (10,11,12, 19,20,21)
- Se requiere control por enfermería cada 30 minutos. La contención mecánica se mantendrá el mínimo tiempo posible (máximo una hora). (6,11,19)
- Debe colocarse una almohada debajo de la cabeza, abrigo y comodidad necesaria, debiendo verificarse el estado de la piel debajo las ataduras (color, temperatura, movilidad del miembro).
- El médico verificará el estado del paciente y determinará explícitamente en la historia clínica el tiempo de sujeción o el momento de retiro de la sujeción.
- Bajo ninguna circunstancia se empleará la sujeción con fines punitivos. Tampoco el personal de enfermería podrá aplicarla sin la indicación médica.

6.5. COMPLICACIONES

1. Derivados del estado del paciente (12)

- Consumar la agresión contra otros o contra sí mismo.
- Destrucción de objetos e infraestructura.

2. Derivados del uso de la medicación

- Reacciones extrapiramidales
- Sedación excesiva



- Síndrome neuroléptico maligno
- Disonía aguda
- Acatisia
- Efectos anticolinérgicos.
- Existe el riesgo de complicaciones cardíacas como *torsades de pointes* por prolongación del intervalo Q-T, con el uso de haloperidol. (6,22)
- El uso concomitante de olanzapina parenteral y benzodiacepinas puede provocar hipotensión o depresión respiratoria. (6,22)

3. Derivados de las medidas restrictivas

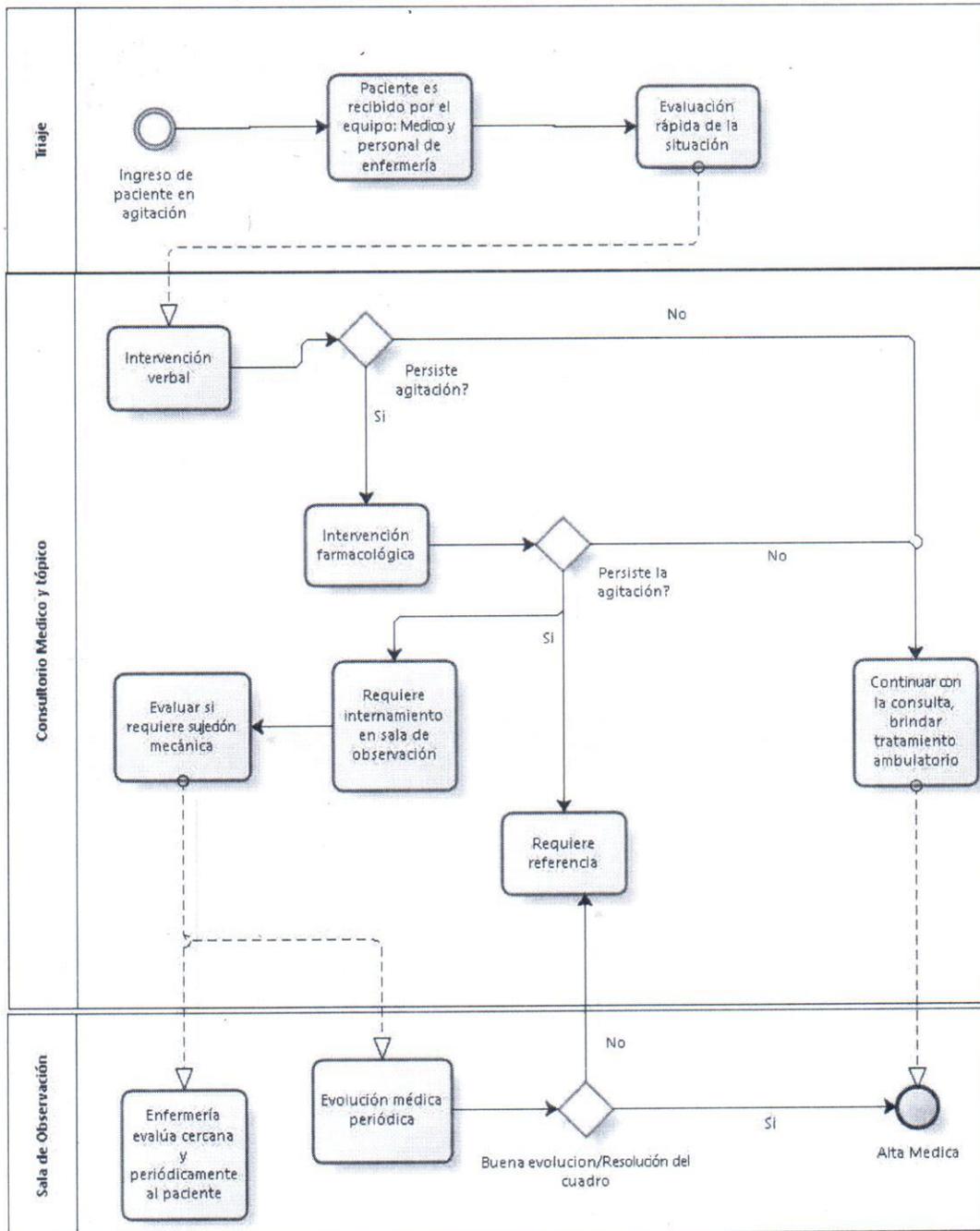
- Alteraciones debidas a la deficiente circulación sanguínea distal (cianosis, edemas).
- Asfixia es la causa más común de muerte relacionada a sujeción mecánica(22) debida a neumonía aspirativa (12)
- Traumatismo torácico cerrado.
- Otros traumatismos: hematomas, equimosis, esguinces, luxaciones.
- Perturbaciones en el ritmo cardíaco.
- Rabdomiolisis.
- Trombosis.
- Efectos psicológicos (Podría representar una experiencia traumática para el paciente).

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

- Paciente con sospecha o evidencia de trastorno orgánico.
- Paciente con cuadro de inicio súbito, primer episodio, para estudios.
- Complicaciones por el tratamiento que no puedan ser manejadas en este hospital.



6.7. FLUJOGRAMA



VII. ANEXOS



Powered by
bizagi
Modeler



VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Gaynes, B., Brown, C., Lux, L., Brownley, K., Van Dorn, R., Edlund, M., Coker-Schwimmer, E., Weber, R., Sheitman, B., Zarzar, T., Viswanathan, M. and Lohr, K., 2017. Preventing and De-escalating Aggressive Behavior Among Adult Psychiatric Patients: A Systematic Review of the Evidence. *Psychiatric Services*, [online] 68(8), pp.819-831. Available at: <<https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdfplus/10.1176/appi.ps.201600314>> [Accessed 17 August 2020].
2. Herran A, Gomez del Barrio A, Sierra Biddle D. En: Manual del médico de guardia. 5th ed. Galdácano. Vizcaya: Ediciones Diaz de Santos; 2006.
3. Mi, W., Zhang, S., Liu, Q., Yang, F., Wang, Y., Li, T., ... Lu, L. (2017). Prevalence and risk factors of agitation in newly hospitalized schizophrenia patients in China: An observational survey. *Psychiatry Research*, 253, 401–406. doi:10.1016/j.psychres.2017.02.065
4. Prayce, R., Quaresma, F. and Neto, I., 2018. Delirium: O 7º Parâmetro Vital?. *Acta Médica Portuguesa*, [online] 31(1), p.51. Available at: <<http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/2918/1/AMP%202018%2051.pdf>> [Accessed 18 August 2020].
5. Padilla Romero P, Cantalejo Y, Estevez R, Amador G. LA IMPORTANCIA DE ESTABLECER UN CORRECTO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LOS CUADROS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ. XX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría [Internet]. Interpsiquis; 2019 [cited 18 August 2020]. Available from: <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-5-2019-153COMU1Reg2395.pdf>.
6. Siddiqui, W., Gupta, V. and Huecker, M., 2020. Agitation. *StatPearls*, [online] 1(1). Available at: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493153/>> [Accessed 24 August 2020].
7. Garrido Viñado E, Lizano-Díez I, Roset Arissó P, Villagrán Moreno J, Mur de Viu Bernad C. El coste económico de los procedimientos de contención mecánica de origen psiquiátrico en España. *Psiquiatría Biológica* [Internet]. 2015 [cited 24 August 2020];22(1):12-16. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5188124>
8. Fraser, G., Prato, S., Riker, R. and Wilkins, M., 2000. Frequency, Severity, and Treatment of Agitation in Young versus Elderly Patients in the ICU. *Pharmacotherapy*, [online] 20(1), pp.75-82. Available at: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1520316&pid=S1135-7606201100030000200001&lng=es> [Accessed 24 August 2020].
9. Stucchi-Portocarrero, S. Cruzado L. Fernández R. Bernuy M, Rejas N, Vargas H, Núñez M, Cáceres E, Sánchez M. 2014. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, [online] 77(1), pp.19-30. Available at: <<https://www.redalyc.org/pdf/3720/372033985003.pdf>> [Accessed 3 November 2020].
10. Flannery, R., Hanson, M., Corrigan, M. and Walker, A., 2005. Past violence, substance use, and precipitants to psychiatric patient assaults: eleven-year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). *International Journal of Emergency Mental Health*, [online] 8(3), pp.157-163. Available at: <<https://europepmc.org/article/med/16944788>> [Accessed 24 August 2020].
11. Kaplan B, Alcott V, Ruiz P. Sinopsis de Psiquiatría. 11th ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015.
12. Vieta E, Garriga M, Cardete L, Bernardo M, Lombraña M, Blanch J et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 [cited 24 August 2020];17(1). Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1490-0>
13. Nazarian D. Broder J. Thiessen M. Wilson M. Zun L.. Clinical Policy: Critical Issues in the Diagnosis and Management of the Adult Psychiatric Patient in the Emergency Department. [online] *Annals of Emergency Medicine*, 2017. 69(4), pp.480-490. Available

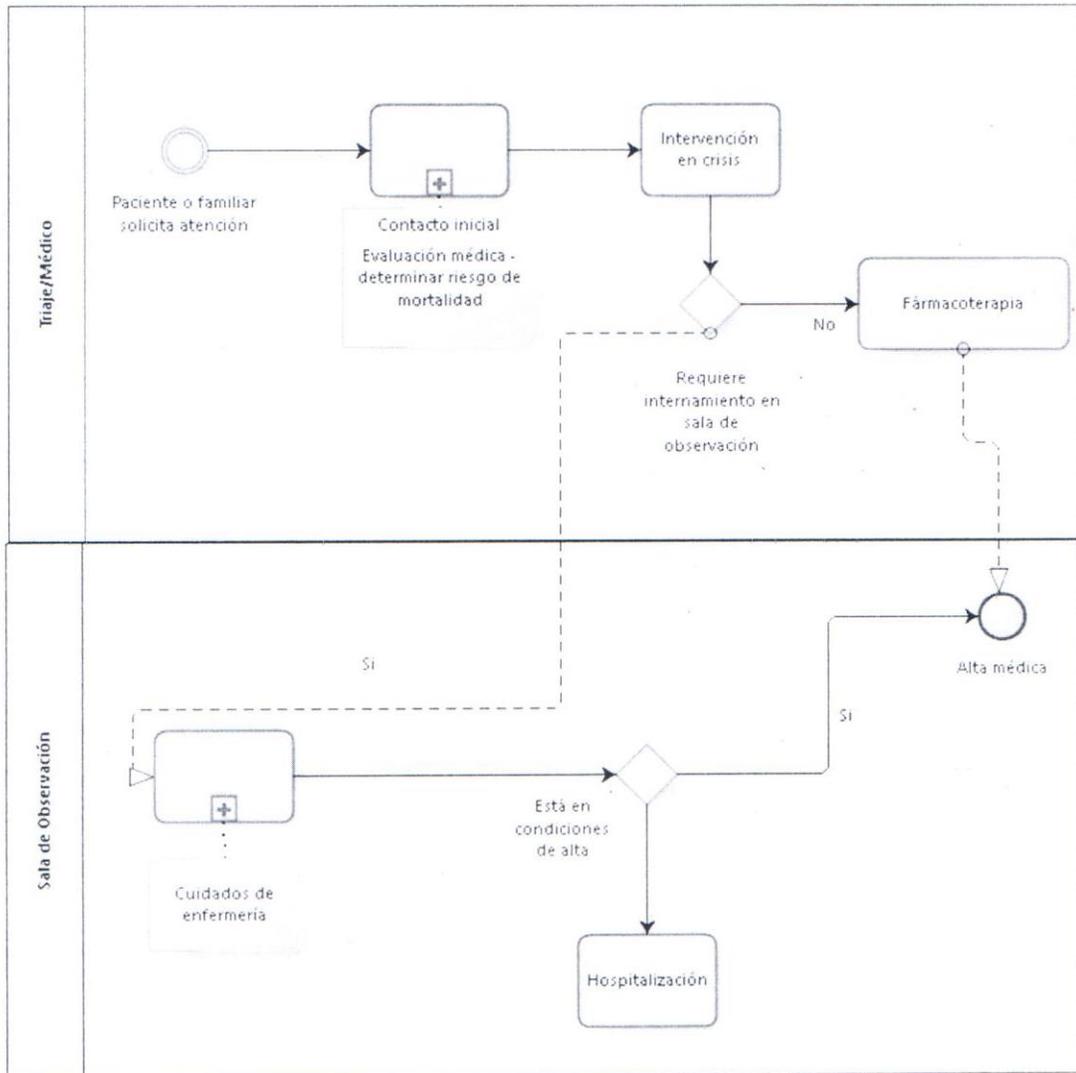


at: <<http://file:///C:/Users/User640/Downloads/Normas/cp-adultpsychiatricpatient-1.pdf>>
[Accessed 5 October 2020].

14. Du M, Wang X, Yin S, Shu W, Hao R, Zhao S, Rao H, Yeung WL, Jayaram MB, Xia J. De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No.: CD009922. DOI: 10.1002/14651858.CD009922.pub2. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009922.pub2/epdf/abstract>
15. Zaman H, Sampson SJ, Beck ALS, Sharma T, Clay FJ, Spyridi S, Zhao S, Gillies D. Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 12. Art. No.: CD003079. DOI: 10.1002/14651858.CD003079.pub4. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003079.pub4/epdf/abstract>
16. Dundar, Y., Greenhalgh, J., Richardson, M., & Dwan, K. (2016). *Pharmacological treatment of acute agitation associated with psychotic and bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 31(4), 268–285. doi:10.1002/hup.2535
17. Rodríguez, B., Pacheco, D. M. B., Cuevas, S. A., & Murugarren, S. R. (2015). *Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente psiquiátrico en Urgencias. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(85), 5112–5117. doi:10.1016/j.med.2015.08.008
18. Goldberg J. *Guía Práctica Para La Asistencia del Paciente Psiquiátrico*. 3era. Edición. Barcelona. Elsevier Masson. 2008.
19. Mantovani C, Nobre Migon M, Valdozende Alheira F, Del-Ben C. Managing agitated or aggressive patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [Internet]. 2010 [cited 16 October 2020];32(2). Available from: https://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/en_v32s2a06.pdf
20. Poma-Galvez J, Cruzado L. Desaconsejable uso de haloperidol intravenoso en psiquiatria. *Revista de Neuropsiquiatria* [Internet]. 2020 [cited 3 November 2020];83(1):66-67. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v83n1/1609-7394-rnp-83-01-66.pdf>
21. Cannon, M. E., Cannon, M. E., Sprivulis, P., & McCarthy, J. Restraint Practices in Australasian Emergency Departments. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, (2001) 35(4), 464–467. doi: 10.1046/j.1440-1614.2001.00925. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1046/j.1440-1614.2001.00925.x>
22. División de Rectoría y Regulación Sanitaria. NORMA TÉCNICA "Medidas de Contención para Personas con Enfermedad Mental en Episodio de Agitación Psicomotora". Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2003.
23. Mohr W, Petti T, Mohr B. Adverse Effects Associated with Physical Restraint. *The Canadian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2003;48(5):330-337. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370304800509>



6.7 FLUXOGRAMA



VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA O BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud. NTS No. 117-MINSA/DGSP-V0.1. Aprobada por Resolución Ministerial No. 302-2015/ MINSA.
2. Organización Mundial de la Salud: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
3. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014.
4. Sadock, Benjamin J.; Sadock, Virginia A. KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. Sinopsis de psiquiatría. 11 edición. Madrid: Panamericana - Williams & Wilkins, 2015.
5. Gutiérrez, A.G., & Contreras, C.M. (2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Segunda parte. Salud Mental, 31, 417-425. <http://www.redalyc.org/pdf/582/58231509.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra; 2013.
7. Ministerio de Salud. Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos. Lima: MINSA - Dirección General de Epidemiología; 2014.
8. Centro Nacional de Epidemiología Control y Prevención de Enfermedades e Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Directiva Sanitaria No.071-MINSA/CDC-V0.1. Directiva Sanitaria para la Vigilancia de los Problemas de Salud Mental Priorizados en Establecimientos de Salud Centinela y mediante encuesta poblacional.
9. Dirección General de Salud de las Personas- Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica en Conducta Suicida. Aprobada por Resolución Ministerial No. 648 -2006/MINSA.
10. Departamento de Emergencia del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Conducta Suicida en Emergencia. Aprobada con Resolución Directoral 244-2016. <http://www.insm.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dispo/RD/2016/RD%20244-2016%20DG.pdf>
11. World Health Organization (2012). Suicide Prevention: SUPRE The Worldwide initiative for the prevention of suicide. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en
12. Plan de Prevención de la Conducta Suicida: sector Dreta Eixample. Barcelona, mayo del 2006.
13. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of the valuation. Clin Psychol Rev. 1988;8:77-100.
14. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression inventory: Manual. 2ª ed. San Antonio, Texas: Harcourt; 1996.
15. Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la Escala de Evaluación Conductual para la Depresión de Beck. Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat. 1975(12):217-36.



16. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*. 1983;24(4):348-9.
17. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47(2):343-52.
18. Beck RW, Morris JB, Beck AT. Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychol Rep*. 1974;34(2):445-46.
19. Diaz FJ, Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, García Resa E, Blasco H, Braquehais Conesa D, et al. Dimensions of suicidal behavior according to patient reports. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;253(4):197-202.
20. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62.
21. Ramos-Brieva JC. A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Psychiatr Res*. 1988;22:21-8.
22. Linehan MM. Suicidal Behaviors Questionnaire. Unpublished inventory. Seattle: University of Washintong; 1981
23. Grupo de trabajo de Salud Mental del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Guía de Salud Mental en Atención Primaria [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2001 [citado 27 abr 2010]. Disponible en: <http://www.papps.org/upload/file/publicaciones/guiaRevisada2008-salud-mental.pdf>
24. Protocolos de intervención en urgencias extrahospitalarias 061. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2008.
25. Haste F, Charlton J, Jenkins R. Potential for suicide prevention in primary care? An analysis of factors associated with suicide. *Br J Gen Pract*. 1998;48:1759-63.
26. Goertemiller Carrigan C, Lynch DJ. Managing Suicide Attempts: Guidelines for the Primary Care Physician. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2003;5(4):169-74.
27. Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada [Internet]. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse; 2010 [citado 2 nov 2010]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP_intervention_guide/en/index.html
28. American Psychiatric Association. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors [Internet]. American Psychiatric Association; 2003 [citado 02 mar 2010]. Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx
29. Pérez Barrero SA, Mosquera D. El suicidio: prevención y manejo. Memorias de un curso necesario. Madrid: Ediciones Pléyades; 2006.
30. Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Bobes García J, Giner Ubago J, Saiz Ruiz J, editors. Madrid: Triacastela; 2011.
31. SAMHSA'S National Mental Health Information Center. National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action [Internet]. Rockville (MD): SAMHSA Health Information Network; 2010 [citado 02 mar 2010]. Disponible en: <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA01-3517/appendix.asp>



32. Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health; 2005.
33. Rojas Rodríguez MS. Atención de enfermería a personas con afecciones psiquiátricas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2007.
34. Johnson M. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Segunda Edición. Madrid: Elsevier Mosby, 2006.
35. Bousoño García M, Bobes García J, González-Quirós Corujo P. Tratamiento psicofarmacológico. En: Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson; 1997.
36. Ros Montalbán S, Arranz Martí B, Peris Díaz MD. Aproximaciones terapéuticas preventivas. En: Comportamientos suicidas Prevención y tratamiento. Barcelona: Ars medica; 2004.
37. Ernst CL, Goldberg JF. Antisuicide Properties of Psychotropic Drugs: A Critical Review. Harv Rev Psychiatry. 2004;12(1):14-41.
38. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaumik DK, Mann JJ. Relationship between antidepressants and suicide attempts: an analysis of the Veterans Health Administration data sets. Am J Psychiatry. 2007;164(7):1044-9.
39. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2009. Informe No.: avalía-t 2007/09.
40. Sakinofsky I. Treating Suicidality in Depressive Illness. Part 2: Does Treatment Cure or Cause Suicidality? Can J Psychiatry. 2007;52(6S1):85S-101S.
41. Ghaemi SN, Rosenquist KJ, Ko JY, Baldassano CF, Kontos NJ, Baldessarini RJ. Antidepressant treatment in bipolar versus unipolar depression. Am J Psychiatry. 2004;161(1):163-5.





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EMERGENCIA

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA



2020

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

Med. Judy Soraya Lopez Arias
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
C.M.P. 33698 - R.N.E. 17213

- I. FINALIDAD
- II. OBJETIVO
- III. ÁMBITO DE APLICACIÓN
- IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR
 - 4.1. 4.1 NOMBRE Y CÓDIGO
- V. CONSIDERACIONES GENERALES
 - 5.1. DEFINICIÓN
 - 5.2. ETIOLOGÍA
 - 5.3. FISIOPATOLOGÍA
 - 5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS
 - 5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
- VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS
 - 6.1. CUADRO CLÍNICO
 - 6.2. DIAGNÓSTICO
 - 6.3. EXÁMENES AUXILIARES
 - 6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA
 - 6.5. COMPLICACIONES
 - 6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
 - 6.7. FLUJOGRAMA
- VII. ANEXOS
- VIII. BIBLIOGRAFÍA



I. FINALIDAD

La presente guía, ha sido elaborada siguiendo la estructura de la Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud (1), y tiene como finalidad ofrecer recomendaciones al personal de salud que labore en el Departamento de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera, para la evaluación diagnóstica y manejo (tratamiento, remisiones y seguimiento) de personas con ideación o conductas suicidas que consulten al Departamento.

II. OBJETIVO

Proponer recomendaciones basadas en la evidencia para la atención de pacientes con riesgo de suicidio, ideación y/o conducta suicida, así como aspectos preventivos. Se incluye la atención a los familiares y allegados supervivientes.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Departamento de Emergencia del Hospital "Víctor Larco Herrera".

IV. NOMBRE Y CÓDIGO

SUICIDIO Y LESIONES INTENCIONALMENTE AUTOINFLINGIDAS (CAPITULO XX: X60 al X84) CIE -10(2).

- X60: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos.
- X61: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte.
- X62: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a narcóticos y psicodélicos [alucinógenos], no clasificados en otra parte.
- X63: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo.
- X64: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados.
- X65: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al alcohol.
- X66: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores.
- X67: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros gases y vapores
- X68: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas.
- X69: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados.



- X70: Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.
- X71: Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión.
- X72: Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta.
- X73: Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga.
- X74: Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas.
- X75: Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo.
- X76: Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas.
- X77: Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, vapores y objetos calientes.
- X78: Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante.
- X79: Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo.
- X80: Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado.
- X81: Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento.
- X82: Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor.
- X83: Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados.
- X84: Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

CONDUCTA SUICIDA: Es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. Se puede originar esta conducta en función a una decisión voluntaria, motivos inconscientes, en estados psicopatológicos que cursan con alteraciones del afecto, del pensamiento, de la conciencia y de los impulsos. (2)

Definiciones Operativas:

- **IDEACIÓN SUICIDA:** Se denomina así en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Sinónimo de pensamiento suicida.
- **INTENTO DE SUICIDIO:** Es el concepto general que sirve para designar a todo acto que busque la muerte propia, del cual se sobrevive.
- **SUICIDIO CONSUMADO:** acto por el cual el paciente logra su cometido de auto eliminarse. (3)

5.2. ETIOLOGÍA

- **FACTORES SOCIALES:** Entre los representantes del enfoque sociológico encontramos a Morselli quien considera que el suicidio es consecuencia de la escasez de recursos de algunos miembros de la sociedad para sobrevivir, con la inevitable pérdida de los más débiles.

Durkheim por su parte plantea que el suicidio es el resultado de la fortaleza o la debilidad del control de la sociedad sobre el individuo y define cuatro tipos: (1) Suicidio altruista: Es el literalmente pedido por la sociedad, debido a su cultura, normas y costumbres. A individuos



excesivamente integrados en el grupo pero con carencia de individualización no les queda otra opción honorable, porque seguir viviendo sería una ignominia. (2) Suicidio egoísta: En este caso la persona tiene pocos lazos con la comunidad; son personas que viven solas, no tienen familia ni grupo social o institución con quien relacionarse. No hay prácticamente exigencias sociales para el individuo. (3) Suicidio anónimo: Se produce por una repentina ruptura en la relación habitual entre la sociedad y el individuo (pérdida de seres queridos, propiedades, prestigio, etcétera.). (4) Suicidio fatalista: Resultante de una reglamentación excesiva, que termina aplastando a estos individuos.

FACTORES PSICOLÓGICOS: Desde una perspectiva psicológica las posibles causas de la aparición y mantenimiento de la conducta suicida se pueden explicar desde tres grandes categorías: la primera se refiere a un déficit de control de impulsos, la segunda tiene que ver con la propensión al dolor psicológico intenso y la tercera está asociada a los esquemas cognitivos disfuncionales. En el marco de las teorías psicológicas encontramos las psicoanalíticas y cognitivas. Entre los psicoanalistas hallamos a Freud quien describe el suicidio como el resultante de la pulsión entre eros y thanatos, con predominio final de este último. El autor consideró que en el suicida existía una hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente introyectado. Para Jung el suicidio destruye la armonía entre el consciente y el inconsciente y es derivado de los impulsos reprimidos. Para Menninger el suicidio es el resultado de una rabia homicida dirigida contra uno mismo (homicidio invertido) considerado como un mecanismo de autocastigo derivado de la culpa, considera que en todo suicida se encuentran implícitos 3 deseos: deseos de matar, deseo de ser matado y deseos de morir. Zilboorg por su parte retoma el punto de vista freudiano y lo desarrolla, considerando el suicidio no sólo como una fuerte hostilidad inconsciente, sino también como una incapacidad poco común de amar a otros. Por su parte, Beck, Kovacs, Weissman y otros cognitivistas, descubrieron que la desesperanza está más ligada al suicidio consumado que a la experiencia subjetiva de la depresión. Ellos han definido el suicidio como un acto intencional causado a uno mismo, que pone en peligro la vida, y que da como resultado la muerte, incluyendo todas las circunstancias que rodean el fallecimiento. El modelo teórico de la terapia cognitiva parte del sustento básico de que las personas con conducta suicida suelen padecer psicopatologías no por la situación en sí, sino por la interpretación que suelen hacer de estas. Para este modelo la conducta suicida es una expresión extrema del deseo de escape de lo que parece ser un problema irresoluble o una situación insostenible y se deriva de tres componentes de la triada cognitiva: yo defectuoso, un mundo agresivo y despiadado, y un futuro desolador y desesperanzador. A lo anterior se agregan ciertos errores cognitivos dominantes y unas estructuras cognitivas relativamente estables denominadas esquemas disfuncionales activos.

FACTORES GENÉTICOS Y NEUROBIOLÓGICOS: Para el modelo neuropsicobiológico de Mann las causas de la conducta suicida están sustentadas en varios factores genéticos, neurobiológicos y psicológicos que afectan el sistema serotoninérgico. Este modelo presupone que la conducta suicida es la resultante de la interacción entre el estrés ambiental y la predisposición y vulnerabilidad a dicha conducta (diátesis), planteando una relación estrés-diátesis en la que los factores de ambos tipos contribuyen la presentación de la conducta suicida. Los factores de riesgo que actúan como estresantes son: existencia de enfermedad mental, intoxicación aguda por sustancias, mimetismo y crisis social y familiar. Entre los factores referidos a la diátesis se encuentran: la disminución de la función serotoninérgica, agresividad e impulsividad, abuso crónico de sustancias psicoactivas, enfermedad crónica, existencia de abusos y maltratos en la infancia, dificultades en el



soporte social y el cuestionamiento sobre las razones para vivir. Cada uno de estos factores afecta la función serotoninérgica que se constituye en un mecanismo de contención o de no contención de la conducta suicida. La disfunción de esta actividad serotoninérgica en los suicidas se refleja en la incapacidad de los mecanismos de contención que se disparan dependiendo de las situaciones ambientales estresantes. Al existir hipofunción serotoninérgica hay un mayor riesgo de impulsividad y agresión que podría constituirse en agresión dirigida hacia sí mismo (conducta suicida) o hacia los demás (asesinato, violencia y heteroagresividad).

Analizando las teorías explicativas del suicidio se puede afirmar que en la práctica clínica se observan los mecanismos y conceptos planteados por las teorías descritas anteriormente. Por ello es conveniente adoptar en la conceptualización e intervención - preventiva o terapéutica- de la conducta suicida un enfoque plural, antropológico, holístico y global. Solo de esta manera se realizará un mejor abordaje del grave problema que representa el suicidio.(4)

5.3. FISIOPATOLOGÍA

El suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial. A pesar de que varios de los factores de riesgo ya han sido identificados, las bases neurobiológicas del suicidio no se han esclarecido del todo, aunque se han enfocado particularmente hacia la disfunción del sistema serotoninérgico. Los primeros estudios indicaban que, en sujetos con intentos suicidas, se encuentran niveles reducidos del ácido 5-hidroxiindol-acético, principal metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo, independientemente del diagnóstico psiquiátrico previo. Más adelante, algunos estudios post-mortem han identificado alteraciones en los receptores presinápticos (5-HT_{1A}) y postsinápticos (5-HT_{2A}, 5-HT_{1A}) de la corteza prefrontal ventromedial. Esta disfunción, al parecer, se asocia con alteraciones en los genes que codifican la expresión de enzimas implicadas en la síntesis y metabolismo de la serotonina, aunada a una alteración en la expresión genética de factores neurotróficos derivados del cerebro, los cuales intervienen en la regulación funcional de las neuronas serotoninérgicas.

En conjunto, estas alteraciones se han relacionado con la vulnerabilidad o la diátesis para el comportamiento suicida en individuos con predisposición a la conducta violenta e impulsiva o autoagresiva. Además, confluye una hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, confirmada por un incremento de la hormona adrenocorticotrófica y una reducción del número de receptores para esta hormona en la corteza prefrontal de suicidas. La corteza prefrontal desempeña un papel fundamental en la regulación del estado de ánimo y se le ha implicado tanto en la fisiopatología de los trastornos afectivos como en el suicidio. Por medio de estudios con tomografía por emisión de positrones, se determinó que en los sujetos con intento de suicidio existe una hipofuncionalidad de la corteza prefrontal ventromedial, lo cual se ha asociado con la impulsividad y la planeación para intentar suicidarse. Asimismo, el hipocampo se ha implicado en la cognición y es una estructura que participa en el estrés, un factor predisponente al suicidio. Algunos sistemas celulares también han sido implicados, por ejemplo, los factores de transcripción CREB (proteína ligada al AMP cíclico), los cuales están disminuidos en la corteza prefrontal, hipocampo y amígdala de suicidas.

Algunos otros estudios sugieren incluso anomalías estructurales en la amígdala. Aunque es especulativo proponer que la amígdala cumpla un papel específico en el suicidio, tal propuesta no carece de bases dado que esta región es crítica en la integración de la ansiedad y en la agresión,

además de que guía las respuestas apropiadas que deben emitirse bajo situaciones de peligro. Por otro lado, el núcleo septal lateral se ha implicado en la desesperanza y en las acciones de diversos tratamientos antidepresivos. Entonces, se puede integrar un circuito anatómico y funcional en el cual participan como entrada los sistemas sensoriales, de ahí a estructuras integradoras de la memoria emocional, ubicadas principalmente en el lóbulo temporal, para de ahí pasar a estructuras de la neocorteza, principalmente la corteza prefrontal, mediante las proyecciones de núcleos talámicos. Esta vía integra la percepción del ambiente, información que es contrastada en los circuitos de la memoria emocional, para de ahí pasar a la toma de decisiones. Las alteraciones funcionales de este circuito, aunadas a factores ambientales adversos, parecen promover el acto suicida. En fin, en el suicidio participan estructuras cerebrales integradoras del estado afectivo, la memoria emocional, la impulsividad y la toma de decisiones. (5)

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio constituye un problema de salud pública en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas. En el 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, normalizada según la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). (6)

En nuestro país, de acuerdo al estudio nacional de carga de enfermedad realizado el 2012, las enfermedades neuropsiquiátricas constituían el grupo de enfermedades de mayor carga (13 % de la carga nacional), que ocasionó una pérdida de 33,5 años de vida saludables perdidos (AVISA) por cada 1 000 habitantes con un predominio notable de los años de vida perdidos por discapacidad (88,5%) sobre los años de vida perdidos por muerte prematura (11,5%). Dentro de ellas, la enfermedad de mayor carga fue la depresión unipolar con una pérdida de 224 535 AVISA que representó 7,5 AVISA por cada 1000 habitantes. Se estima que la depresión por sí sola aumenta el riesgo de suicidio; al respecto algunos autores consideran que las personas deprimidas presentan tasas de suicidio 44 veces superiores a las personas sin depresión y 8 veces superiores al resto de los pacientes psiquiátricos. En la tentativa de suicidio, la depresión juega un papel determinante y afecta, principalmente, a los adolescentes. (7)

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (antes Dirección General de Epidemiología) y el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (INSM HD-HN), elaboraron la propuesta de vigilancia de salud mental, la cual fue aprobada el 2016 mediante Directiva Sanitaria D.S. 071-MINSA/CDC-V.01 (RM 496-2016/MINSA). Uno de los problemas priorizados por la vigilancia fue la detección de las personas con intento de suicidio captándose los casos en los servicios de emergencia y en consultorios externos (si es que acudieron dentro de las primeras 72 horas de haber ocurrido el intento). La implementación de la vigilancia de salud mental se inició el 2017, luego de la sistematización de la experiencia obtenida luego de 6 meses de su implementación en establecimientos piloto.

Durante el 2017, la vigilancia centinela realizada en hospitales, centros de salud mental comunitarios (CSMC) y centros de salud I-4, registró 753 intentos de suicidio de los cuales, el 72,5% correspondió al sexo femenino. Los casos fueron registrados en establecimientos centinela de Amazonas, Áncash, Arequipa, Ayacucho, Callao, Huancavelica, Lima Metropolitana, Lima región, Loreto, Madre de Dios, Pasco y Tumbes. La edad promedio de los casos fue de $26,8 \pm 12,3$ años (Mediana 23 años), el 77,1 % de los casos correspondieron a menores de 30 años (Fig. 1). El 64,1 % contaba con SIS, el 61,4 % tenía instrucción secundaria y el 4,7 % de los intentos de suicidio en mujeres correspondieron a



gestantes o púerperas. Se documentó que el 45,9 % de los casos registrados habían presentado un intento de suicidio previo. Los motivos principales de los intentos de suicidio fueron los problemas con la pareja o cónyuge, problemas con los padres y problemas con su salud mental los cuales pueden beneficiarse de intervención familiar (Problemas con pareja o padres) o de diagnóstico y tratamiento temprano mediante tamizaje en los servicios de salud. El medio utilizado con mayor frecuencia fue la intoxicación medicamentosa, seguida de la ingesta de plaguicidas u organofosforados y arma blanca; para el caso de los varones fue más frecuente el empleo de ingesta de plaguicidas u organofosforados; mientras que, para el caso de las mujeres predominó la intoxicación medicamentosa.

Tres de cada 5 casos registrados de intento de suicidio habían sufrido alguna forma de violencia siendo más frecuente la violencia psicológica. Es posible que la violencia pueda constituir un predictor de intento de suicidio, particularmente, en las mujeres. El 58,8 % de las personas con un intento de suicidio ha sufrido alguna forma de violencia, de los cuales, el 49,1 % son varones y el 62,1 % son mujeres. Cerca del 18 % de los casos de intento de suicidio estaban asociados a consumo crónico de alcohol por lo que es posible que este también pueda constituir un predictor de intento de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes. Se observó el uso de otras sustancias como marihuana, pasta básica y clorhidrato de cocaína; sin embargo, el rol de estos fue limitado posiblemente por su menor disponibilidad y mayor costo. (8)

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

La clasificación de los factores de riesgo de la conducta suicida se puede realizar encuadrándolos en distintos campos, como el biológico, hereditario, psicológico, social, familiar o ambiental. De la misma manera pueden ser categorizados como factores individuales, familiares y contextuales.

Factores de riesgo relacionados en la historia clínica

a) Antecedentes de intentos de suicidio: La historia de intentos suicidas previos registrados o no en la historia clínica del paciente se constituyen en un importante pilar diagnóstico para la evaluación del riesgo suicida y determinar la gravedad del mismo. El 50% de los suicidios tenían antecedentes de tentativas de suicidio y el 25% habían sido atendidos el año previo en algún hospital por intentos suicidas o por autolesiones. Para evaluar el riesgo es importante tener en cuenta el grado de letalidad y los métodos violentos utilizados (ahorcamiento, precipitación desde las alturas, uso de armas de fuego, incineración, etc.).

b) Antecedentes de hospitalización psiquiátrica y comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. El 90 % de los suicidas adultos y el 60 % de los jóvenes tienen al menos un trastorno psiquiátrico o una enfermedad de salud mental. Entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes están los trastornos descritos en el ítem de comorbilidad entre ellos están: la depresión mayor, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos de la personalidad límite o psicopática, el déficit de atención con hiperactividad (TDAH), los trastornos de inicio en Infancia y Adolescencia y los trastornos de ansiedad.

c) Síntomas de Anhedonia (falta de placer), desesperanza, insomnio, pobre concentración.

d) Consumo o dependencia de sustancias como el alcohol y otras drogas psicoactivas. El abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas son predictores de suicidio en personas con riesgo. Cerca del 50 % de los suicidas están intoxicados al morir y 18 % de los alcohólicos muere por suicidio.



9.1.2 Factores genéticos o heredabilidad Antecedentes familiares de suicidio. Existen familias con un riesgo elevado de suicidio. El 11 % de los suicidas tiene un familiar de primer grado con muerte por suicidio o con intentos de suicidio. Los pacientes con antecedentes familiares de suicidio, atentan más contra su vida y con métodos más violentos que los que no tienen historia familiar.

Factores Biológicos

a) Función deficitaria serotoninérgica. Se ha comprobado que las concentraciones de serotonina en el área romboencefálica de cerebros de pacientes suicidas analizados postmortem eran significativamente más bajas, que en cerebros fallecidos por otras causas. También se han demostrado los niveles bajos de 5HIAA (metabolito de serotonina) en LCR en pacientes con intentos suicidas, en especial, suicidios violentos.

b) Comorbilidad con enfermedad física grave o crónica o con dolor. Las enfermedades físicas son un factor de riesgo importante, especialmente aquellas que son crónicas, terminales, incapacitantes, con frecuentes recaídas y hospitalizaciones. Se destacan aquellas que se acompaña de dolor crónico y que no responden al tratamiento.

Factores sociales-vitales

a) Adolescencia, adulto joven y edad avanzada. Los rangos de edad en donde se presenta mayor número de conducta suicida están entre los 15-29 años y en personas mayores de 65 años (edad geriátrica). Los adolescentes y adultos jóvenes son el grupo poblacional en el que el suicidio es la segunda causa de muerte después de los accidentes, y los intentos suicidas son más frecuentes en la primera mitad de la vida. El comportamiento suicida en el anciano puede tomar la forma de suicidio silencioso con comportamientos autolesivos como el rechazo a la alimentación y la no adherencia al tratamiento. El riesgo aumenta según aumenta la edad.

b) Sexo masculino. Las mujeres cometen el doble de intentos suicidas y comportamiento suicida que los hombres; sin embargo, la muerte por suicidio ocurre 3:1 en los varones.

c) Etnia e inmigración. El suicidio es más cometido en varones de raza blanca que en los de raza negra. Sin embargo, el suicidio en mujeres de raza blanca es menor que en varones de raza negra.

En los hispanos el suicidio es menor que en los no hispanos. La inmigración, unida al desarraigo y aislamiento comporta un aumento en el riesgo suicida.

d) Estado civil (soltero, viudo, divorciado o separado). La conducta suicida es más frecuente en solteros, divorciados y viudos; siendo más alto en estos dos últimos, sobre todo en el primer año después de la muerte o de la separación del cónyuge, si se es varón.

e) Orientación sexual. Los homosexuales, parecen tener un mayor riesgo suicida con un número de tentativas 5-10 veces superior a sus iguales heterosexuales. Los factores que se postulan para justificar este mayor riesgo son las dificultades para construir identidad sexual, el entorno hostil, el aislamiento, el alcoholismo, los antecedentes de rechazo familiar, etc.

f) Vivir solo y aislamiento social. El aislamiento social está en crecimiento en los últimos años y puede ser un factor importante en la conducta suicida.

g) Crisis vital reciente sobre todo si no se ha resuelto.

Factores familiares y contextuales (de las relaciones sociales y los ambientales)



a) Disfuncionalidad familiar. En las familias desintegradas con padres separados o en continua disputa existe la posibilidad de presentarse un aumento del trastorno de personalidad antisocial, toxicomanías y riesgo suicida. El suicidio es más frecuente en familias desintegradas monoparentales en las que el padre está ausente.

b) Las que tengan alteraciones en su dinámica y en sus relaciones como los conflictos, pérdidas y cambios en las relaciones interpersonales.

c) Otros factores asociados a familia y contexto

- Carencia de hijos
- Adolescentes con embarazo temprano
- Personas sin apoyo o atención familiar
- Pérdida o muerte reciente de un ser querido
- Pobre red de apoyo.

Factor Socioeconómico

a) Estrato o nivel económico. Hay mayor ocurrencia de suicidio en los extremos del espectro socioeconómico.

b) Situación laboral y económica. Las personas en crisis económica (ruina), con pérdida de empleo, desempleo de más de un año y en estado de jubilación son más susceptibles de cometer acto suicida. Cuanto mayor es el periodo de desempleo es mayor el riesgo suicida y de repetición de conductas autolesivas. En las personas jubiladas la pérdida de la rutina laboral influye en los cambios de hábitos y la autopercepción de no servir, con sentimientos de desvalorización personal, situaciones que también generan altos índices de la conducta suicida. Es importante tener en cuenta que según últimos estudios parece haber disminuido la relación del riesgo suicida con estos factores socioeconómicos.

c) Nivel educativo. El bajo nivel cultural se asocia con una prevalencia aumentada de intentos de suicidios y a mayor años de estudio menor tasa de suicidio consumado.

d) Las que tengan problemas sociales de envergadura como problemas legales y de exclusión

e) Alto estándar de vida

f) Jóvenes que no estudian ni trabajan

Factores Propios de la Historia de Vida

- Ser víctima de violencia es un factor de riesgo para suicidio; por ejemplo, el maltrato, el abuso y la violencia intrafamiliar. Ser víctima de violencia física y sexual, especialmente durante la niñez y adolescencia, aumenta la probabilidad de conductas suicidas. Asimismo, la violencia de género incrementa el riesgo de trastornos psiquiátricos y de suicidio en mujeres.

- Ser generador de violencia o participar en grupos violentos organizados.

- Privaciones afectivas en la infancia.

- Pérdidas frecuentes de la pareja.

- Proceder de familias disfuncionales, en donde se experimentó maltrato o abuso sexual infantil.



Factores Propios de la Dimensión Psicológica

- La desesperanza aprendida.
- Ideas de culpa.
- Pesimismo ante la vida y las circunstancias que le rodean.
- El sentimiento de soledad.
- Cogniciones y conductas autodestructivas.
- Carácter impulsivo.

Factores del Ambiente Escolar

- Niños y adolescentes con dificultades escolares, pérdida de materias y años educativos.
- Niños y adolescentes con acoso por parte de iguales (experiencia de bullying o matoneo).
- Niños y adolescentes con problemas disciplinarios y trastornos de conducta.

Otros Factores

- Disponibilidad de medios de suicidio. El fácil acceso a armas de fuego, medicamentos y/o tóxicos representa un mayor riesgo para actos suicidas.
- Construcciones sociales que exaltan la conducta suicida en el marco del honor y la honra.

FACTORES PROTECTORES (FP) De la misma manera que hay factores de riesgo en torno al suicidio, conviene señalar los principales factores de protección respecto al mismo. Se destacan entre ellos:

- Las buenas relaciones significativas e interpersonales. Aquellas personas con cohesión familiar, alto grado de involucramiento mutuo, intereses compartidos y apoyo emocional, son 3,5 a 5,5 veces menos propensos al suicidio.
- Las creencias religiosas son un factor protector, especialmente en aquellos países en donde la religión católica es mayoritaria porque está arraigada en la cultura popular.
- La capacidad de adaptación. La mayor capacidad de adaptación protege del efecto suicidógeno, así que por las dificultades de adaptación y aceptación del cambio que experimentan los adultos, el suicidio puede ser mayor en esta población que en los jóvenes quienes emigran por voluntad propia y se adaptan a nuevas circunstancias de vida con facilidad.
- Conservación del soporte familiar. El mantenimiento de las costumbres y de las tradiciones tiene un efecto protector de la conducta suicida, por cuanto facilitan la integración familiar y de esta en las comunidades a las que pertenecen.
- El grupo de menor frecuencia es el de casado con hijos. El tener un mayor sentido de responsabilidad hacia la familia, se constituye en un FP de la conducta suicida.
- Tener un miedo mayor a la desaprobación social. En este punto es necesario considerar la no presencia de los FR anteriormente señalados o el grado de exacerbación de los mismos, es decir, entre menos factores de riesgo existan o el grado de exacerbación no sea significativo hay una menor probabilidad de que se presente la conducta suicida. Esta apreciación se deja a consideración del profesional tratante. (3,4,12)



VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 Signos y síntomas

Semiológicamente debemos tomar en cuenta:

- **Evaluar la presencia física del sujeto.**

Se señala aspectos importantes del sujeto con algunos ejemplos, pero estos son generalizaciones, simplificaciones o acercamientos hipotéticos del caso, nunca perfiles o patrones de conducta que permitan establecer relaciones causales.

El estado de nutrición por exceso o defecto, pueden indicar enfermedad física. El grado de higiene y aseo personal, las uñas cortadas o descuidadas son indicios del nivel de abandono. Las ojeras o pelo despeinado señalan falta de sueño o que ha estado tumbado en lugar inapropiado.

Se debe evaluar las funciones vitales y buscar lesiones en el cuerpo.

- **Conciencia y orientación:** deben estar conservados; si hubiese un compromiso de éstos puede ser debido a algún tipo de intoxicación.
- **Afecto:** Puede encontrarse triste, ansioso o irritable.
- **Lenguaje y pensamiento:** Expresión verbal o no verbal del cuestionamiento de la existencia
Pensamiento: Presenta un compromiso de los valores existenciales. Desde cuestionamiento de la existencia hasta el pensamiento conviccional de autodestrucción.
- **Percepción:** En cuadros psicóticos pueden presentarse pseudopercepciones. (9, 10)

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1. Criterios Diagnóstico:

El Diagnóstico de la conducta suicida es clínico, y está determinado por lo descrito en síntomas y signos.

De las escalas revisadas, aquellas que han demostrado adecuadas propiedades para la valoración del riesgo suicida son:

- Escala de desesperanza de Beck
- Escala de ideación suicida de Beck
- Escala de Intencionalidad Suicida de Beck
- Ítem de conducta suicida de la Escala de depresión de Beck
- Ítem sobre conducta suicida de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton.

Aunque no validados en Perú y sin estudios que demuestren sus propiedades psicométricas, los acrónimos SAD PERSONS e IS PATH WARM pueden ser útiles por su facilidad de aplicación en la evaluación del paciente con conducta suicida. (10, 13-22)



6.2.2. Diagnóstico diferencial y comorbilidades

A continuación se exponen los trastornos psiquiátricos comúnmente asociados a la conducta suicida y que presentan comorbilidad con esta problemática.

TRASTORNOS AFECTIVOS. La depresión ha sido considerada como el factor de riesgo suicida más importante y puede ser la responsable de gran parte de los suicidios consumados. A su vez, se ha evidenciado que los intentos son más frecuentes en fases iniciales y finales del episodio depresivo o la enfermedad. Esto se debe, a que en las fases intermedias la inhibición conductual y el retardo psicomotor puede bloquear el inicio a la acción del acto suicida. Las tasas de intentos de suicidio también se barajan para los casos de trastorno bipolar las cuales oscilan entre el 20 y el 58%, siendo mayores los intentos y el suicidio consumado en fases depresivas y mixtas.

ABUSO DE SUSTANCIAS. Los trastornos de abuso y dependencia de sustancias y más concretamente, el alcoholismo por su elevada prevalencia, se han relacionado con el suicidio como factor precipitante de dichas conductas. Algunos autores, postulan que el alcoholismo puede suponer el factor de riesgo más importante, superando a la depresión o la esquizofrenia. Así en los alcohólicos las tasas de riesgo de suicidio superan en unas seis veces las de la población general.

ESQUIZOFRENIA. En la esquizofrenia existe un riesgo suicida comparable o incluso superior al de los trastornos depresivos mayores. Algunos estudios han descrito una prevalencia de suicidio consumado de hasta el 10-15% de los pacientes con esquizofrenia. Asimismo, se estima que los altos niveles de mortalidad suicida por esta enfermedad son el doble que en la población general y el suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en pacientes jóvenes con esquizofrenia.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. Los trastornos de personalidad llevan asociado un riesgo de suicidio hasta 6-7 veces mayor que el encontrado en la población general. Algunos estudios demuestran que un tercio de todos los suicidios consumados presentaban diagnósticos de trastornos de personalidad. Por esta razón la presencia de un trastorno de personalidad, especialmente si es un trastorno límite, antisocial, narcisista o depresivo, ha empezado a considerarse como un factor de riesgo significativo en la conducta suicida.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD. En la mayoría de trastornos psiquiátricos el riesgo de suicidio suele estar bien establecido. No es el caso de los trastornos de ansiedad, donde sigue existiendo importante controversia acerca de si dichos trastornos se asocian independientemente a un mayor riesgo de suicidio. Los resultados contradictorios expuestos por numerosos estudios donde se apoya tanto un riesgo de suicidio específico para trastornos de ansiedad como los que no, se deben fundamentalmente a la comorbilidad existente entre trastornos de ansiedad y otros trastornos psiquiátricos, especialmente los trastornos del ánimo y abuso de sustancias. De hecho, el trastorno de ansiedad lleva asociada gran parte del riesgo de suicidio y de comorbilidad en la medida de que estos trastornos mentales son más comunes en personas con ideas e intentos suicidas. Aproximadamente el 70% de las personas con historia previa de intentos de suicidio cumplían criterios para un trastorno de ansiedad (trastorno de pánico, ansiedad generalizada, fobia social, agorafobia y fobia específica). Se demostró que la existencia de algunos de estos trastornos se asociaba a mayor riesgo de nuevos intentos de suicidio, incluso al ajustar la influencia de otros trastornos mentales concomitantes. Algunos autores han señalado que el riesgo de suicidio aumenta entre 6 y 10 veces en estos trastornos de ansiedad en comparación con la población general.



También se encontró un mayor riesgo de suicidio cuando se asociaba los trastornos del ánimo con los de ansiedad comórbida en comparación con aquellos que mostraban depresión únicamente.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS. Los trastornos de la conducta alimentaria también han sido objeto de atención. En el pasado, el suicidio ha sido considerado como una de las principales causas de muerte en personas con trastornos de la conducta alimentaria. Estudios recientes confirman estos datos, evidenciando alta prevalencia de conducta suicida (incluyendo ideación suicida, gestos suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado) en este tipo de trastornos. A nivel mundial, el mayor riesgo de suicidio en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria se encuentra establecido en el rango de edades de entre 15 y 25 años. Se ha estimado que para el trastorno de anorexia nerviosa existe un riesgo de suicidio 40 veces mayor en comparación con la población general. Algunos análisis pusieron de manifiesto que en pacientes con anorexia nerviosa, pero no en la bulimia nerviosa, existe un riesgo de suicidio estadísticamente significativo.

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN U OTROS TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

La incidencia del suicidio consumado e intentos de suicidio en el trastorno de déficit de atención con hiperactividad ha sido estudiada tanto de manera retrospectiva mediante la autopsia psicológica, como en estudios transversales. Algunos estudios muestran un riesgo de suicidio relativo de 2,91 en comparación con las tasas de la población general. Se observaba un mayor riesgo cuando existía comorbilidad, especialmente con trastornos del humor y trastornos de conducta. Estudios recientes demuestran la existencia de una relación positiva entre los diferentes dominios del suicidio (suicidio consumado, ideación suicida e intentos de autolisis) y el diagnóstico de trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Se ha observado mayor prevalencia de suicidios consumados que intentos o ideación suicida, posiblemente debido a la mayor frecuencia con la que se alcanza con éxito la consumación del suicidio sin que existan previamente avisos de actos suicidas. En relación con la población general, el trastorno con déficit de atención suele mostrar el doble de tasas de ideación suicida, de intentos de suicidio y de suicidios consumados. Aspectos como la impulsividad han sido considerados para explicar la relación del suicidio y el trastorno de déficit de atención. A pesar de no haber sido considerado un predictor del suicidio, los altos niveles de impulsividad y la falta de conciencia del riesgo parecen estar relacionados con una mayor incidencia.

TRASTORNOS DE LOS HÁBITOS Y DEL CONTROL DE IMPULSOS. Existen escasos estudios que analicen la relación de la conducta suicida y los trastornos del control de impulsos. En los amplios estudios epidemiológicos sobre el suicidio, no se ofrece excesiva información sobre ellos. Fundamentalmente, la atención ha ido dirigida al análisis de actos suicidas en el juego patológico donde existe mayor frecuencia de intentos e ideación suicida. También se ha encontrado una frecuencia mayor en cleptomanía y piromanía. A su vez, se destaca la importante comorbilidad de los trastornos del control de impulsos (trastorno explosivo intermitente, juego patológico, cleptomanía, tricotilomanía y piromanía) con la depresión.

TRASTORNO ADAPTATIVO. La conducta suicida es más común en sujetos diagnosticados con trastornos de adaptación que en aquellos que no muestran dicho diagnóstico. Este diagnóstico se presenta con mayor frecuencia en sujetos menores de 21 años que intentan suicidarse y en sujetos con suicidio consumado. Pacientes hospitalizados en psiquiatría con trastorno de adaptación tienen un alta prevalencia de intentos de suicidio en urgencias que pacientes con otros trastornos psiquiátricos. En estudios recientes, se ha resaltado que el incremento del riesgo de suicidio en estos pacientes es entre 12-19 veces superior al de la población general. En estos trastornos adaptativos se ha señalado como posibles responsables de la conducta suicida a los acontecimientos



estresantes que suelen estar relacionados con la crisis de la adolescencia, los problemas de pareja, laborales y de salud, el abandono del hogar de los hijos, la jubilación, necesidad de asistencia domiciliar, el fallecimiento de algún familiar, entre otros. (23-27)

6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 **De patología Clínica:** No aplica

6.3.2 **De Imágenes:** Si el paciente ha sufrido una lesión o un traumatismo que requiera de una radiografía, tomografía u otra imagen auxiliar; debe ser derivado a un Hospital General III-1.

6.3.3 **De Exámenes especializados complementarios:** Si se sospecha de una patología médica general que ponga en riesgo la vida de la persona, debe ser evaluado primero en la Emergencia de un Hospital General III-1.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN PARA LA ATENCIÓN Considerando la dimensión de la problemática y la responsabilidad social y profesional no se considera conveniente tener criterios de inclusión o exclusión de pacientes para esta guía. Serán atendidos aquellos pacientes que soliciten el servicio y manifiesten necesidad de ayuda.

La hospitalización se recomienda en los casos en que esté en peligro la vida de la persona por ideación o intento suicida reciente (últimos días u horas). La necesidad de hospitalización dependerá del diagnóstico y de la gravedad de la causa mental subyacente, de la capacidad de afrontamiento del paciente y su familia, de la presencia o ausencia de los medios de vida y de la presencia o ausencia de los factores de riesgo. Los pacientes que no tienen un apoyo social sólido, los que muestran antecedentes de conducta impulsiva y un plan de suicidio estructurado, deben ingresarse.

Contacto inicial: El primer contacto de ayuda o primera atención a la persona con ideación e intento suicida se realiza a través de una entrevista clínica diagnóstica inicial la cual se establece como el patrón de oro para el proceso a realizar e incluye la valoración de si la persona está desesperada y/o desorganizada como para que el suicidio pueda ser un resultado final. Por esta razón, el profesional que realiza el primer contacto clínico con el paciente con conducta suicida asumirá una actitud directiva, realizará uso apropiado del tiempo (control adecuado), tratará de mantener a la persona con vida como objetivo fundamental y actuará teniendo en cuenta los siguientes puntos:

1. Evaluación y reconocimiento del problema o incidente precipitante.
2. Determinar el riesgo de mortalidad o evaluación del riesgo suicida considerando los pasos que se plantean a continuación:

- Realizar una descripción detallada de la presentación de la conducta suicida, que incluya:

Evaluación de la Conducta suicida: a través de preguntas que permitan conocer las características y/o tipo de la conducta suicida como ideación, intento, autoagresión.



- Intencionalidad: Gesto manipulador / ambivalente / intención seria (esperaba morir). - Letalidad: Conocimiento del alcance dañino sobre la integridad de la persona que pueda tener el método de suicidarse.

- Premeditación: Evaluar las horas y días que han transcurrido planeando el suicidio y la posibilidad de acceder a armas y/o tóxicos. Existencia de un plan detallado, baja probabilidad de ser descubierto.

- Accesibilidad a medios suicidas: Explorar si el paciente tiene a su alcance medios para concretar el acto suicida como: posesión de armas, disponibilidad de medicamentos o sustancias de alta toxicidad. En la evaluación del riesgo suicida el profesional puede emplear preguntas como: ¿siente que vale la pena vivir?, ¿desea estar muerto, ¿ha pensado en acabar con su vida?, si es así, ¿ha pensado como lo haría?, ¿qué método utilizaría?, ¿tiene usted acceso a una forma de llevar a cabo su plan?

- Evaluar síntomas y signos de trastorno mental y comorbilidad con particular atención en trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia, abuso y/o dependencia de psicoactivos y trastorno límite de la personalidad.

- Recopilar historia de factores de riesgo que incluya los eventos listados en puntos anteriores. Se evaluarán intentos suicidas previos, antecedentes familiares de conducta suicida y enfermedad mental, factores hereditarios, biológicos, familiares y contextuales, de la historia de vida, de la dimensión psicológica, del ambiente escolar y de la condición socioeconómica.

- Establecer estresores psicosociales, pérdidas recientes, dificultades económicas, cambios en el estatus socioeconómico, violencia intrafamiliar, estado de empleo, soporte familiar, creencias religiosas sobre la muerte y el suicidio.

- Evaluar factores protectores y estrategias de afrontamiento, prueba de realidad, tolerancia a la frustración, impulsividad, razones para vivir y planes para el futuro. En este ítem se puede preguntar al paciente que le impide hacerse daño. **(10-12)**

3. Asegurar la supervivencia del paciente con intervención en crisis En este paso se deben aplicar las reglas clínicas de la intervención en crisis para asegurar la supervivencia de los pacientes con conducta suicida, las cuales son:

- a. Reducir el sufrimiento o dolor psicológico, de manera que el sujeto escoja vivir.
- b. Encontrar la clave suicida.
- c. Encausar las necesidades frustradas para disminuir la posibilidad de suicidio.
- d. Buscar otras posibilidades de solución diferentes al suicidio.
- e. Orientar al paciente para que salga de la constricción psicológica de sentimientos, pensamientos y opciones considerando otras posibilidades que le permitan continuar con la vida.
- f. Ganar tiempo aprovechándose de la actitud interna de ambivalencia para encontrar otras soluciones.
- g. Lograr el compromiso de posponer el hecho mortífero y acceder a la observación y acompañamiento constante.

4. Determinar la necesidad de hospitalización y/o derivaciones a otros profesionales y realizarlas.

5. Realizar un inventario de las razones para vivir.



6. Llenado de la historia clínica en el formato respectivo, en ella se registrará la problemática de la persona que consulta. Para determinar el diagnóstico se contrastará la sintomatología y la información reportada por el paciente o su acompañante con los criterios diagnósticos establecidos en el CIE-10.

7. Acción apoyo social, la cual consiste en contactar a miembros de la red de apoyo del paciente (familiares y amigos) y/o una persona que se haga responsable del paciente para informar sobre la situación que se está presentando y/o darle las indicaciones para el cuidado y atención del mismo.

8. Establecer un vínculo con el paciente para un trabajo más amplio sobre las dificultades, si las condiciones lo permiten realizar un encuadre de trabajo.

Nota: Si el caso amerita hospitalización, pasará a sala de Hospitalización del Departamento de Emergencia.

Si al paciente no se le hospitaliza, se le debe orientar correctamente como debe sacar una Cita en Consulta Externa y hacerle presente que la emergencia está abierta las 24 horas.

9. Tener en cuenta que muchos pacientes pueden intentar acabar con la vida de otros antes de poner fin a la suya; esto sucede principalmente en madres con niños pequeños, por lo cual es muy necesario el apoyo familiar en estos casos. **(28-32)**

Cuidados de enfermería en la sala de observación:

- La mayoría de las personas que intentaron suicidarse presentan un afecto depresivo y hablan poco, por lo tanto, es importante que el personal de salud esté disponible para ejecutar la escucha activa en su interacción.
- El personal debe brindar una actitud comunicativa, estando atento al llamado y evitando cualquier comentario crítico.
- Debe asignarse a un técnico de enfermería la observación cercana del usuario.
- Antes de ubicar al paciente en la sala de observación, se debe hacer la inspección física, retirando todo objeto que pueda resultar nocivo: aretes, gafas, pasadores, cinturones, etc.
- Debe ubicarse al paciente en un ambiente lo más cercano posible a la estación de enfermería; la habitación no debe tener tomacorrientes, los bordes de la camas no deben ser cortantes y los vidrios deben ser resistentes a golpes.
- Debe indicarse al personal de limpieza que evite dejar al alcance de los pacientes los desinfectantes empleados en su trabajo.
- Deben tomarse en serio todas las amenazas de suicidio del paciente y reportarlas inmediatamente al médico de guardia.
- El personal debe observar y garantizar la toma de medicación prescrita.
- Hay que valorar y supervisar la ingesta de alimentos, pues es posible que el paciente se rehúse a consumir alimentos; asimismo debe estimularse la ingesta de líquidos para mantener el estado de hidratación.
- En el caso que el paciente tenga heridas, hay que realizar la curación con la aplicación de medidas asépticas.
- Todo paciente que haya tenido algún intento suicida antes del ingreso y se decida su Hospitalización en la Emergencia; debe ser evaluado por el Médico de Guardia de UCE. **(10, 33,34)**

6.4.2 Terapéutica:



Se recomienda abordar la conducta suicida desde una perspectiva amplia, en la que se valoren de forma integral las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales de las que el paciente pueda beneficiarse y contar con la implicación de los profesionales sanitarios de los distintos niveles asistenciales.

- **Tratamiento farmacológico:**

- Las personas con conducta suicida se encuentran por lo general en un momento de crisis, que da lugar a angustia, ira y/o agresividad. En tal sentido, puede ser necesario el uso de benzodiacepinas para controlar dichas manifestaciones, según lo indicado en la Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la crisis de ansiedad en emergencia.
- En caso de agitación psicomotora puede aplicarse un antipsicótico intramuscular (haloperidol 5mg), al cual puede agregarse una benzodiacepina endovenosa (diazepam 10-20mg en forma muy lenta y controlando las funciones vitales) o intramuscular (midazolam 5mg), siguiendo lo recomendado en la Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de Agitación Psicomotora y Conducta Violenta.
- Una que se ha controlado la ansiedad o la agitación psicomotora, el paciente debe iniciar o continuar el tratamiento propio del trastorno subyacente, siendo recomendable adicionalmente el uso transitorio de benzodiacepinas.
- Para los pacientes con trastorno depresivo y conducta suicida, la literatura recomienda el uso de antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina, tales como la fluoxetina y la sertralina. Aunque algunos estudios reportaron un aumento del riesgo suicida con el uso de antidepresivos en pacientes jóvenes, los datos son controversiales y no desaconsejan el uso de dichos medicamentos.
- Los pacientes con trastorno bipolar requieren el uso de estabilizadores del ánimo, tales como el litio, la carbamazepina o el valproato de sodio. De ellos el litio ha demostrado una disminución de la ideación suicida.
- Los datos a favor de los antipsicóticos de primera generación en la disminución del riesgo suicida son variables. Dentro de los antipsicóticos de segunda generación, la clozapina es el que más ha demostrado una reducción significativa del riesgo suicida, pero no es un fármaco de primera línea, debido al riesgo de agranulocitosis; la risperidona y la olanzapina constituyen opciones en estos casos. (10, 35-41)

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Los efectos adversos dependen del medicamento utilizado. Las benzodiacepinas suelen generar somnolencia, mareos e inestabilidad en la marcha, en tanto que los antipsicóticos pueden producir además distonía aguda e hipotensión postural.

6.4.4 Signos de alarma:

- Persistencia de síntomas y signos de riesgo suicida
- Presencia de síntomas psicóticos

6.4.5 Criterios de alta:

Como criterios de alta, se tendrá los siguientes:

- No ideación suicida
- Soporte familiar adecuado
- Paciente asequible al tratamiento



- Al alta de emergencia, el paciente debe tener una cita próxima en Consulta Externa.

6.4.6 Pronóstico:

El pronóstico dependerá del diagnóstico del trastorno de fondo que presente el paciente.

6.5 COMPLICACIONES

Dependen del intento suicida perpetrado y pueden incluir infecciones de heridas, cicatrices u otras lesiones permanentes, reacciones alérgicas, esofagitis, úlcera gástrica, neumonía aspirativa, convulsiones, secuela neurológica, coma, paro cardiorrespiratorio u otros.(9,10)

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA

Toda persona con un intento suicida reciente de alto grado de letalidad debe ser derivada de inmediato al servicio de Emergencia de un hospital de nivel III-1.





GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MANEJO DE LA ANSIEDAD

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA



2020



- I. FINALIDAD
- II. OBJETIVO
- III. AMBITO DE APLICACIÓN
- IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO

- V. CONSIDERACIONES GENERALES
 - a. DEFINICION
 - b. ETIOLOGIA
 - c. FISIOPATOLOGIA
 - d. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS
 - e. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
 - i. Medio ambiente
 - ii. Estilos de vida
 - iii. Factores hereditarios

- VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS
 - a. CUADRO CLÍNICO
 - b. DIAGNÓSTICO
 - c. EXÁMENES AUXILIARES
 - d. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA
 - e. COMPLICACIONES
 - f. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
 - g. FLUJOGRAMA

- VII. ANEXOS
- VIII. BIBLIOGRAFÍA



I. FINALIDAD

Mejorar la atención de los pacientes que acuden al departamento de emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera

II. OBJETIVO

- 2.1 Unificar el tratamiento para trastornos de ansiedad de los pacientes que acuden a emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera
- 2.2 Mejorar la atención que se brinda a los pacientes que acuden al departamento de emergencia por cursar con trastornos de ansiedad
- 2.3 Según la guía, apoyar a las decisiones del médico de guardia en su tratamiento de acuerdo a su criterio clínico y de evaluación.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Departamento de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR. Debe decir: Diagnóstico y Tratamiento de X Patología.

4.1 Nombre y Código

Los trastornos de ansiedad son una serie de patologías las cuales están comprendidas en el CIE-10 (según OMS) entre los códigos de F40-F49

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

La ansiedad es una respuesta emocional que se suele presentar cuando la persona se encuentra ante situaciones que percibe como amenazantes o peligrosas.

Los trastornos de ansiedad según Harold I. Kaplan y col. se describen como "un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de ansiedad (.), preocupación, miedo o temor excesivos, tensión o activación que provoca un malestar o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo, pudiendo aparecer en respuesta a un agente estresante psicosocial. Estos trastornos pueden acompañarse de síntomas somáticos.

5.2 ETIOLOGÍA

Los trastornos de ansiedad pueden ser los siguientes, dentro de los cuales se enfatizará el Trastorno de pánico por el motivo que es la causa más frecuente de atención en emergencia en lo que respecta a los trastornos de ansiedad.

5.2.1 Trastorno de pánico: Su característica principal es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, que se acompaña de al menos cuatro de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos (Tabla 1 ver anexos). La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (usualmente en 10 minutos o menos), acompañándose de una sensación de peligro o de muerte inminente y necesidad urgente de escapar.

Cuando la crisis dura más de 30 minutos se deben investigar causas médicas generales.

5.2.2 Trastorno de ansiedad Generalizada: Presenta ansiedad crónica y preocupaciones de carácter excesivo. El paciente está intranquilo, inquieto, con pensamiento catastrófico sobre lo que le rodea, no se puede controlar, es irritable y tiene tensión motora con hiperactividad simpática, hipervigilancia, fatiga y sensación de no soportar más la desesperación que lo invade



- 5.2.3 Trastorno obsesivo compulsivo: Presenta obsesiones que causan ansiedad y malestar significativos o compulsiones cuyo propósito es neutralizar esa ansiedad. El compromiso funcional en ocasiones es grave. Las obsesiones son ideas, imágenes o impulsos de carácter persistente, que le causan malestar y provocan ansiedad. El paciente se da cuenta de lo disfuncional o irracional de estas obsesiones y lucha contra ellas. Se refieren a temas de contaminación, de duda o religiosos. Las compulsiones son actos motores o mentales repetitivos. Son frecuentes las tareas de lavado, limpieza o exigencias de orden con rituales altamente complejos
- 5.2.4 Trastorno de estrés post traumático: Presenta reexperimentación usual de eventos traumáticos, síntomas debidos a hiperactivación (arousal) y conductas de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Se presenta luego de sufrir experiencias desagradables como una violación, un secuestro, tortura o accidente de tránsito. Ocurren pesadillas recurrentes sobre el tema traumático, acompañadas de hiperactivación y conducta evitativa.
- 5.2.5 Otros trastornos psiquiátricos: Fobia social, fobia específica, trastornos de adaptación. Crisis de angustia por síntomas psicóticos activos.
- 5.2.6 Enfermedades Físicas:
- 5.2.6.1 Enfermedades Cardiológicas: Arritmias cardiacas
 - 5.2.6.2 Enfermedades Neurológicas: Migrañas, Esclerosis múltiple,
 - 5.2.6.3 Enfermedades Endocrinas: Hipotiroidismo, hipertiroidismo, Diabetes, Enfermedad de Adisson, Enfermedad de Cushing, Feocromocitoma. Alteraciones hormonales por menopausia.
 - 5.2.6.4 Enfermedades Reumatológicas: Lupus eritematoso sistémico.
- 5.2.7 Uso de sustancias: Uso de anfetaminas, cocaína, alucinógenos, cafeína
- 5.2.8 Abstinencia de abuso de sustancias: En especial ante la supresión abrupta de benzodiazepinas, en abstinencia de otras sustancias psicoactivas.



5.3 FISIOPATOLOGÍA

Existe un sistema neuronal establecido tempranamente en la filogenia responsable de preservar la vida a través de reacciones de lucha o de huida, de la alimentación y la actividad sexual, que a la vez están vinculadas con emociones como cólera, miedo, ansiedad y amor. El sistema límbico se ha identificado como la estructura responsable de estas reacciones comandada y coordinada por la amígdala y el locus ceruleus. (Reyes-Ticas, 2010) En la ansiedad participan estructuras cortico subcorticales (Reyes-Ticas, 2010) de la siguiente manera: La entrada sensorial de un estímulo de amenaza corre a través del tálamo anterior al núcleo lateral de la amígdala y luego es transferido al núcleo central de amígdala, el cual se comporta como el punto central de diseminación de la información, coordinando la respuesta autonómica y de comportamiento. Su conexión con distintas estructuras dar lugar a las siguientes reacciones:

1. En el striatum hay una activación motor esquelética para "huir o atacar".
 2. En el núcleo parabrancial se aumenta la frecuencia respiratoria.
 3. En el núcleo lateral hipotalámico se activa el sistema nervioso simpático.
- 
- 

4. En el locus ceruleus resulta en un aumento de la liberación de norepinefrina, contribuyendo al incremento de la presión arterial, frecuencia cardíaca, diaforesis, piloerección y midriasis. Su conexión con el núcleo paraventricular del hipotálamo da lugar a la liberación de neuropéptidos y adrenocorticoides como una respuesta hormonal al estrés.
5. En la región gris periacueductal se desarrolla un comportamiento defensivo y posturas de congelamiento.
6. En el núcleo dorsal del vago, que a la vez recibe estímulos del locus ceruleus y del hipotálamo, se produce activación del sistema parasimpático, incrementando la frecuencia urinaria y defecatoria, y dando lugar a bradicardia y úlceras gastrointestinales.
7. En el núcleo trigémino y facial motor se produce la expresión facial de miedo y ansiedad.

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Según La OMS más de 260 millones de personas tienen trastornos de ansiedad, los cuales ocasionan disminución en el desempeño laboral.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la prevalencia de ansiedad en los servicios de atención primaria en el mundo se estima en un 12% dentro de la población adulta. (OMS, 2014) esta misma organización establece que los trastornos de ansiedad son de los que más tempranamente inician, con una mediana de 15 años de edad, alcanzando la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, encontrándose más alta en mujeres que en hombres. (OMS, 2014)

De acuerdo a otros estudios se encuentran tasas de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad a lo largo de la vida entre 10.4 y 28.8%. (C. P. Association, 2006)

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) en un estudio sobre los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe, los trastornos de ansiedad más frecuentes son el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y el Trastorno del Pánico (TP) con una prevalencia media de 3.8%, 1.4% y 1.6% respectivamente, mostrando una mayor prevalencia en mujeres que en hombres en el TAG y el TP, no así en el TOC. (Rodríguez, Kohn, & Aguilar-Gaxiola, 2009)

Según los datos del Instituto Nacional de Salud Mental en Lima, el problema de la depresión alcanza el 16,4% seguido por el trastorno de ansiedad generalizada con un 10,6 % y el abuso/dependencia de alcohol con un 5,3%.

La raza no parece ejercer ninguna influencia importante en la prevalencia de estos trastornos.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1 Medio ambiente

- 5.5.1.1 Vivir en Hogares disfuncionales, violentos
- 5.5.1.2 Problemas de pareja constantes
- 5.5.1.3 Conflictos con Padres, Hijos
- 5.5.1.4 Estrés laboral
- 5.5.1.5 Víctima de bullying
- 5.5.1.6 Vivir violencia doméstica, sexual, física
- 5.5.1.7 Violencia política
- 5.5.1.8 Atravesar por fenómenos de Pandemia u otras catástrofes.

5.5.2 Estilos de Vida

- 5.5.2.1 Alto nivel de estrés
- 5.5.2.2 Consumo de sustancias Psicoactivas
- 5.5.2.3 Poca realización de actividades saludables como realizar deporte



5.5.2.4 Presencia de enfermedades crónicas como Hipertensión, diabetes, cáncer, entre otras

5.5.2.5 Presencia de enfermedades dolorosas como la fibromialgia

5.5.2.6 Malas relaciones interpersonales

5.5.3 Factores Hereditarios

5.5.3.1 Antecedentes familiares de trastornos de ansiedad

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 Signos y síntomas

En la crisis de pánico: Sensaciones repentinas de terror sin un peligro aparente. La persona puede sentir como si estuviera perdiendo el control, sensación que se va a morir o desmayar. Suele presentarse síntomas físicos, tales como:

- Latidos rápidos del corazón (taquicardia)
- Dolor en el pecho o en el estómago
- Dificultad para respirar
- Debilidad o mareos
- Sudoración, Diaforesis
- Hormigueo o entumecimiento de las manos

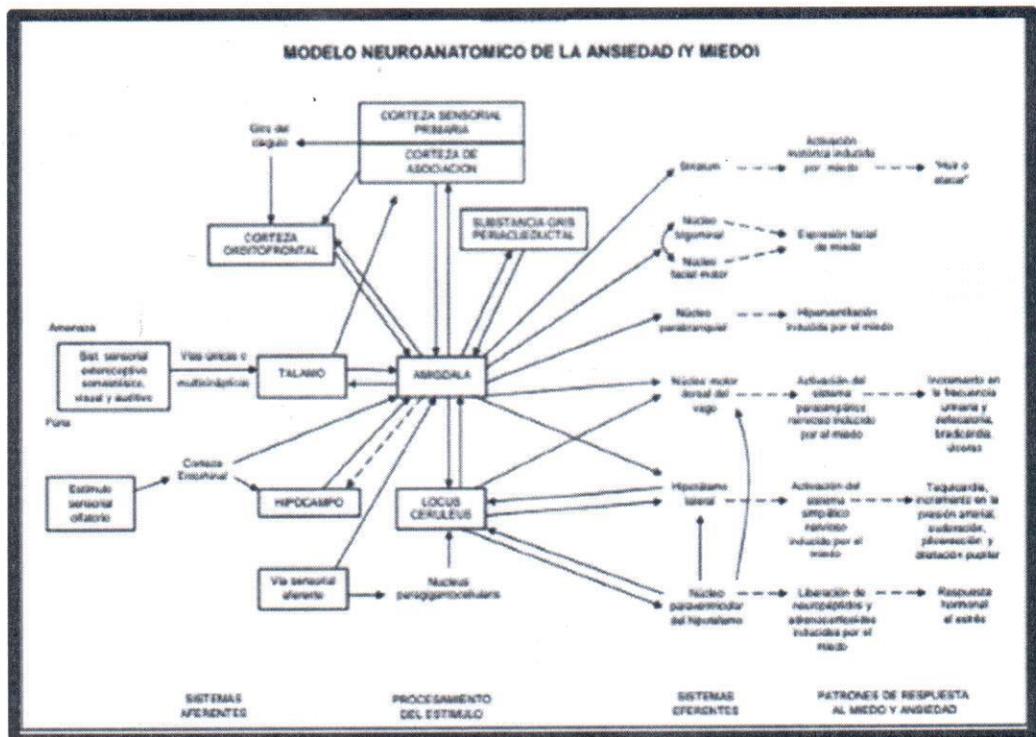
6.1.2 Interacción cronológica

Aunque la mayoría de los trastornos de la ansiedad (por ejemplo: angustia y obsesión-compulsión) se inician habitualmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta, algunas veces comienzan durante la infancia; por definición, desde luego, la ansiedad "por separación" se inicia en etapas infante - juveniles.

El curso de los trastornos de la ansiedad es muy variable, si bien la prevalencia parece disminuir significativamente en poblaciones de más edad.

6.1.3 Gráficos, diagramas, fotografías





Síntomas de ANSIEDAD

<p style="text-align: center;">Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Palpitaciones elevadas Sudoración excesiva Tensión muscular Mareos, desmayos Indigestión, diarrea Respiración profunda 	<p style="text-align: center;">Mentales</p> <ul style="list-style-type: none"> Preocupación constante Irritabilidad Problemas de concentración Problemas para dormir Cansancio
---	--

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios Diagnóstico: Los criterios diagnósticos según CIE 10 para trastornos de pánico (fuente Organización Mundial de la Salud) son: crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Así como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de: Palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo, sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización), temor a morir, a perder el control o a enloquecer.

Cada crisis suele durar sólo unos minutos

TABLA 1: CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ATAQUE DE PÁNICO



Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. *Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca*
2. *Sudoración*
3. *Temblores o sacudidas*
4. *Sensación de ahogo o falta de aliento*
5. *Sensación de atragantarse*
6. *Opresión o malestar torácico*
7. *Náusea o molestias abdominales*
8. *Inestabilidad, mareo o desmayo*
9. *Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)*
10. *Miedo a perder el control o volverse loco*
11. *Miedo a morir*
12. *Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)*
13. *Escalofríos o sofocaciones*

6.2.2 Diagnóstico diferencial

Infarto al miocardio

Otras patologías médicas descritas en el punto 5.2.6

6.3 EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 De patología Clínica

6.3.1.1 Sospecha de que el episodio de ansiedad sea por abstinencia de sustancias: Dosaje de metabolitos en orina.

6.3.1.2 En sospecha de enfermedades no psiquiátricas: Perfil tiroideo, glucosa, urea, creatinina, hemograma completo.

6.3.2 De Imágenes: No amerita

6.3.3 De Exámenes especializados complementarios: EKG

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

Se recomienda realizar un adecuado triaje al paciente a fin de determinar que el tratamiento no sea contraproducente para el paciente. Ejemplo: pacientes que acudan con hipotensión, o funciones vitales inestables, en ese caso se priorizará la estabilización hemodinámica del paciente (se prioriza la patología física frente a la psiquiátrica). Se recomienda que el paciente sea estabilizado en un hospital general y luego pueda retornar para tratar su trastorno de ansiedad. Es importante recalcar que la mediación parenteral para las crisis de ansiedad y que se usan por estar el paciente en estado de emergencia psiquiátrica pueden ocasionar hipotensión, es por ello la importancia de que el paciente se encuentre hemodinámica mente estable.

6.4.2 Terapéutica:

Para las crisis de ansiedad (Ataque de pánico) se recomienda tratamiento parenteral con Midazolam 5mg 01 amp IM.

Es importante realizar historia clínica a fin de determinar la causa del trastorno de ansiedad que propicio que el paciente acuda a emergencia.



Si la causa de la crisis se encuentra dentro del apartado de los trastornos de ansiedad, o fuese depresión se recomienda el inicio de antidepresivos como primera línea ISRS, sus dosis se especifican en el flujograma de atención.

Si el caso fuese de un paciente psicótico que acudió con crisis de angustia por sus síntomas psicóticos activos se recomienda medicación parenteral con Haloperidol 5mg 02 Ampollas IM stat. y Midazolam 5mg 01 Ampolla. IM Stat, en ese caso se recomienda ajustar el tratamiento antipsicótico que esté recibiendo el paciente.

En caso de pacientes que acudan por crisis de angustia como parte de un síndrome de abstinencia por consumo de sustancias psicoactivas, se recomienda colocar Midazolam 5mg 01 Amp IM STAT e iniciar o adecuar la dosis de su tratamiento para su farmacodependencia. Cabe recalcar que en esta situación el paciente no ha consumido alcohol ni otra sustancia psicoactiva y por ello se encuentra en ansiedad por abstinencia. En el caso que acudiera pacientes que han consumido alcohol recientemente no es recomendable el uso parenteral de benzodiazepinas (Midazolam) por tener consecuencias a nivel cardio respiratorio. En esos casos el paciente debe ser derivado a hospital genera para su desintoxicación. Igual si el paciente ha tenido consumo reciente de alguna sustancia psicoactiva, por la misma razón.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

ISRS: Los efectos secundarios más frecuentes son los síntomas gastrointestinales y disfunción sexual. También se puede presentar en menor prevalencia cefalea, insomnio, mareos. Está contraindicado el uso concomitante con fluconazol. Pueden interactuar con anticoagulantes.

Benzodiazepinas: disminución de fuerza muscular, pueden generar tolerancia, por lo cual se sugiere que el uso sea el menor tiempo posible.

6.4.4 Signos de alarma: Síndrome serotoninérgico maligno: caracterizado por pérdida de la conciencia, fiebre, alteración del sensorio, rigidez muscular, puede llegar a necesitar ventilación mecánica. Si se presentara se debe suspender la medicación e ir inmediatamente a hospital general para su tratamiento.

6.4.5 Criterios de alta: Los trastornos de ansiedad no ameritan que sean internados en emergencia, ya que las crisis seden rápidamente con medicación parenteral, suelen tener buena respuesta terapéutica siempre y cuando el paciente siga tratamiento psicofarmacológico y terapias con psicología lo cual debe ser llevado por consulta externa.

6.4.6 Pronóstico: Los trastornos de ansiedad cursan crónicamente, dependiendo de su etiología cursan con períodos de remisión y exacerbación.

Si los pacientes reciben un tratamiento adecuado los períodos críticos disminuyen. Sólo un tercio a la mitad de los enfermos presentan una forma crónica y persistente aun recibiendo tratamiento.

Aproximadamente el 50% padece síntomas leves no disfuncionales

6.5 COMPLICACIONES



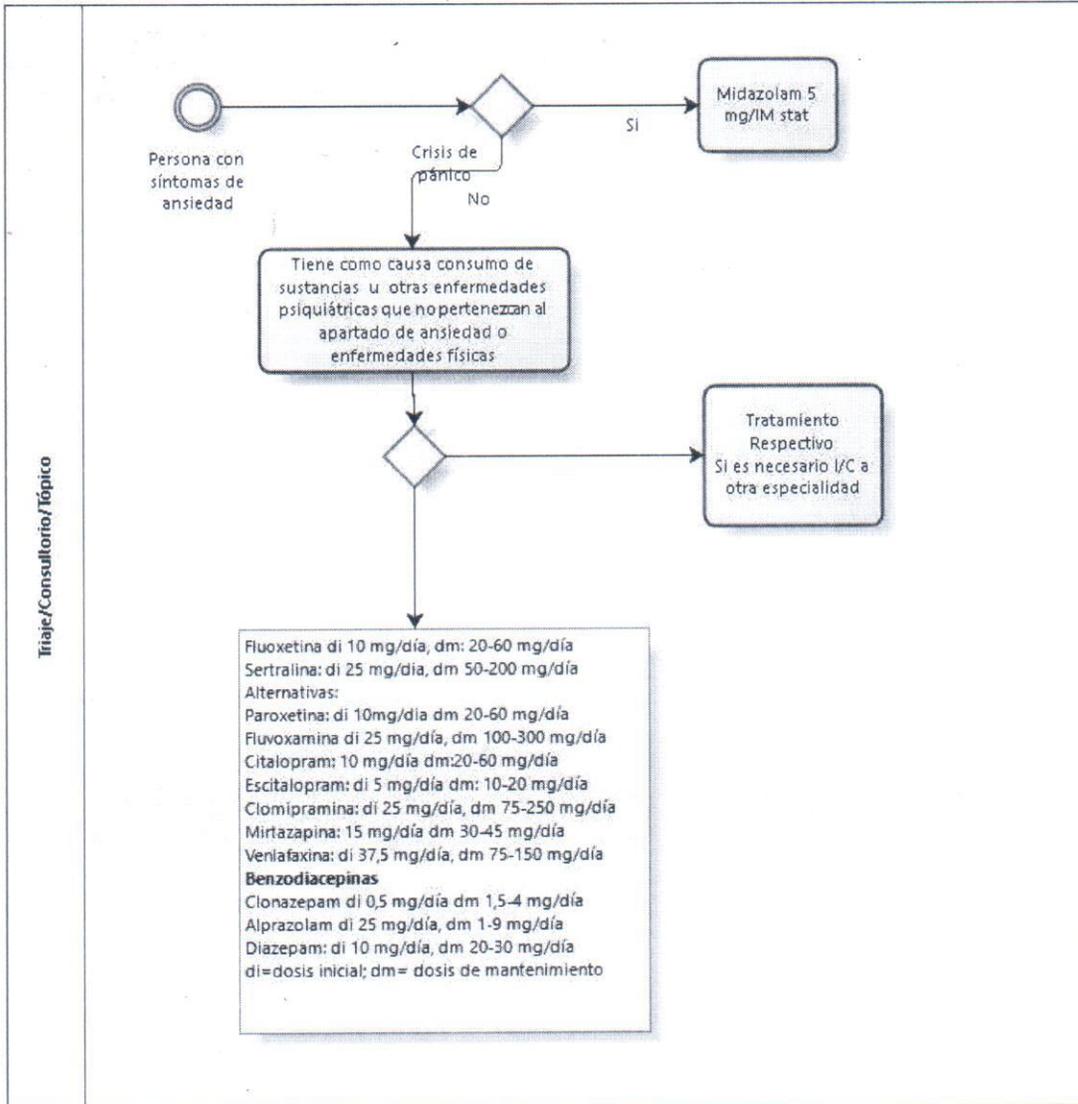
En casos en donde los trastornos de ansiedad no son tratados en tiempo oportuno se encuentra aumento de comorbilidad con depresión, abuso de alcohol, dependencia a benzodiazepinas, automedicación, ideación suicida.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Debe referirse a un hospital general a todo paciente en donde se sospeche o tenga evidencia de alguna enfermedad somática que ponga en riesgo la vida del paciente. Pacientes que estén hemo dinámicamente inestable o que presenten consumo de alcohol reciente o de alguna otra sustancia psicoactiva, deben ser atendidos primero en hospital general para su estabilización y/o desintoxicación según corresponda y luego de ello ser atendidos por su patología psiquiátrica.



6.7 FLUXOGRAMA



VII. ANEXOS

VIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA

1. Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5ta edición
2. (2013). El trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 56(4), 53-55. Recuperado en 31 de julio de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009&lng=es&tlng=es.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/panicdisorder.html>
4. Organización mundial de la salud Décima Revisión de la Clasificación Internacional De las Enfermedades CIE 10
5. TRASTORNOS DE ANSIEDAD ANXIETY DISORDERS María José Acuña Navas*, Luis Alonso Álvarez Zumbado*, Andrés Umaña Calderón* , Carlos Mario Umaña Mora*. Revista cúpula 2013.
6. https://www.who.int/mental_health/es/
7. Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de psiquiatría. Editorial Intermédica. Buenos Aires. VI edición. Vol. 1. Cap. 11: clasificación de los trastornos mentales; 1997; pág. 629-661.
8. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD Humberto CAMPANA (*), Rodolfo MAGNI (*), Adriana SANTILLI, Marcelo STRANIERO (*), Gonzalo VERA BELLO, Mónica AGOSTINI, Patricia GUILLOT, Dorita SERRA, Laura SOLCHAGA, María C. SOLCHAGA, Gustavo ALONSO, Guillermo CALVERA.. Revista de la Universidad de Mendoza.
9. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad Franklin Escobar.

