

GUÍA CLÍNICA DE TRIAJE TELEFÓNICO PARA DEMANDAS ASISTENCIALES POR CONDUCTA SUICIDA (TD: A 08)

PROTOCOLO DE VALORACIÓN TELEFÓNICA:

Para Demandas Asistenciales por

CONDUCTA SUICIDA

TD: A08

El suicidio representa un grave problema de salud pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo y se ha estimado que cada año se suicidan 14,5 personas de cada 100 000 habitantes. Las repercusiones en el entorno son muy importantes, ya que las vidas de los allegados se ven profundamente afectadas a nivel emocional, social y económico. Es por ello de gran importancia la adopción de medidas y el desarrollo de estrategias desde los centros coordinadores de urgencias y emergencias (CCUE) encaminadas a la disminución de la conducta suicida y especialmente a la personalización en la atención recibida para este tipo de pacientes.

PUERTA DE ENTRADA:

Se utilizará este motivo de demanda en aquellas llamadas procedentes de personas que piden ayuda indicando que querrían morir, piensan en el suicidio, quieren suicidarse o han hecho un intento de suicidio (o es familiar o allegado quien lo hace en su lugar). También incluiremos a pacientes, que, aunque no lo digan de forma explícita hagan sospechar de las citadas intenciones autolíticas, como puede ocurrir con las ingestas medicamentosas.

Tratamiento de estas llamadas

Utilizar entrada empática y compasiva:

- Debemos presentarnos, nombre y cargo
- Preguntarle por su nombre y como quiere que le llamemos, de tú o de usted, demuestra respeto y le da control de la situación
- “No se preocupe que vamos a ayudarle”



CONSEJOS POR POSIBLE ATENCIÓN DISMINUÍDA DEL/A PACIENTE:

- Pueden tener dificultad para asimilar la información verbal
- Usar frases cortas y vocabulario simple
- Dar tiempo a que responda antes de dar más información

La repetición es esencial, hay que asegurarse que entiende lo que le decimos, en caso contrario no vale de nada la comunicación.

Para el control de medios es necesario:

- Identificación inequívoca si el contexto lo permite
- Identificar con quien hablamos directamente (persona afectada u otra distinta)
- Localización exacta
- Tipo de espacio (uso privado o público)

Pautas generales durante interacción telefónica

QUÉ HACER

- Pídele que te ayude a entender lo que le pasa. Pregunta qué es lo que necesita y cómo puedes ayudar.
- Ser auténtico, genuino en la interacción (no sonar artificial o exagerado en el apoyo y comprensión mostrada)
- Tomar en serio la situación, mantener la calma y mostrar interés genuino.
- Tratar con respeto las cosas importantes que nos ha revelado
- Tomar amenazas en serio
- Conversación basada en empatía:
 - Validar y darle sentido a su sufrimiento, sin cuestionar, opinar, juzgar
 - Cuidado con la falsa empatía, se puede volver contra nosotros:
 - Si nos dice “he perdido a toda mi familia en un accidente”
 - No podemos contestar “sé cómo se siente”
 - Nos arriesgamos a que nos pregunte si nos ha pasado eso mismo.
 - Hay que buscar empatizar, pero no siempre se puede conseguir. En todo caso podemos decir:
 - “eso es tan doloroso que no puedo ponerme en su lugar, pero sí que he tenido pérdidas de familiares y amigos y sé lo que duele... puedo imaginar (no saber, ni sentir) lo mal que lo está pasando”



- “He conocido casos como el suyo, tengo experiencia, sabemos cómo ayudar”
- Transmitir al paciente una escucha atenta:
 - Repetir lo que dice el paciente es signo de escucha y no necesariamente de estar de acuerdo.
 - “sí, le he entendido bien..., lo que me ha dicho es...”
 - Para entender a una persona debemos asumir que lo que dice es verdad y buscar la parte de verdad que hay en ello.
 - La autorrevelación puede ser muy útil siempre que sea veraz: “he tenido familiares con depresión y he visto lo mal que se pasa, que no se ve solución...”.
 - Intentar no interrumpir cuando no sea necesario, permitir el desahogo, ofrecer escucha y respetar silencios.
- De acuerdo / acuerdo en el desacuerdo:
 - Si no encontramos un punto para el acuerdo, al menos validar que podemos entender su posición.
 - PACIENTE: “los psiquiatras sólo quieren atontarnos con las pastillas...”
 - PROFESIONAL: “yo nunca he tenido esa experiencia que dice, pero no niego que usted la tenga”
 - En última instancia no hay nada malo en decir francamente que no podemos estar de acuerdo en lo que nos dice. Transmite veracidad y sinceridad.

QUÉ NO HACER

- No tener prisa ni aparentarla
- Mostrarte consternado, nervioso, inseguro, avergonzado, asustado, entrar en “pánico”
- Juicios culpabilizadores ni morales, criticar o discutir
- Utilizar sarcasmos ni desafíos
- Minimizar sus ideas es una actitud equivocada
- Hacer promesas que no podamos cumplir
- Mostrar incompreensión, rechazo, enfado, culpabilizar, reprochar o criticar
- Discutir, tratar de convencerlo y eliminar sus ideas suicidas
- Responder con frases hechas: “ya se pasará”, “el tiempo lo cura todo”, “todo estará bien”
- Precipitarnos en dar por hecho razones de vida, personas o puntos de anclaje (familia, amigos, etc.).
- Compararlo/a con nuestra experiencia o la de otras personas
- Presionar, dar algún ultimátum, amenazas veladas (enmascaradas como razonamientos bona fide)
- Usar lenguaje y expresiones irrespetuosas o estigmatizantes. Ser cautos en el uso de términos del lenguaje médico-diagnóstico.



PREGUNTAS:

1. Identificar si hablamos directamente con el afectado:

- a) SI, hablamos con el afectado
- b) NO, no es la persona afectada

2. ¿Está solo/a?

- a) SI
- b) NO

3. ¿Responde cuando lo llaman? ¿Habla, se queja?

- a) NO responde, no habla o no se queja
- b) Responde con dificultad, responde a estímulos
- c) Está agitado/ agresivo
- d) Consciente, orientado y triste/angustiado/ansioso
- e) Consciente, orientado y tranquilo

4. ¿Cómo respira?

- a) No respira/ Respira muy lento o da boqueadas
- b) SI respira, pero con dificultad
- c) Respira normal

5. ¿Justo en este momento va a llevar a cabo su suicidio?

- a) SI
- b) NO

6. ¿Qué medio piensa utilizar:

- a) Arma blanca u objeto punzante
- b) Consumo de medicamentos o tóxicos
- c) Amenaza de precipitación
- d) Otro medio (anotar en medidas)

7. ¿Qué lesiones presenta?

- a) Heridas o cortes con hemorragia abundante
- b) Heridas o cortes superficiales
- c) Traumatismo con posible fractura o deformidad
- d) No presenta lesiones

8. ¿Ha padecido este problema anteriormente o padece alguna enfermedad que tenga alguna relación con esto?

- a) Adicción a medicamentos, alcohol, drogas o tóxicos
- b) Antecedentes de enfermedad mental
- c) Ingresos previos por este motivo
- d) Antecedentes familiares por este motivo
- e) No padece enfermedad ni ha tenido antecedentes de este tipo



*******Si no saltó una alerta ni intervino el coordinador Se solicita escucha automática.**

REGLAS

Por defecto el TD “A08 Conducta Suicida” lleva aparejada una **prioridad 2**, por lo que solo valoramos aquellas situaciones en las que cambiaría la prioridad o requiere de una acción específica. Hay que tener en cuenta que una amenaza suicida con riesgo para el propio paciente o el entorno puede convertirse en una emergencia inminente y por tanto debería activarse un recurso de P1.

** REGLAS CON MENSAJES SIN CAMBIO DE PRIORIDAD:

REGLA 1: 1a + 2a (hablamos con afectado y está solo)

Presentar el siguiente mensaje en la pantalla:

¿hay alguien cerca de donde está usted por si hubiera que pedirle ayuda?

NO: que nos proporcione teléfono de familiar o allegado (INSISTIR EN ELLO)

SI (puede ser vecino, persona que pasa por allí): ¿Le puede avisar para que se ponga al teléfono?

Si no se pone otra persona al teléfono, continuar interrogando al paciente con la guía de triaje pasando a pregunta 5.

REGLA 2: 1a + 2b (hablamos con afectado y no está solo)

Presentar el siguiente mensaje en la pantalla:

¿Quién le acompaña ahora? (ANOTAR EN MEDIDAS)

Que se ponga al teléfono para confirmarlo (INSISTIR EN ELLO), pedirle sus datos (nombre y teléfono) y llamarle al mismo tiempo que se mantiene el contacto telefónico con la persona afectada.

Continuar con el interrogatorio telefónico de la guía de triaje pasando a pregunta 5



REGLA 3: 3c (Está agitado y/o agresivo)

Presentar el siguiente mensaje:

Activar FCSE y suministrar los siguientes CONSEJOS:

- Control de respiración
- Infusiones relajantes
- Si tiene medicación pautada, aconsejar algún ansiolítico que tome habitualmente.
- Intentar que esté acompañado, si puede llamar a algún familiar, amigo, allegado

Continuar con el interrogatorio telefónico de la guía de triaje pasando a pregunta 5

REGLA 4 (MENS): 3d (Consciente orientado/triste/angustiado/ansioso)

Presentar el siguiente mensaje:

Facilite los siguientes **CONSEJOS** y continúe con el interrogatorio telefónico de la guía de triaje pasando a pregunta 5:

- Control de respiración
- Infusiones relajantes
- Si tiene medicación pautada, aconsejar algún ansiolítico que tome habitualmente.
- Intentar que esté acompañado, si puede llamar a algún familiar, amigo, allegado



REGLA 5: 3e (Consciente orientado y tranquilo)

Presentar el siguiente mensaje:

Facilite los siguientes **CONSEJOS** y continúe con el interrogatorio telefónico de la guía de triaje pasando a la pregunta 5:

- Si está en tratamiento en SM, intentar adelantar la cita si fuese necesario
- Pedir cita con EGC (enfermero gestor de casos) o con su MAP
- Pedir cita con trabajador social de su C.S. si se trata de un problema social
- Ofrecer teléfonos de ayuda:
 - Teléfono de ayuda a la drogadicción
 - Teléfono de la Esperanza
 - Teléfono de ayuda a la mujer y menor

**** REGLAS CON CAMBIO DE TD y PLAN:**

REGLA 6: 3a+4a (no responde, no respira) **Cambiar a TD y Plan Sospecha de PCR**

**** REGLAS CON CAMBIO A PRIORIDAD 1 Y ACTIVACIÓN DE RECURSO DE SVA:**

REGLA 7: 3a+4c (no responde + respira normal)

REGLA 8: 4b (respira con dificultad)

REGLA 9: 6a+7a (arma blanca + herida con sangrado abundante)



Mensaje Prioridad 1

Activación de Recurso R1 con activación, en caso necesario, de FCSE y Bomberos

Esta demanda ha alcanzado **Prioridad 1**

Posible EMERGENCIA, Active rápidamente Equipo de Emergencia 061, o en su defecto el Recurso de Soporte Vital Avanzado que corresponda (EM, TSC, ECA, etc.)

Si está sólo: **ACTIVAR a las F.C.S.E.**, avisar a familiar o allegado cercano y administrar **CONSEJOS de CONTROL** para el Paciente

Hay que confirmar que puede o quiere abrir la puerta de acceso al domicilio por enviar también a bomberos a la vez que a Policía.

Si está acompañado: pedirle hablar con el acompañante primero, para que haga el control de medios alejándolo de aquello que quiere usar para suicidarse; pedirle que valore si puede contener a la persona hasta que llegue el recurso asistencial in situ; y si no puede asegurar la contención: **ACTIVAR a las F.C.S.E.** y administrar **CONSEJOS de CONTROL** para el Acompañante

** REGLAS DE PRIORIDAD 2 Y ACTIVACIÓN DE RECURSO EM/ECA Y FCSE

REGLA 10: 3c+4c (agitado/agresivo + respira normal)

REGLA 11: 6c (amenaza de precipitación)

Posible URGENCIA, active:

- Equipo Médico de Urgencias (EM) o, en su defecto, Equipo de Coordinación Avanzada (ECA)
- FCSE si fuese necesario



**** REGLAS CON CAMBIO A PRIORIDAD 2 Y ACTIVACIÓN DE RECURSO EM/ECA**

REGLA 12: 7c Traumatismo con posible fractura

REGLA 13: 8c Ingresos previos por este motivo

Posible URGENCIA, active:

- Equipo Médico de Urgencias (EM) o Equipo de Coordinación Avanzada (ECA)

**** Alertas de Prioridad 2 con Escucha y envío de recurso**

REGLA 14: 5a (intención suicida inminente)

Posible URGENCIA, solicite ESCUCHA al Coordinador y active:

- Equipo Médico de Urgencias (EM) o Equipo de Coordinación Avanzada (ECA)

**** Alertas de Prioridad 2 con Escucha al coordinador**

REGLA 15: 6b Consumo de tóxicos o medicamentos

REGLA 16: Instrucción final

Se has solicitado una ESCUCHA automática al Coordinador para la valoración de esta Demanda



CONSEJOS SANITARIOS

CONSEJOS DE “CONTROL” (énfasis en posponer la decisión)

Al Paciente:

- Mantener la conversación mientras llegan FCSE, intentando tranquilizarlo. Opciones de mensaje a transmitir:
- Reconocerle el valor de haber pedido ayuda: “ha hecho bien en llamar”
- Transmitir la idea de irreversibilidad del suicidio: “Imagino que si ha tomado una decisión (suicidarse) tan dolorosa/irreversible/sin vuelta atrás, supongo que llevará meses pensándolo/meditándolo/tomando la decisión”
- “Cuando uno está metido en el problema a veces no ve solución, alguien desde fuera puede ayudarle a ver alternativas/salida/la manera de arreglarlo. Déjeme intentarlo”
- Conocemos personas que se encuentran como Ud. y podemos ayudarle si se mantiene Ud. con vida
- La ayuda está en camino...

Al acompañante:

- Nunca dejes solo al paciente
- Evite que haya muchas personas cerca que puedan alterar al paciente
- Evite enfrentarse a él/ella
- Evite permanecer en habitaciones con acceso a objetos potencialmente peligrosos (cocinas, habitaciones con herramientas...) con los que pueda autolesionarse o lesionar a alguien
- Sitúese cerca de la puerta de salida del domicilio
- Proteger a niños si los hubiera

SITUACIONES CON PELIGRO INMINENTE para acompañante:

- Busque refugio en habitación con pestillo y ventanas
- Si tiene que salir del domicilio, lleve su móvil para no perder el contacto



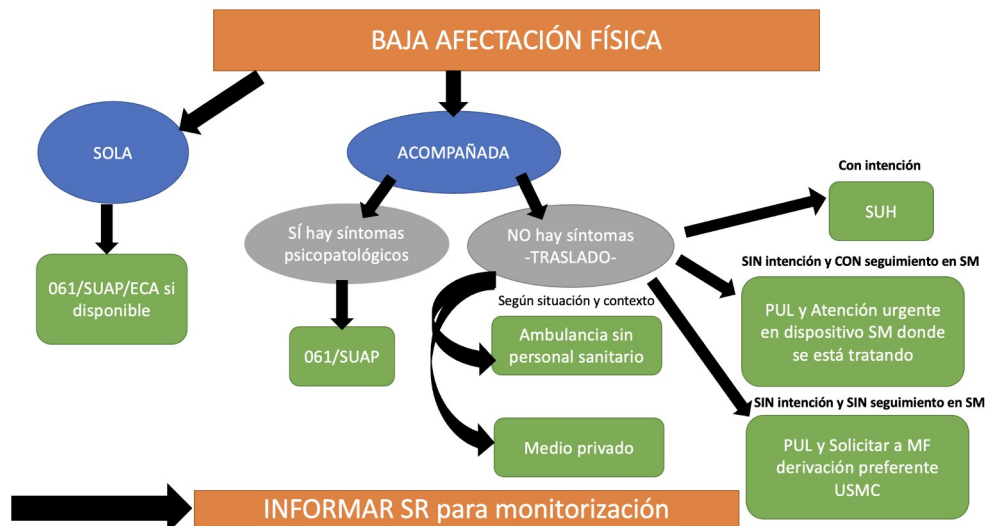
ALGORITMOS DE DECISIÓN

A. HAY AFECTACIÓN FÍSICA

A.1 MEDIA-ALTA AFECTACIÓN FÍSICA



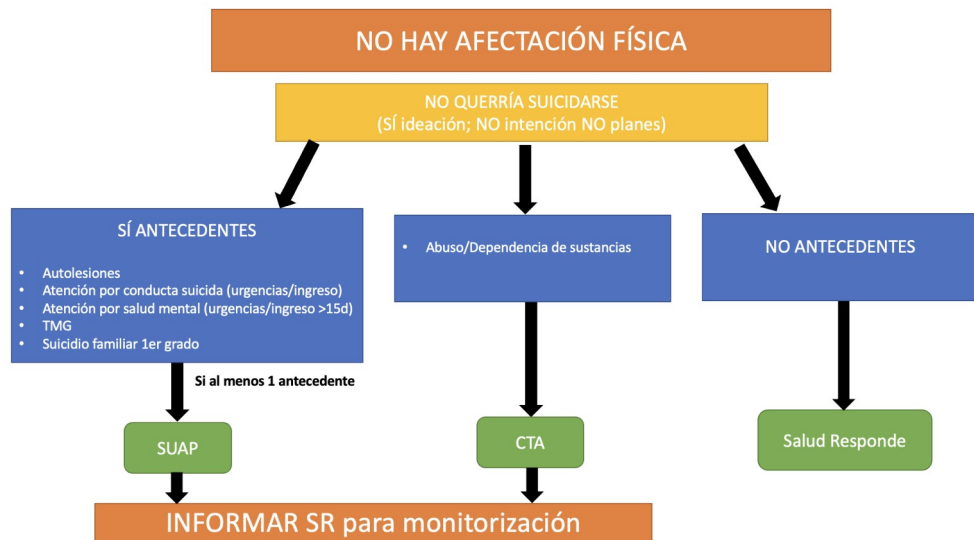
A.2 BAJA AFECTACIÓN FÍSICA



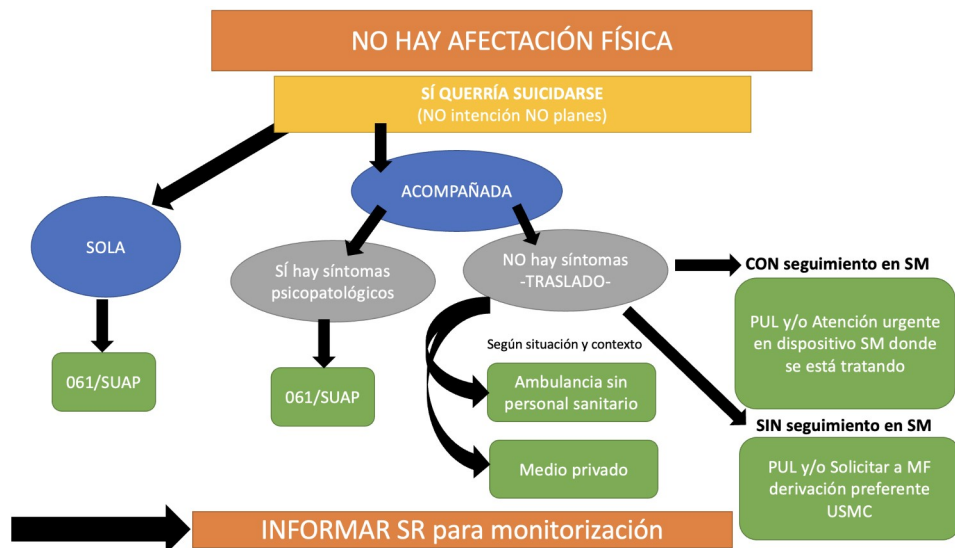


B. NO HAY AFECTACIÓN FÍSICA

B.1. LA PERSONA NO QUERRÍA SUICIDARSE. SÓLO PIENSA EN LA MUERTE COMO UN DESCANSO, UNA FORMA DE QUITARSE DE PROBLEMAS O DE DEJAR DE DARLOS.



B.2. LA PERSONA SÍ QUERRÍA SUICIDARSE (PERO NO TIENE INTENCIÓN NI PLANIFICACIÓN)





Las derivaciones a Puntos de Urgencia Local (PUL) solo deben plantearse en aquellos casos en los que la asistencia no se pueda demorar.

Se intentará evitar en lo posible debido a que la saturación y falta de protocolos estandarizados de atención a estos casos, pueden tener efectos contraproducentes y hacer que el paciente desista continuar con su atención en el sistema sanitario.

B.3. SÍ QUERRÍA SUICIDARSE (TIENE INTENCIÓN O PLANIFICACIÓN)

