



Asesoría Jurídica

Mat.: Aprueba “*Criterios de ingreso y egreso de pacientes con intento y/o ideación suicida*”.

Resolución Exenta N° 00259207-12-23

Santiago.

VISTOS, Lo dispuesto en:

1. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763 de 1979 y de las leyes N° 18.469 y N° 18.933;
2. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1/19.653 de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
3. El Decreto con Fuerza de Ley N° 29, de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo.
4. Los Decretos Supremos N° 140 y N° 38, de 2004 y 2005, respectivamente, ambos del Ministerio de Salud, sobre Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red.
5. La Ley N° 19.980, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado.
6. La Ley N° 20.584, que Regula los Derechos y Deberes que Tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud.
7. La Resolución N° 7 de 2019 y N° 16 de 2020 de la Contraloría General de la República.
8. La Resolución Exenta RA 116675/419/2023, de 21 de agosto de 2023, del Servicio de Salud Metropolitano Central, que nombra en calidad de titular el cargo de Director del Hospital de Urgencia Asistencia Pública.
9. La Resolución Exenta N°1898, de fecha 01 de septiembre de 2023, del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, que establece el orden de subrogancia en el cargo de Director; y

CONSIDERANDO

- a) Que, el abordaje de la conducta suicida constituye una problemática de salud pública a nivel mundial, debido a que en esta se implican factores multicausales. Parte de algunas medidas preventivas, implican una atención en servicio de urgencias que permita identificar el riesgo suicida y la necesidad en la continuidad de cuidados. Se entiende que la conducta suicida abarca comportamientos desde amenaza suicida, ideación suicida, comunicación de la motivación, planificación, gesto suicida, Intento de suicidio, suicidio frustrado, suicidio altruista, hasta suicidio consumado, acciones que pueden o no darse en contexto de un trastorno psiquiátrico.

b) Que, la evaluación del paciente con riesgo de suicidio en el servicio de urgencias es un desafío, debido a la presión asistencial inherente al lugar, a la escasez en la disponibilidad de camas psiquiátricas y a la dificultad en predecir el inminente autodaño. Lamentablemente no existen herramientas de decisión clínica que permitan predecir de forma fidedigna si el paciente realmente se va a autolesionar. La evaluación del riesgo suicida es una tarea difícil, incluso para los más expertos, y no existen instrumentos universalmente aceptados para detectar este riesgo. Si bien existen varias escalas para valorar el riesgo de suicidio, éstas no reemplazan el rol de la entrevista clínica en la detección de personas en riesgo. Por ello, es fundamental Identificar a los consultantes que tienen factores de riesgo para suicidio y entre éstos, a aquellos que se encuentren en una posible crisis suicida.

c) Que, un estudio identificó los factores de riesgo asociados a suicidio consumado que fueron: ideación suicida previa y/o intento de suicidio, ansiedad/agitación actual, problemas del sueño, problemas interpersonales actuales o tensión laboral y/o financiera, diagnósticos comórbidos actuales, aislamiento o retraimiento social actual y antecedentes familiares de trastornos mentales.

d) Que, un estudio de más de 1300 pacientes de urgencias con intentos recientes de suicidio o ideación de suicidio, encontró que una Intervención que incorpora exámenes de detección, evaluación, recursos de alta y seguimiento posterior al alta resultó en una disminución del 5% en la proporción de pacientes que intentaron suicidarse posteriormente, y una disminución del 30% en el número total de intentos de suicidio durante un período de seguimiento de un año en comparación con la atención habitual.

e) Que, en relación a datos epidemiológicos, según el último reporte de la OMS en "Suicidio en el mundo en el 2019: Estimaciones Globales de Salud" (2021), la tasa estandarizada mundial de suicidio para el 2019 de ambos sexos fue de 9,0 por 100.000 habitantes, considerando 12,6 en hombres y 5,4 en mujeres. Específicamente en Chile, la tasa de suicidios estandarizada para ambos sexos es de 8,0 por 100.000 habitantes, ubicando al país en la posición 85 de los 183 países incluidos (posiciones más altas indican tasas más altas).

f) Que, en Chile a partir de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017 realizada a personas mayores de 18 años, el 2,2% de la población ha pensado alguna vez "seriamente" en suicidarse en los últimos 12 meses. En relación a la planificación suicida, el 1,6% refiere haber hecho un plan para suicidarse, siendo prevalente mayormente en mujeres. Finalmente, el 0,7% refiere haber realizado un intento suicida. Respecto de la muerte por suicidio, de acuerdo al Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), si bien las tasas se han mantenido estables entre 2014 y 2017 entre 20 y 65 años (10,2 muertes cada 100.000 habitantes), las tasas en personas mayores han mostrado un importante aumento, sobre todo en hombres (tasa de 25 en mayores de 70 años y sobre 38 en mayores de 80 años por 100.000 habitantes). En adolescentes y jóvenes, las tasas de suicidio continúan siendo una de las primeras causas de muerte en este grupo etario. Los datos epidemiológicos muestran que, en casos de muerte por suicidio, existe una tasa en hombres 4 veces mayor que en mujeres.

g) Que, en este Protocolo se establece como objetivo específico:

- i. Estandarizar los criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con conducta suicida que son atendidos en UEH del H.U.A.P.

ii. Identificar y tratar complicaciones médicas de urgencia en pacientes que ingresan por intento suicida.

iii. Proveer atención integral que considere el cuidado centrado en el paciente con conducta suicida, abordando variables de salud mental.

iv. Promover una derivación efectiva a la red de salud mental que mejor se ajuste a la gravedad del paciente.

v. Velar por la seguridad del paciente y el equipo técnico y profesional en la Unidad de emergencia.

h) Que, de conformidad con lo anterior, en el ejercicio de lo dispuesto en el artículo 23 letra c) del Decreto Supremo N°38. De 2005, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, según el cual le corresponde al Director organizar internamente el Establecimiento Autogestionado y asignar las tareas correspondientes, con el fin de atender las necesidades públicas o colectivas de una manera regular, continua y permanente, como lo ordenan los artículos 3º y 28 de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y con la finalidad de establecer la *tercera versión* de las “*Criterios de ingreso y egreso de pacientes con intento y/o ideación suicida*”, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

I. APRUÉBANSE la *tercera versión* de él “*Criterios de ingreso y egreso de pacientes con intento y/o ideación suicida*” que es del siguiente tenor:

CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA				
CÓDIGO GCL 1.10	VERSIÓN 03	FECHA 11/2023	VIGENCIA 5 años	Nº PÁGINAS 20



Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Dra. Daniela Guzmán S. Unidad de Emergencia Hospitalaria. Dra. Paulina Mariango Q. Unidad de Emergencia Hospitalaria.	Dr. Felipe Mancilla H. Coordinador de Psicología.	Dr. Jorge Ibarra P. Subdirector del Grado Clínico.
Dr. Ulises González S. Jefe Unidad de Emergencia Hospitalaria.	P.S. Diego Soto P. Jefe Psicofarmacología.	Dr. Patricio Berna A. Director.
E.U. Hilo Sanitaria Pura Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.	E.U. Karla Alvaro F. Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.	
Fecha: Octubre 2023	Fecha: Noviembre 2023	Fecha: Noviembre 2023

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 2 de 20

ÍNDICE

Contenido	Página
Introducción	P.3
Objetivos	P.4
Alcance	P.5
Responsables de la ejecución	P.5
Definiciones	P.6
Desarrollo del proceso	P.7
Evaluación Médica	P.7
Evaluación del riesgo suicida	P.8
Criterios de ingreso de paciente con intento de suicidio	P.10
Criterios de egreso de paciente con intento de suicidio	P.13
Derivación de pacientes con intento de suicidio	P.14
Manejo frente a suicidio consumado	P.15
Distribución	P.15
Bibliografía	P.16
Anexos	P.17

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 3 de 20

I. INTRODUCCIÓN

El abordaje de la conducta suicida constituye una problemática de salud pública a nivel mundial, debido a que en esta se implican factores multicausales. Parte de algunas medidas preventivas, implican una atención en servicio de urgencias que permita identificar el riesgo suicida y la necesidad en la continuidad de cuidados. Se entiende que la conducta suicida abarca comportamientos desde amenaza suicida, ideación suicida, comunicación de la motivación, planificación, gesto suicida, intento de suicidio, suicidio frustrado, suicidio altruista, hasta suicidio consumado, acciones que pueden o no darse en contexto de un trastorno psiquiátrico ⁽¹⁾.

La evaluación del paciente con riesgo de suicidio en el servicio de urgencias es un desafío, debido a la presión asistencial inherente al lugar, a la escasez en la disponibilidad de camas psiquiátricas y a la dificultad en predecir el inminente autodaño. Lamentablemente no existen herramientas de decisión clínica que permitan predecir de forma fidedigna si el paciente realmente se va a autolesionar. La evaluación del riesgo suicida es una tarea difícil, incluso para los más expertos, y no existen instrumentos universalmente aceptados para detectar este riesgo. Si bien existen varias escalas para valorar el riesgo de suicidio, éstas no reemplazan el rol de la entrevista clínica en la detección de personas en riesgo. Por ello, es fundamental identificar a los consultantes que tienen factores de riesgo para suicidio y entre éstos, a aquellos que se encuentren en una posible crisis suicida.

Un estudio identificó los factores de riesgo asociados a suicidio consumado que fueron: ideación suicida previa y/o intento de suicidio, ansiedad/agitación actual, problemas del sueño, problemas interpersonales actuales o tensión laboral y/o financiera, diagnósticos comórbidos actuales, aislamiento o retraimiento social actual y antecedentes familiares de trastornos mentales ⁽²⁾.

Un estudio de más de 1300 pacientes de urgencias con intentos recientes de suicidio o ideación de suicidio, encontró que una intervención que incorpora exámenes de detección, evaluación, recursos de alta y seguimiento posterior al alta resultó en una disminución del 5% en la proporción de pacientes que intentaron suicidarse posteriormente, y una disminución del 30% en el número total de intentos de suicidio durante un período de seguimiento de un año en comparación con la atención habitual ⁽³⁾.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 4 de 20

En relación a datos epidemiológicos, según el último reporte de la OMS en "Suicidio en el mundo en el 2019: Estimaciones Globales de Salud" (2021), la tasa estandarizada mundial de suicidio para el 2019 de ambos sexos fue de 9,0 por 100.000 habitantes, considerando 12,6 en hombres y 5,4 en mujeres. Específicamente en Chile, la tasa de suicidios estandarizada para ambos sexos es de 8,0 por 100.000 habitantes, ubicando al país en la posición 85 de los 183 países incluidos (posiciones más altas indican tasas más altas) ⁽⁴⁾.

En Chile a partir de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017 realizada a personas mayores de 18 años, el 2,2% de la población ha pensado alguna vez "seriamente" en suicidarse en los últimos 12 meses. En relación a la planificación suicida, el 1,5% refiere haber hecho un plan para suicidarse, siendo prevalente mayormente en mujeres. Finalmente, el 0,7% refiere haber realizado un intento suicida. Respecto de la muerte por suicidio, de acuerdo al Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), si bien las tasas se han mantenido estables entre 2014 y 2017 entre 20 y 65 años (10,2 muertes cada 100.000 habitantes), las tasas en personas mayores han mostrado un importante aumento, sobre todo en hombres (tasa de 25 en mayores de 70 años y sobre 38 en mayores de 80 años por 100.000 habitantes). En adolescentes y jóvenes, las tasas de suicidio continúan siendo una de las primeras causas de muerte en este grupo etario. Los datos epidemiológicos muestran que, en casos de muerte por suicidio, existe una tasa en hombres 4 veces mayor que en mujeres ^(4,5).

En relación a estadísticas en el servicio de urgencias, durante el año 2022 en establecimientos hospitalarios y ambulatorios de la Región Metropolitana, se incluyen 2.030 consultas por lesiones autoinfligidas, (CIE 10: X60 y X84) y 5.044 consultas por ideación suicida. Específicamente en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, se evidencia a partir de un estudio en relación al Sistema de Vigilancia Centinela (2023), que en 2022 se registraron un total de 556 casos de intento suicida, promediando 1 intento (s) suicidas diarios que ingresan al servicio de urgencias; del total un 70% corresponden a pacientes de sexo femenino ^(5,6).

I. OBJETIVOS

Objetivo general

- Estandarizar los criterios de ingreso, egreso y derivación de pacientes con conducta suicida que son atendidos en UEH del H.U.A.P.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 5 de 20

Objetivos específicos

- Identificar y tratar complicaciones médicas de urgencia en pacientes que ingresan por intento suicida.
- Proveer atención integral que considere el cuidado centrado en el paciente con conducta suicida, abordando variables de salud mental.
- Promover una derivación efectiva a la red de salud mental que mejor se ajuste a la gravedad del paciente.
- Velar por la seguridad del paciente y el equipo técnico y profesional en la Unidad de emergencia.

III. ALCANCE

- Funcionarios que ejercen atención clínica con pacientes que consultan en estado de crisis asociado a conductas suicidas, en la Unidad de Emergencia del Hospital de Urgencia Asistencia Pública.
- Personal en proceso de formación académica que realiza su pasantía en la Unidad de Emergencia y en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

IV. RESPONSABLES

Médico de turno de la Unidad de Emergencia: responsable de realizar la evaluación clínica del paciente e indicar tratamiento médico. Aplicará Escala de Columbia para discernir sobre riesgo suicida. Debe realizar interconsulta a psicólogo de turno y Psiquiatra cuando proceda. Participará de reuniones de consultoría junto a psicólogo y Psiquiatra para toma de decisiones respecto de tratamiento abreviado, registrando en ficha conclusiones y planes. Realizará derivación a atención primaria o secundaria si procede.

Psicólogo(a): responsable de realizar evaluación psicológica del paciente, establecer Score HUAP diariamente para priorización de casos, realizar intervenciones en crisis, participar de reuniones de consultoría junto a médico tratante y psiquiatra, realizar intervenciones familiares para explorar y consolidar red de apoyo, intervenciones psicoeducativas y realización de gestiones administrativas de notificación y vinculación con la red de salud mental.

Médico(a) Psiquiatra: responsable de realizar evaluación clínica psiquiátrica, establecer un plan de manejo determinando la unidad de destino del paciente, iniciar un tratamiento

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 6 de 20

especializado, realizar seguimiento del caso, elaborar informes médicos para traslado a unidades especializadas, dirigir consultoría donde participan médico tratante y psicólogo, según la priorización de casos.

Médico jefe del Servicio de Emergencia Hospitalaria y Médico jefe de Unidad de Salud Mental: serán los responsables de velar por el cumplimiento de este protocolo.

V. DEFINICIONES

Suicidio: El fenómeno del suicidio ha sido definido y descrito de múltiples formas a lo largo de los años. En general, las distintas definiciones de suicidio se diferencian en el énfasis que le otorgan a la intencionalidad y conciencia del acto en sí. Actualmente, se considera que el suicida pretende acabar más bien con el dolor psicológico y no con la propia vida (Martínez, 2008). Debido a la gran cantidad de definiciones del fenómeno, en 1976 la Organización Mundial de la Salud, estableció la siguiente definición de suicidio: “*Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable en la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil*”.

Suicidalidad: Es un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida.

Ideación suicida: Deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida.

Conductas suicidas: (Se incluyen)

- Suicidio consumado: Acto de matarse de un modo consciente, considerando la muerte como un medio o como un fin.
- Intento o Tentativa de suicidio: Acto voluntario realizado por la persona con el intento de producirse la muerte, pero sin llegar a conseguirlo.
- Parasuicidio o Gesto Suicida: Conducta autolesiva no mortal, realizada por el individuo y en la que no es esencial su intencionalidad u orientación hacia la muerte. Se suele producir ante situaciones conflictivas no resueltas y dentro del contexto de algún trastorno de la personalidad. Se incluyen aquí muchas conductas consideradas manipulativas o manipulatorias.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 7 de 20

Riesgo suicida: Es la probabilidad que tiene una persona de autoeliminararse, valorado por medio de factores epidemiológicos, de antecedentes personales, del estado mental y de los estresantes actuales a los que está sometido el individuo.

Escalas de Valoración del Riesgo Suicida: Escala que permite determinar si un paciente está dentro de una población de riesgo o no.

COSAM: Consultorio de Salud Mental.

UEH: Unidad de Emergencia Hospitalaria

VI. DESARROLLO DEL PROCESO: (Flujo 1)

El proceso de evaluación clínica inicial del paciente que consulta por ideación o intento suicida se realizará en la Unidad de Emergencia Hospitalaria del HUAP. La evaluación clínica médica será realizada por el Médico de turno correspondiente al área de atención que ingresa el paciente. Para esto identificará factores de riesgo para suicidalidad y/o aplicará la escala de Columbia, estableciendo el riesgo suicida. Si es de alto riesgo el paciente se hospitalizará para ser evaluado posteriormente por Psicología y Psiquiatría. Si se establece riesgo intermedio se debe solicitar interconsulta con Psicología, que realizará una evaluación psicológica centrada en identificar la presencia de otros factores de riesgo permitan comprender la suicidalidad global para definir junto al médico tratante si cumple criterios de hospitalización. Si se establece bajo riesgo, debe ser derivado a atención primaria (CESFAM) o atención secundaria (COSAM) mediante interconsulta y contra referencia para evaluación por especialidad de forma ambulatoria.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 8 de 20

vi.1 Evaluación médica:

- 1) El proceso inicial de evaluación médica está orientado a la identificación y tratamiento de patología orgánica que pongan en riesgo la vida del paciente. En el caso de que el paciente sea menor de 18 años esta evaluación debe ser realizada en presencia de sus padres o tutor.
- 2) La indicación de exámenes, tratamiento y evolución funciona según protocolos de atención médica de acuerdo con el mecanismo por el cual se intentó el suicidio si es que lo hubo (suspensión, intoxicación, quemadura a lo bonzo, entre otros)
- 3) La evaluación médica debe contener dentro de la anamnesis:
- 4) Antecedentes de enfermedades psiquiátricas, hospitalizaciones en psiquiatría, uso de fármacos, antecedentes personales y familiares. En los casos de intoxicación, se recabará información respecto a la sustancia, dosis ingerida y hora de la exposición con las que tuvo contacto.
- 5) En la descripción del examen físico se debe incluir el nivel de conciencia, la presencia o no de lesiones y/o si éstas son autoprovocadas, estigmas de método suicida y síntomas y signos sugerentes de embarazo si corresponde.
- 6) Exámenes: Hemograma, Perfil Bioquímico, Creatinina, Gases venosos, Electrolitos plasmáticos, PCR, CK total, Electrocardiograma de 12 derivadas, Test de embarazo en orina, según corresponda en base a evaluación médica.

vi.2 Evaluación médica del riesgo suicida

El médico de urgencia será el responsable de estratificar el riesgo suicida del paciente y según esto definir el manejo inicial. Para hacer esto posible se debe hacer una entrevista enfocada en los principales aspectos psiquiátricos, se puede aplicar la Escala de Columbia o ambas estrategias en conjunto.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 9 de 20

Los factores de riesgo para suicidio consumado son⁽⁸⁾:

Género masculino
Episodio depresivo mayor.

Los factores de riesgo para intento suicida son⁽⁸⁾:

Intento previo de suicidio
Género femenino
Presencia de enfermedad psiquiátrica previa (en específico Trastorno depresivo mayor, Trastorno de ansiedad, Trastorno por Estrés postraumático)
Disfunción familiar

La Escala de Columbia para Evaluar la Severidad de la ideación suicida (Anexo 2) es una herramienta que ha sido validada por estudios en Servicios de urgencias y ha demostrado tener una alta sensibilidad para el comportamiento suicida. Además su versión en español se encuentra validada en Chile⁽⁹⁾. Existen muchas escalas para evaluar suicidalidad, sin embargo, no existe evidencia suficiente para plantear el uso de una por sobre otra. En este protocolo se utiliza la Escala de Columbia principalmente por su ventaja en el breve tiempo que emplea su aplicación y la estrecha diferencia interobservador, lo que la vuelve una herramienta útil en nuestro contexto hospitalario.

Los pacientes de **riesgo bajo** serán aquellos que en la escala de Columbia respondan SI a la primera y/o segunda pregunta, pero que responden NO al resto de las preguntas. Estos pacientes serán derivados a atención primaria o secundaria para una atención ambulatoria por especialidad.

Los pacientes de **riesgo intermedio** son aquellos que respondan SI a la pregunta 3 y/o 6 (siempre y cuando no haya sido en los últimos 3 meses). Estos pacientes serán evaluados por Psicología de enlace con la finalidad de identificar la presencia de otros factores de riesgo (por ejemplo, presencia o no de arrepentimiento en el caso de intento suicida, contrastar las respuestas del paciente con el familiar, evaluar letalidad del evento, presencia o no de gatillantes y/o impulsividad) para definir junto al médico tratante el manejo hospitalizado o ambulatorio.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 10 de 20

Para cumplir con indicadores de calidad de atención, entre la evaluación médica, la atención psicológica y la decisión de hospitalización no debieran transcurrir más de 6 horas.

Los pacientes de **riesgo alto** serán los que respondan SI a las preguntas 4 y/o 5. Además se consideraran de alto riesgo los pacientes que respondan SI a la pregunta 6 (cumpliendo el criterio de los últimos 3 meses). Estos pacientes se hospitalizarán y deben ser evaluados y tratados por Psicología y Psiquiatría.

Se debe tener en cuenta que, para una adecuada evaluación del riesgo, el paciente debe ser cognitivamente capaz de colaborar. Por lo tanto, los pacientes intoxicados con alcohol y/o drogas deben ser hospitalizados. Una vez que el paciente recupere su nivel de conciencia, debe ser evaluado siguiendo este mismo flujo.

vi.3 Criterios de ingreso de paciente con intento y/o ideación suicida.

- Todos los pacientes que hayan cometido un intento suicida con un método de alta letalidad
- Todo paciente que por la naturaleza de las lesiones secundarias al intento suicida requiera hospitalización
- Pacientes que tengan al menos uno de estos factores: intento suicida previo, género masculino, Trastorno depresivo mayor.
- Pacientes que tengan dos o más de los siguientes factores: antecedente de patología psiquiátrica, género femenino, disfunción familiar y/o mala red de apoyo.
- Todo paciente con riesgo alto según escala de Columbia.
- Todo paciente con riesgo intermedio en la escala de Columbia en el que se hayan identificado otros factores por los cuales el riesgo de suicidio es alto.

vi.4 Manejo del paciente hospitalizado.

Todo paciente hospitalizado con diagnóstico de Síndrome suicida (ideación o intento suicida) debe ser evaluado por Psicología y Psiquiatría, quienes realizarán seguimiento y tratamiento según corresponda.

El manejo ambiental es muy relevante. Se debe considerar el cuidado intrahospitalario que reduzca el riesgo de auto y heteroagresión, por ejemplo, a través de evitar la exposición de los pacientes ante elementos con los cuales se pueda autoinfligir daño

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 11 de 20

(sacapuntas, tijeras, pinches, aros, fármacos, bisturí, vías intravenosas, entre otras) o elementos contextuales que promueven la descompensación conductual.

Ante situaciones de descompensación, el equipo profesional debe estar sólido a realizar una contención emocional, farmacológica y/o mecánica.

El manejo en pacientes hospitalizados por motivo relacionado a una descompensación psíquica que implique riesgo suicida previamente definido, primero debe responder a los lineamientos del manejo intrahospitalario definido por el Hospital de Urgencias de Asistencia Pública. Sin embargo, debido a la complejidad que implica la hospitalización y, que esta misma puede ser un factor de descompensación del paciente suicidal, las intervenciones intrahospitalarias en el servicio de urgencia apuntan a estabilizar, contener y reducir los factores de riesgo que pueden agudizar la sintomatología presente en el paciente. Lo anterior implica:

Seguimiento por psicología en UEH. La frecuencia de los controles se determina en función de las necesidades de cada caso, estas intervenciones tienen como finalidad observar la evolución sintomática del paciente, identificar los factores descompensantes asociados al contexto de hospitalización, psicoeducación, trabajar la adherencia a tratamiento en UHCIP o ambulatoriamente y, realizar intervenciones focales breves asociados a incrementar la conciencia de enfermedad. Realizarán diariamente los cálculos de Score de cada paciente para establecer un ranking de priorización, el que ordenará decrescentemente los puntajes, permitiendo atender primero a los casos clínicamente más complejos.

Score de priorización de casos (Anexo 3)

Corresponde a una tabla de factores y elementos clínicos que permite establecer un análisis rápido y transversal de la situación clínica de un paciente, correlacionándose con la necesidad de atención por especialidad. Todas las variables son dicotómicas, excepto el puntaje asignado al tiempo transcurrido desde el ingreso. Se cuenta un punto por cada elemento presente, lo que permite establecer el ranking decreciente para asignación de cupos de atención.

Seguimiento por Psiquiatría en UEH.

Diariamente se asignarán cupos de evaluación psiquiátrica en la Urgencia en función de la carga asistencial total de HUAP, los que corresponderán a los casos con mayores puntajes en el Score de priorización.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 12 de 20

Según la primera entrevista el o la psiquiatra determina la frecuencia de los controles. Estas intervenciones tienen como objetivo evaluar la necesidad de derivación a UHCIP o la observación por un plazo breve en HUAP, indicar el manejo farmacológico (esquema diario y SOS), evaluar la remisión sintomática, evaluar criterios de egreso y posibilidad de comenzar o continuar tratamiento en atención ambulatoria (CESFAM/COSAM o extrasistema).

Seguimiento por médico general o residente de Psiquiatría del equipo de Salud Mental en UEH.

Tiene la finalidad de acotar los tiempos entre controles por parte de psiquiatría, logrando mantener un seguimiento respecto de la evolución del paciente y su respuesta al esquema indicado. Se realizará según la carga asistencial en la unidad. Toda evaluación debe ser supervisada por el coordinador de la Unidad de Salud Mental o quien le subrogue. Mediante esta evaluación se facilita el manejo médico, posibles reacciones adversas, sugerir exámenes faltantes, breve psicoeducación familiar sobre el plan intrahospitalario y actualizar informes en caso de requerir traslado a UHCIP.

Consultoría psiquiátrica en UEH.

Corresponde a un mecanismo adaptativo ante la creciente demanda asistencial, que busca resolver el problema del tiempo de espera para la primera evaluación por especialidad y con ello optimizar los tiempos de ocupación de las camas de Urgencias. Se propone un espacio de 60 minutos donde participe un(a) psiquiatra, un psicólogo(a) y el médico(a) tratante. La modalidad consiste en la presentación de los antecedentes y hallazgos principales de los casos a revisar en un plazo de 10 a 15 minutos por paciente. Psiquiatría sugerirá las directrices iniciales del manejo (interconsultas y esquema farmacológico) y programará un control para evaluación directa o a través de una nueva consultoría. Los pacientes asignados a consultoría corresponderán habitualmente a quienes tengan un Score de priorización medio o bajo, entendiendo que las situaciones clínicas de mayor gravedad serán vistas en evaluación extendida. Se propone inicialmente que el horario de inicio de la consultoría sea pasado el mediodía.

Contención verbal/emocional. La contención verbal se encuadra en contextos de descompensación y malestar psíquico con múltiples desencadenantes. Es función de todo profesional de la salud, por lo que no es exclusiva responsabilidad de Psicología, quienes intervendrán cuando el manejo por el equipo tratante requiera habilidades especializadas. Ante una mala respuesta por parte del paciente a la contención psicológica, el equipo médico debe evaluar escalar en la contención farmacológica o mecánica según la gravedad del caso.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 13 de 20

Solicitud de evaluación por Asistente Social.

El objetivo es buscar y asegurar red de apoyo en casos sociales que impliquen ausencia de red de apoyo efectiva, situación migratoria o identificatoria irregular o ausente y otras temáticas ligadas a la continuidad de los cuidados.

VII. CRITERIOS DE EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

Se entiende que el perfil del paciente hospitalizado cursando un síndrome suicidal comprende una descompensación psíquica y/u orgánica en fase aguda. Por lo anterior, los criterios de egreso se relacionan con la estabilización de la patología médica y psiquiátrica, remitiendo sintomatología aguda propia del cuadro. Por tanto, para pacientes que rechacen hospitalización, soliciten alta voluntaria o no requiera cuidados intrahospitalarios por presentar riesgo leve o moderado, los criterios de egreso son:

Si el paciente ingresa por ideación suicida

- a. Remisión de sintomatología suicidal aguda (ideación suicida, planificación y/o motivación).
- b. Ausencia de sintomatología psicótica
- c. Red de apoyo que pueda brindar cuidado y vigilancia extrahospitalaria preventiva.

Si el paciente ingresa por intento suicida

- a. Estabilización médica
- b. Remisión de sintomatología suicidal aguda (ideación suicida, planificación y/o motivación).
- c. Ausencia de sintomatología psicótica
- d. Red de apoyo que pueda brindar cuidado y vigilancia a tiempo completo extrahospitalaria
- e. Posibilidad de pronta atención ambulatoria (COSAM o extrasistema).

Ante la eventual alta, el psicólogo debe realizar una breve psicoeducación al paciente y red de apoyo, para orientar respecto de los cuidados (según el caso), signos de alarma y modos de acción ante riesgo suicida. Si el paciente permanece hospitalizado sin patología médica y solicita el alta voluntaria, pero tiene indicación de UHCIP por psiquiatra en HUAP o Instituto Psiquiátrico Dr. J. Horwitz, debe ser reevaluado por un

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 14 de 20

psiquiatra en HUAP o Instituto Psiquiátrico Dr. J. Horwitz, debe ser reevaluado por un médico psiquiatra que defina riesgo de la conducta suicida actual e indicaciones de tratamiento.

En el caso de pacientes menores de 18 años, será responsabilidad de los padres o tutores legales tomar la decisión que convenga para su atención, tratamiento y alta médica, posterior a psicoeducación por psicólogo de UEH

Previo al alta de todo paciente debe existir una evaluación por psicólogo de turno con el fin de psicoeducar, asegurar red de apoyo e informar a referentes de salud mental del Servicio de Salud Metropolitano Central, junto con la elaboración de los registros estadísticos pertinentes de la unidad.

VIII. CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Los pacientes adultos pueden ser derivados a instituto Horwitz (de acuerdo a libro de redes GES y no GES) para evaluar si requieren de hospitalización o re evaluación en este centro.

Ante la solicitud de hospitalización, la unidad de gestión de la demanda, deriva el requerimiento con los antecedentes clínicos completos (Nombre completo, RUN, diagnóstico, nombre y firma de médico) a gestión de camas del HCSBA, quienes previa verificación de domicilio en FONASA, presentan el caso a la unidad de psiquiatría ya sea adulto, infanto juvenil y/o macro red según corresponda.

Si no existe posibilidad de cupo en UCE (Unidad de Corta Estadía), ni en la red pública durante los tres días posteriores a la postulación por parte del hospital de origen, se presentará caso a clínica privada en convenio, de no haber cupo, se presentará caso a todas las clínicas psiquiátricas de la red metropolitana. La derivación se realizará con carta de respaldo previa autorización del SDM HCSBA. (*)

(*) según *Protocolo de seguimiento y continuidad de atención a usuarios/as con problemas de salud mental con Indicación de hospitalización en unidades de emergencia hospitalaria del SSMC, RE 1619 del 14-12-2022*

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 15 de 20

IX. MANEJO FRENTE A SUICIDIO CONSUMADO

En el desafortunado y lamentable caso que ocurra un suicidio consumado en HUAP, el manejo del equipo debiese ser el siguiente:

Paciente hospitalizado que realiza un suicidio consumado

1. Paciente ingresa a reanimador
 2. Médico Jefe de turno debe informar a familiares y solicitar que acudan a SU.
 3. Psicólogo informa a Unidad jurídica y Comunicaciones.
 4. Se solicita apoyo a UST para acompañamiento a funcionarios afectados.
- En el caso de que se confirme deceso, paciente se debe trasladar a SML.
5. Psicólogo realiza apoyo en entrega de malas noticias a familiares junto a Jefe de Turno.
 6. Acompañamiento familiar previo a egreso del paciente. Cierre del proceso: Psicólogo de SU debe informar al SSMC, conmoción pública y notificación a E.C.

Funcionario HUAP que realiza suicidio consumado en HUAP

1. Ingrera a reanimador
 2. Médico debe informar a familiares y solicitar que acudan a SU.
 3. Psicólogo informa a jurídica y comunicaciones.
 4. Solicita apoyo a UST para acompañamiento a funcionarios afectados. En el caso de que se confirme deceso, paciente se debe trasladar a SML
 5. Psicólogo SU realiza apoyo en entrega de malas noticias a familiares junto a Jefe de Turno.
 6. Acompañamiento familiar previo a egreso del paciente.
- Cierre del proceso: Informar a equipo UST para realizar seguimiento a familiares de funcionario fallecido (egresado) e informar a SSMC.

Paciente que ingresa a SU HUAP por sospecha de suicidio consumado o fallece en HUAP secundario a intento de suicidio fuera del establecimiento.

1. Seguir protocolo de acompañamiento de malas noticias.
2. Informar a SSMC.

X. DISTRIBUCIÓN

- Dirección
- Subdirección de Gestión Clínica
- Subdirección de Gestión del Cuidado.
- Unidad de Psicotrauma
- Unidad de Emergencia Hospitalaria
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 16 de 20

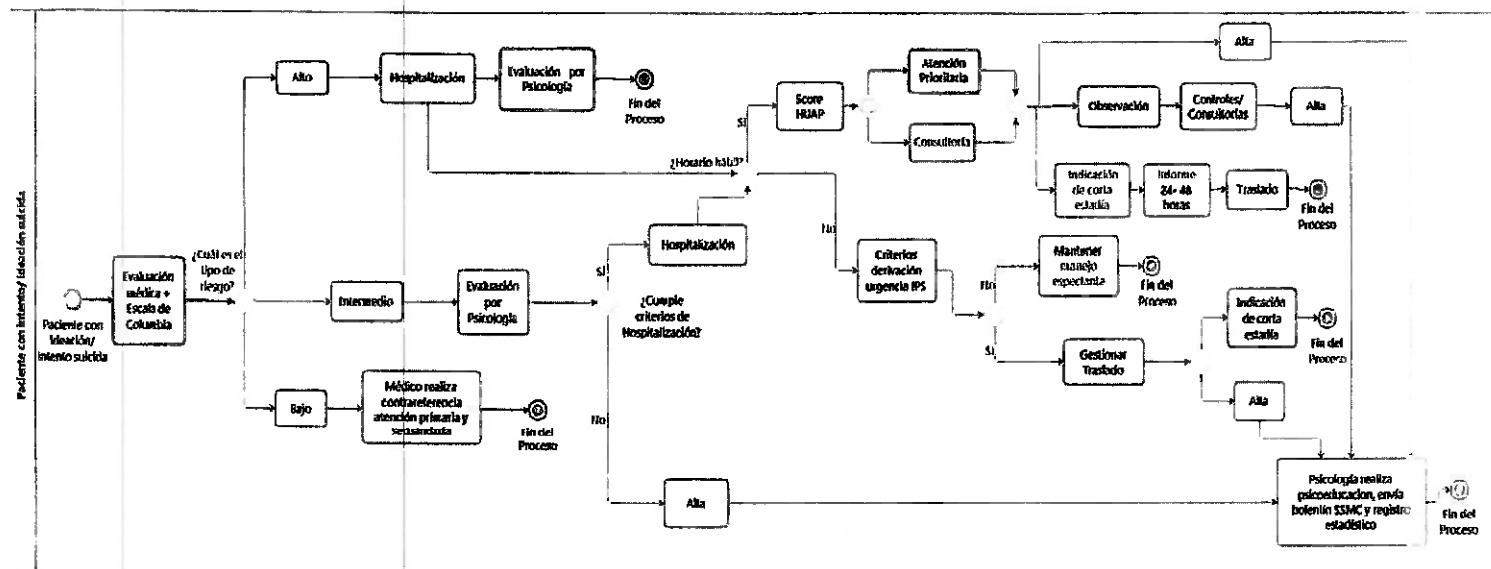
XII. BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- (1) Vallejo, J. (2015). Introducción a la psicopatología y psiquiatría. España, Editorial Elsevier Masson.
- (2) Berman AL. Risk Factors Proximate to Suicide and Suicide Risk Assessment in the Context of Denied Suicide Ideation. *Suicide Life Threat Behav.* 2018 Jun;48(3):340-352. doi: 10.1111/sltb.12351. Epub 2017 Apr 21. PMID: 28429385.
- (3) Miller, I. W., Camargo, C. A., Arias, S. A., Sullivan, A. F., Allen, M. H., Goldstein, A. B., Manton, A. P., Espinola, J. A., Jones, R., Hasegawa, K., & Boudreaux, E. D. (2017). Suicide prevention in an emergency department population: The ED-safe study. *JAMA Psychiatry*, 74(6), 563–570. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0678>
- (4) Ministerio de Salud. Informe Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Salud Mental 2: Comportamiento suicida. Santiago de Chile; 2021.
- (5) Departamento de Salud Pública (2023). Sistema de Vigilancia Centinela de Intento de Suicidio.
- (6) Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Santiago de Chile; 2017.
- (7) Programa nacional de prevención del suicidio. Orientaciones para su Implementación, Norma general administrativa no 27 (2013).
- (8) Revisión sistemática de los factores de riesgo de suicidio e intento de suicidio entre los pacientes psiquiátricos de América Latina y el Caribe / Revisión sistemática de los factores de riesgo de suicidio e intento de suicidio entre los pacientes psiquiátricos de América Latina y el Caribe. Teti, Germán L ; Rebok, Federico ; Rojas, Sasha M ; Grendas, Leandro ; Daray, Federico M. Rev. panamá. salud pública ; 36(2): 124-133, agosto de 2014. ilus, pestaña
- (9) Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M. I., Díaz-Mesa, E. M., García-Álvarez, L., Muñiz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134–142. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>
- (10) Bowers, A., Meyer, C., Hillier, S., Blubaugh, M., Roepke, B., Farabough, M., Gordon, J., & Vassar, M. (2018). Suicide risk assessment in the emergency department: Are there any tools in the pipeline? *American Journal of Emergency Medicine*, 36(4), 630–636. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.09.044>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 17 de 20

XII. ANEXOS

Anexo 1: Flujograma de Atención de Paciente con intento y/o ideación suicida. Hospital de Urgencia Asistencia Pública.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 18 de 20

Anexo 2: Escala de Columbia. Severidad suicida

COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS) 8

Instrumento de fácil administración (5 min. Aprox), que permite la evaluación de severidad suicida en contextos comunitarios (laborales, escolares, familiares) y equipos de salud. Sólo incluye lo esencial que se debe preguntar acerca de suicidalidad de acuerdo a la evidencia. Para ser completada es posible utilizar información de otras fuentes como registros escritos, familiares, pareja, etc.

Formule las preguntas 1 y 2	Último mes	
	Sí	No
1) ¿Has deseado estar muerto(a) o poder dormirte y no despertar? La persona confirma que ha tenido ideas relacionadas con el deseo de estar muerta o de no seguir viviendo, o el deseo de quedarse dormida y no despertar.		
2) ¿Has tenido realmente la idea de suicidarte? Pensamientos generales y no específicos relativos al deseo de poner fin a su vida (por ejemplo, "He pensado en suicidarme"), sin ideas sobre cómo quitarse la vida (métodos relacionados, intención o plan).		
Si la respuesta es "Sí" a la pregunta 2, formule las preguntas 3, 4, 5, y 6 Si la respuesta es "No" continúe a la pregunta 6		
3) ¿Has pensado en cómo llevarías esto a cabo? La persona confirma que ha tenido ideas suicidas y ha pensado en al menos un método. Esto se diferencia de un plan específico con detalles elaborados de hora, lugar o método, pues en este caso existe la idea de un método para matarse, pero sin un plan específico. Incluye también respuestas del tipo: "He tenido la idea de tomar una sobredosis, pero nunca he hecho un plan específico sobre el momento, el lugar o cómo lo haría realmente...y nunca lo haría".		
4) ¿Has tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo? Se presentan ideas suicidas activas de quitarse la vida y la persona refiere que ha tenido cierta intención de llevar a cabo tales ideas, a diferencia de ideas suicidas sin intención en respuestas como "Tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto".		
5) ¿Has comenzado a elaborar o has elaborado los detalles sobre cómo suicidarte? ¿Tienes intenciones de llevar a cabo este plan? Se presentan ideas de quitarse la vida con detalles del plan parcial o totalmente elaborados, y la persona tiene cierta intención de llevar a cabo este plan.		
Siempre realice la pregunta 6		
6) ¿Alguna vez has hecho algo, comenzado a hacer algo o te has preparado para hacer algo para terminar con tu vida? Pregunta de conducta suicida: Ejemplos: ¿Has juntado medicamentos/remedios, obtenido un arma, regalado cosas de valor, escrito un testamento o carta de suicidio?, ¿has sacado remedios del frasco o caja, pero no las has tragado, agarrado un arma pero has cambiado de idea de usarla o alguien te la ha quitado de tus manos, subido al techo pero no has saltado al vacío?; o ¿realmente has tomado remedios, has tratado de dispararte con una arma, te has cortado con intención suicida, has tratado de colgarte, etc.?.	Alguna vez en la vida En los últimos 3 meses	
Si la respuesta es "Sí": ¿Fue dentro de los últimos 3 meses?		

⁸ Pauta elaborada en base a COLUMBIA-ESCALA DE SEVERIDAD SUICIDA (C-SSRS). Versión para Chile – Pesquisa con puntos para Triage. Kelly Posner, Ph.D © 2008. Revisada para Chile por Dra. Vanila Martínez 2017.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 19 de 20

Anexo 3: Score de Priorización de casos de salud mental en el Servicio de Urgencia

Score de Priorización de casos HUAP	Puntaje
Edad menor a 18 años	
Hospitalizaciones psiquiátricas previas	
Familiar de primer o segundo grado con antecedente de suicidio	
Intento suicida previo	
Conductas autolesivas recientes	
Intento o ideación reciente con método de alta letalidad	
Planificación estructurada	
Agitación psicomotora en las últimas 12 horas	
Alteraciones sensoperceptivas que determinan conducta	
Síntomas catatoniformes	
Crisis de angustia en las últimas 12 horas	
Alteraciones del ciclo sueño-vigilia	
Involuntariedad	
+1 punto cada 24 horas desde ingreso a última evaluación	

Se asignará un punto a cada criterio de la escala, utilizándose la suma total de puntaje acumulado para estimar nivel de oportunidad de acceso a la atención. No existe un puntaje de corte, por lo que se dará prioridad de evaluación al paciente que obtenga mayor puntaje tras la evaluación.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código: GCL 1.10
	DIRECCIÓN	Versión: 03
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 11/2023 Vigencia: 5 años
	CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES CON INTENTO Y/O IDEACIÓN SUICIDA	Página 20 de 20

Anexo 4: Control de Cambio

SÍNTESIS DE MODIFICACIONES			RESPONSABLE MODIFICACION	APROBADO POR DIRECTOR
VERSION	FECHA	CAUSA DE MODIFICACION		
01	09/2011	Creación Protocolo	Ps. Patricia Rojas S. Jefa Gestión de usuarios y Psicóloga de Enlace	Dr. Emilio Villalon D
02	10/2018	Actualización de Protocolo	Sandra Peralta A. Psicóloga de Enlace Denisse Teillary B. Psicóloga de Enlace Claudia Pinto P. Psicóloga de Enlace Rodrigo Chacon P. Psicóloga de Enlace	Dr. Pedro Belaunde B.
03	11/2023	Actualización de Protocolo Incorporación de Score HUAP, pág. 11 Nuevo flujo de pacientes, pág. 7 y 17 Flujo de funcionario con suicidio consumado, pág. 15 Flujo de Paciente con sospecha o suicidio consumado, pág. 15.	Dra. Daniela Guzmán Unidad de Emergencia Hospitalaria. Dra. Paulina Mariangel Unidad de Emergencia Hospitalaria Dr. Felipe Mancilla H. Coordinador de Psiquiatría. Ps. Mariana Lisperguier N. Unidad de Psicotrauma	Dr. Patricio Barria A.

II. TÉNGASE PRESENTE la vigencia de este Protocolo a contar de la fecha de la total tramitación de la presente Resolución.

III. ESTABLÉCESE que las “*Criterios de ingreso y egreso de pacientes con intento y/o ideación suicida*” deben ser las que se tengan en consideración a contar de la fecha de su entrada en vigencia.

IV. DÉJENSE SIN EFECTO toda normativa interna que diga relación con la materia de este Protocolo.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE



- Distribución:
1. Dirección.
 2. Subdirección de Gestión Clínica.
 3. Subdirección de Gestión del Cuidado.
 4. Unidad de Psicotrauma.
 5. Unidad de Emergencia Hospitalaria.
 6. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
 7. Asesoría Jurídica.

Francisco Rojas Albornoz
Francisco Rojas Albornoz
Francisco Rojas Albornoz
Francisco Rojas Albornoz