



Alcaldía de Santiago de Cali
Grupo de Epidemiología y Salud Pública

INTENTO SUICIDA PROTOCOLO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. INTRODUCCION

1.1. Situación Epidemiológica y en Salud Pública

Se ha definido al suicidio, como un fenómeno en salud de tipo multifactorial, que se presenta de manera diversa, con diferentes resultados; suicidios consumados, intentos suicidas, la planeación suicida y la ideación suicida, un continuo de eventos que en un porcentaje termina en la muerte auto inflingida de manera voluntaria, y representa sufrimiento emocional en una persona con vulnerabilidades de tipo biológico, psicológico y social.

El suicidio es un problema creciente de salud pública en el mundo. Según reportes del año 2000 de la Organización Mundial de la Salud, a nivel global, la mortalidad debida al suicidio ha aumentado en mas o menos 60% en los últimos 45 años, tendencia que se ve en países desarrollados y en vías de desarrollo. La carga del suicidio medido en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), para 1998 fue del 1.8% del total a nivel mundial, es decir similar a la guerra, homicidios y mayor la diabetes. (1).

Según el Ministerio de la Protección Social, en su documento de Situación de Salud en Colombia, Indicadores Básicos 2005, dentro de las causas de mortalidad en Colombia para hombres, en el año 2002 aparece el suicidio como la tercera causa con una tasa de 12.7 por 100.000 habitantes y la quinta en las mujeres en el mismo rango de edad, en este caso con una tasa de 4.1 por 100.000 habitantes.(2)

Según los datos del Instituto De Medicina Legal y Ciencias Forenses, del año 2003 se realizaron 1938 necropsias, el 77% de los casos correspondió a hombres, habiendo una relación de 3 a 1 con relación al numero de casos que se presenta en mujeres, la tasa fue de 4.4 por 100.000 habitantes, en términos de años de vida

potencialmente perdidos (AVPP) representaron 64.343 años para el año 2003. El Mayor porcentaje de los suicidios 47.8%, ocurren en adultos jóvenes de 18 a 34 años, finalmente se describe que en menores de 18 años el patrón evidenciado en la presentación del suicidio se invierte, siendo mas frecuente en mujeres en este grupo de edad. En promedio se presentan 162 casos al mes, es decir uno cada cinco horas. Para el municipio de Santiago de Cali, se presentaron 136 casos, es decir una tasa de 6 por 100.000 habitantes (3)

El Estudio Nacional de Salud Mental 2003 muestra que las prevalencias de vida de conductas suicidas, son mas altas en el grupo de edad de 30 a 44 años de edad, y la prevalencia en el ultimo año, es mayor en personas entre 18 a 29 años, encontrando pocas diferencias entre hombres y mujeres en ideación y plan suicida y prevalencia de intento suicida de 4.9% igual en hombres y mujeres. (4)

En el municipio de Cali, ha habido una experiencia en la vigilancia epidemiológica del intento de suicidio, con el observatorio que funciona desde el año 2000 en el hospital Carlos Holmes Trujillo de la Empresa Social del Estado- Red de salud Oriente, presentando en los años 2003 al 2005, 430 casos de intento de suicidio, con un promedio de 143.3 casos por año. En el último año, el 75% de los casos fueron en el sexo femenino, siendo el método más frecuente los envenenamientos, la circunstancia asociada con más frecuencia el conflicto de pareja y el grupo de edad mas afectado el de los 10 a los 19 años.

1.2. Estado del arte

El suicidio no es una entidad nosologica, y se discute aún si se trata de un evento final de una serie de sucesos, un proceso que se inicie con la presentación de la idea suicida, posteriormente la planeación, el gesto y el intento suicidas. En lo que hay mayor acuerdo y suficiente evidencia es en que se trata de un evento en salud multideterminado. Se han identificado diferentes factores de riesgo y factores protectores; diversos trastornos mentales, eventos vitales, conflictos familiares, la edad, el género, tener hijos, practicar una religión, entre otros. No es entonces un evento azaroso. (5)

A través de la literatura, es consistente la relación que se presenta entre el sexo y el suicidio y los intentos de suicidio, siendo el suicidio mas frecuente en los hombres y los intentos en las mujeres, así mismo, se ha descrito que la tasa de suicidio aumenta con la edad, y en las últimas décadas el problema ha ido aumentando en la población adolescentes y adultos jóvenes, sin embargo, en Colombia hay algunos hallazgos distintos, como se mencionó anteriormente, en particular en la distribución por genero de los intentos de suicidio y suicidio.

Uno de los factores asociados más importantes es la presencia de enfermedad mental, El Estudio Nacional de Comorbilidad de los Estados Unidos de 1999, encontró una fuerte asociación con trastornos del estados de ánimo en particular con depresión, y reportan OR de 11.0 para depresión mayor, y adicionalmente para trastorno de pánico 5.6 y 5.7 para trastorno Disocial de la personalidad. (6)

En la literatura hay otros trastornos mentales que se han asociado al suicidio, la esquizofrenia, la demencia y los trastornos asociados al consumo de alcohol y otras sustancias psicotóxicas. La salud física ha sido fuertemente relacionada al riesgo suicida, en particular enfermedades crónicas, que producen discapacidad o desfiguramiento, el HIV-SIDA, y el dolor crónico de difícil tratamiento. Finalmente los intentos previos son el mejor indicador de un riesgo suicida alto, se ha reportado que 40% de los pacientes con depresión que se suicidan lo habían intentado previamente. (5)

Los factores protectores identificados, son el estar casado, tener hijos, estar integrado a una practica religiosa o estar empleado.

La etiología de este evento es compleja, existen varias aproximaciones, quizás el modelo biopsicosocial es el modelo teórico que mejor explica desde la multicausalidad el fenómeno. Uno de los primeros autores, que además sigue teniendo vigencia es el sociólogo Emile Durkheim, evidenciando que existen factores sociológicos involucrados, en particular el tipo y grado de integración que tenga con su grupo social. De otro lado existen varios autores que han teorizado sobre los factores psicológicos involucrados, desde el psicoanálisis hasta el enfoque cognitivo han planteado diferentes factores; las perdidas recientes, la activación de fantasías, heridas narcisistas o la desesperanza han sido entre los mas importantes los factores mencionados. Finalmente los factores biológicos encontrados correlacionados son la existencia de un factor genético, relacionado o no a la genética de los trastorno mentales y quizás relacionado con la conducta impulsiva, así como con el metabolismo de aminas biógenas en particular con la serotonina. (5)

1.3 Justificación

La gran mayoría de los suicidios son evitables, 80% de las personas suicidas avisan de su intención y el 50% mencionan abiertamente su deseo de morir. (5)

La información sobre la eficacia de las estrategias de prevención del suicidio son aún insuficientes, sin embargo, existen experiencias alrededor del mundo, que a pesar de tener dificultades metodológicas han mostrado una disminución de las cifras de suicidio, como la experiencia de Finlandia en la década de los 90's. (7)

Dentro de las recomendaciones que hace el Servicio de Salud Publica de los Estados Unidos, CDC, con sede en Atlanta, están el asegurar que los programas de prevención estén fuertemente asociados a los servicios de salud mental y así diseñar e implementar estrategias que aumenten el acceso a la atención de los adolescentes y adultos jóvenes a riesgo, que las estrategias sean de tipo intersectorial y multidisciplinario, y de manera imperativa la evaluación de las estrategias de intervención y la medición de la incidencia del suicidio o de los eventos asociados a dicha incidencia. (8) Uno de los elementos comunes de los diferentes planes que abordan la prevención del suicidio tienen dentro de sus planes, el fortalecimiento de los sistemas de información y la implementación de sistemas de vigilancia. (9)

Adicionalmente el plan de Salud mental del Municipio de Cali, ha establecido dentro de una de las líneas de acción, el diseño e implementación de sistemas de vigilancia en los eventos de importancia epidemiológica que sean intervenibles desde acciones de salud pública. (10)

2. DEFINICIÓN DEL EVENTO A VIGILAR

Caso probable

Acto no habitual con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, que le cause autolesión que sin la intervención de otros la determinaría, o bien en aquel caso que haya una ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica.

Caso confirmado

Acto no habitual con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, que le cause autolesión que sin la intervención de otros la determinaría, o bien en aquel caso que haya una ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica, en la que el paciente admite su intención suicida.

3. OBJETIVOS

1. Documentar la distribución del intento de suicidio en la ciudad de Cali y describir su tendencia temporal y distribución geográfica.
2. Visibilizar población a riesgo, identificando grupos susceptibles y de alto riesgo para suicidio consumado.

4. FUENTES DE DATOS

Se utilizarán las siguientes fuentes de datos:

- Ficha epidemiológica (ver anexo)

Se utilizará como fuente secundaria de datos rutinaria, debe ser diligenciada por el médico o psicólogo que atienda al paciente **inmediatamente** al hacer el diagnóstico de caso probable o confirmado

- Historia clínica y RIPS: Se utilizarán como fuente secundaria de datos en caso de detectarse un aumento inusual de los casos probables.

5. CALIDAD DE DATOS

La captación de la información se realiza a nivel municipal por medio de las diferentes Empresas Sociales del Estado, en sus hospitales básicos y se involucraran dos instituciones prestadoras de salud (IPS), del nivel 2 y 3 de complejidad, las cuales deben tener personal capacitado en el diagnostico y manejo del intento de suicidio.

Si existe la sospecha de un caso de intento de suicidio, este debe ser valorado por un medico, el cual debe confirmar los criterios clínicos y registrar en la ficha epidemiológica los datos de tiempo, lugar, persona y diagnostico probable, todos los datos de la ficha deben ser diligenciados. Esta ficha debe ser manejada por un responsable asignado, de los equipos del Proyecto de ampliación de cobertura en Salud Mental en el caso de las ESEs y por el medico que atiende el caso en el caso de las Instituciones del nivel 2 y 3 de complejidad que se van a incluir en el sistema de vigilancia y enviada a la oficina de epidemiología de la secretaria de salud municipal (Oficina de Salud Mental) al final del mes en que ocurrió el evento por medio de correo confirmando su recepción, aquí lo recibe el coordinador del programa de Vigilancia Epidemiológica en intento de suicidio, el cual sigue los siguientes pasos:

1. Realiza un chequeo de la ficha evidenciando su adecuado diligenciamiento y corrige las inconsistencias con la persona responsables.
2. Digita la información en EPI – INFO 6.04 en un cuestionario estandarizado.
3. Procesa, analiza, interpreta y envía la información requerida para la toma de decisiones a nivel local.
4. Toda la información digitada debe quedar en magnético con copia de seguridad y distribuir copias a la secretaria de salud Municipal y otra para manejo al publico (instituciones con fines sociales o la comunidad).

6. RECOLECCIÓN DE DATOS

El sistema debe cubrir las instituciones claves que se han definido; los hospitales básicos de las cinco Empresas Sociales del Estado, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (contratadas por las EPS) y el Hospital Universitario Departamental del Valle. La recolección es pasiva, en los hospitales básicos de las cinco ESEs, se instalará un aplicativo para que las personas que diligencian la ficha ingresen la información al software desarrollado para el proyecto, se enviará la información de las fichas en un archivo plano y las fichas con una periodicidad semanal a la oficina central de la Secretaria Municipal de Salud.

**INTENTO SUICIDA
CASO PROBABLE O CONFIRMADO**



HOSPITALES BASICOS (ESEs), H.U.V E IPS Y EPS PRIVADAS
Llenar ficha
Entregar a la persona responsable; **OFICINA DE SALUD MENTAL SSPM**
Verificar diligenciamiento



SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
Recepción y análisis semanal de fichas
Implementación de políticas
y acciones en Salud Pública
Difusión de la información

7. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

El procesamiento de los datos a nivel municipal se realiza en Stata 8.0 y Acces por el encargado del programa de Intento de suicidio.

8. ANALISIS DE LOS DATOS

En el municipio la oficina de salud mental tiene la responsabilidad de la recepción, digitación, procesamiento, análisis y presentación de los datos con indicadores tablas y gráficos a las autoridades sanitarias tomadoras de decisión para su interpretabilidad a nivel local, sin alejarse de los parámetros nacionales e internacionales.

En estos indicadores se describirán en tiempo, lugar y persona, es decir fecha de presentación del evento (semana epidemiológica), lugar de ocurrencia del evento (Barrio o vereda, comuna o corregimiento, municipio y departamento), quien presento el evento (edad, genero y seguridad social) y caracterización del evento.

Los indicadores debe ser dados en términos de frecuencia y tasas, para realizar gráficos de proporciones, tendencias y corredores endémicos.

9. DIFUSION DE LOS RESULTADOS

- Se debe realizar la difusión de los resultados como paso necesario para llevar a término el propósito del sistema de vigilancia epidemiológica en Intento de suicidio
- El asignado a nivel municipal, es la Oficina de Salud Mental de la Secretaria de salud.
- Se reportará en un boletín mensualmente, boletín de circulación local que debe llegar a las instituciones responsables del control y de la atención en salud mental.

10. USO DE LOS RESULTADOS

La información obtenida del sistema de vigilancia se traducirá en:

1. Mensajes dirigidos a la población a riesgo, utilizando mensajes que aseguren la efectividad del mismo; televisión, radio, prensa escrita.
2. Medidas sobre casos y sus familias:
 - Guías para la detección manejo, atención y seguimiento de la conducta suicida para de pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios.
3. Medidas de control de casos detectados: Utilizando estrategias como seguimiento a los pacientes y evaluación del acceso y uso a los servicios de salud mental y su adherencia a los planes terapéuticos establecidos.
4. Medidas Sobre los Servicios de Salud
 - Capacitación continúa del recurso humano de la red pública y privada.
 - Evaluación de la calidad del proceso de atención de los casos ambulatorios y hospitalizados.
 - Estandarización de los criterios de caso.
 - Implementación de programas sobre grupos de riesgo. (Por ejemplo; adolescentes)
 - Insumo en la evaluación de políticas sobre restricción de acceso a armas de fuego.
5. Creación de un comité interinstitucional para el estudio de la conducta suicida, para el municipio de Santiago de Cali.

11. EVALUACION DEL SISTEMA

1. **Simplicidad:** definición de caso de fácil aplicación, formato notificación sencillo, de uso inmediato por parte de los prestadores del servicio para adecuar atención de pacientes y toma de medidas individuales, pocas fuentes de datos.

2. **Flexibilidad:** tiene en cuenta cambios en la tendencia temporal y geográfica para uso de criterios diagnósticos, recolección de la información y medidas de control. Se adapta fácilmente a nuevas definiciones de caso.
3. **Aceptabilidad:** por ser un sistema simple y de utilidad directa para las instituciones de salud, se considera de buena aceptabilidad.
 - Indicadores: Tasas de participación de instituciones, reportes y formularios completos, oportunidad en el reporte.
4. **Sensibilidad:** tiene cobertura en instituciones clave a nivel municipal.
Indicadores: Proporción de casos confirmados
5. **Valor predictivo positivo:** Posiblemente alto por la especificidad de su presentación clínica y por el hecho de que se puede confirmar a través de la entrevista con el paciente que realiza el intento suicida en la mayoría de los casos.
Indicadores: Proporción de casos confirmados
6. **Representatividad:** Tiene cobertura municipal a través de instituciones clave, es de diseño y aplicación simple, lo que hace que sean reportados los casos de toda la población asegurando representatividad.
7. **Oportunidad:** la información es recolectada y analizada con la periodicidad necesaria y suficiente para implementación de medidas oportunas y pertinentes para cada uno de los integrantes del sistema.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Estudio Multicéntrico de Intervención sobre comportamiento suicidas- SUPRE.MISS. Ginebra, 2000.
2. Ministerio de la Protección Social, OPS. Situación de Salud en Colombia; Indicadores Básicos 2005.
3. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis Datos para la vida 2004.
4. FES. Encuesta Nacional de Salud Mental 2003.
5. Kaplan, H., Sadock, B., Sinopsis de Psiquiatría. 7ª edición. 1996.
6. Hills, A., Cox, B.J., et al. Suicide Attempts and Externalizing Psychopathology in a Nationally Representative Sample. *Comprehensive Psychiatry*. 46, 2005, 334-339.
7. Gómez-Restrepo C, Rodríguez N, Bohorquez A, et al. Factores Asociados al intento de suicidio en Colombia, *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2003, Vol 32 No 4.
8. Knox, K.I., Conwell, Y., Caine, E. If Suicide is a Public Health Problem, What are we doing to Prevent it? *American Journal of Public Health*. 94, 2004, 37-45.
9. CDC. Youth suicide prevention programs: a resource guide. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC, 1992.
10. Risueno, D., Millar, J., Diaz, C., et al Suicide Prevention and Public Health in New York City. New York City Department of Health and Mental Hygiene.
11. Guía de Manejo para Pacientes con Emergencias Psiquiátricas en Servicios de Urgencias de Atención Primaria. Grupo de Salud Mental, Secretaría de Salud Pública Municipal, Santiago de Cali, Universidad del Valle. 2006.
12. Teutsch, S., Churchill, R, Principles and Practice of Public Health Surveillance. Oxford University Press. 2000.