BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php

Cómo citar este documento

Morales Romero, Antonio; Rodríguez Valenzuela, Aida; Quiñoz Gallardo, Mª Dolores. Implementación de la Guía: Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida RNAO. Biblioteca Lascasas, 2016; 12(2). Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0897.php

Implementación de la Guía: Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida RNAO

Autores

Antonio Morales Romero,[1] Aida Rodríguez Valenzuela,[2] Mª Dolores Quiñoz Gallardo[3]

[1]Coordinador de Cuidados de Salud Mental del Complejo Hospitalario Granada. Granada, España. [2]Enfermera del Complejo Hospitalario Granada. Granada, España. [3]Supervisora de Cuidados del Complejo Hospitalario Granada. Granada, España

Resumen

El suicidio y sus intentos son uno de los problemas actuales más graves de salud. Según la World Health Organization es una de las diez primeras causas de muerte. Siendo aproximadamente 10% de los que cometen suicidio personas diagnosticadas TMG. Es un problema complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales. Además, sus repercusiones en el entorno son muy importantes, viéndose afectadas las vidas de los allegados a nivel emocional, social y económico.

Teniendo en consideración estos datos, es prioritario y necesario que la conducta suicida sea prevenida y atendida eficazmente, conviene conocer y detectar aquellos signos más o menos evidentes de ideación suicida que puedan aparecer en la clínica de las personas. Documentar la variabilidad de la práctica clínica, analizar sus causas y adoptar estrategias orientadas a eliminarla son iniciativas que mejoran la práctica profesional y fomentan la calidad. Entre dichas estrategias destaca la aplicación de Guías de Buenas Prácticas en Enfermería, basadas en una revisión sistemática.

Con la guía de valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida realizada por la Asociación Profesional de Enfermeras de

Ontario (RNAO) se mejorará la calidad en la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia. Contribuirá a reducir la variabilidad de la práctica clínica en el manejo de la conducta suicida, ayudando a la toma de decisiones por parte de los profesionales implicados y favoreciendo la mejora en la salud y la calidad de vida de los pacientes.

Introducción

El suicidio y sus intentos configuran uno de los problemas más graves de salud actuales. Según la World Health Organization [1] el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte, lo que supone que al año mueren en el mundo alrededor de un millón de personas y 1,8% del total de fallecimientos son por este motivo[2]. Los datos de suicidio entre los pacientes TMG son muy preocupantes, constituye un factor de riesgo importante.

Se ha descrito que aproximadamente el 10% de las personas diagnosticadas TMG cometen suicidio. Los factores que se asocian con esta enfermedad en la aparición de comportamientos suicidas son: varones, jóvenes, personas con ideas paranoides, con cuadros depresivos y en la primera fase de la enfermedad (tras el diagnóstico o cuando remiten los síntomas y la persona se hace consciente de la enfermedad). El suicidio es un problema complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales [3].

Además, sus 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 encaminadas a la disminución de la conducta suicida como se recoge en la Estrategia de Salud Mental del SNS que contempla entre sus objetivos la prevención del suicidio y la evaluación de acciones especificas para disminuir la tasa de suicidio en grupos de riesgo como la población TMG [2].

A pesar de que se desconocen muchos factores que inciden en el hecho, existen algunas hipótesis acerca de los agentes que intervienen y que pueden orientar la prevención de esta enfermedad. Entre los principales factores que podrían estar incluidos en ella, se hace especial mención a la vulnerabilidad o resiliencia individual en relación al contexto social y cultural, la edad, el género, raza, religión o los factores genéticos. El sufrimiento, relacionado con distintas variables, que lleva a la persona a la desesperanza, es un factor determinante en la mayoría de los estudios. El suicidio hoy, no se puede considerar un fenómeno con una única causa, sino que muchos factores

diversos, sociológicos, psiquiátricos y psicológicos (en su perspectiva social y clínica) entran en juego en relación con la muerte voluntaria. Teniendo en consideración estos datos, es prioritario y necesario que la conducta suicida sea prevenida y atendida eficazmente, para lo cual conviene conocer y detectar aquellos signos más o menos evidentes de ideación suicida que puedan aparecer en la clínica [4].

Nos encontramos ante una realidad compleja que requiere de actuaciones amplias que impliquen a la mayoría de los agentes sociales. Es cierto que en el ámbito de la salud pública recae un porcentaje elevado de esta responsabilidad y dentro de ella la salud mental. Especialmente, la relación del suicidio con los problemas psicológicos y depresión es muy estrecha.

Documentar la variabilidad de la práctica clínica, analizar sus causas y adoptar estrategias orientadas a eliminarla han demostrado ser iniciativas que inducen mejoras sustanciales en la práctica profesional y que fomentan la calidad. Entre dichas estrategias destaca la aplicación de Guías de Buenas Prácticas en Enfermería, basadas en una profunda revisión sistemática de estudios científicos relevantes con el propósito de dar respuesta a las incertidumbres existentes en la práctica clínica diaria [5].

Con la guía de valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida realizada por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) se mejorará la calidad en la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia. Contribuirá a reducir la variabilidad de la práctica clínica en el manejo de la conducta suicida, ayudando a la toma de decisiones por parte de los profesionales sanitarios implicados y favoreciendo la mejora en la salud y la calidad de vida de la población[6]. Mejorará la información de pacientes y familiares favoreciendo su participación en la toma de decisiones y optimizará la información de toda la ciudadanía de manera que se logre reducir el estigma asociado a este problema de salud.

Objetivos

Objetivo general:

- Generar cambios en la práctica clínica orientados a mejorar los resultados asistenciales.

Objetivos específicos:

- Aumentar el conocimiento.
- Cambiar actitudes.

- Cambiar los hábitos y comportamientos de los profesionales en su práctica clínica siguiendo las recomendaciones de la guía.
- Modificar los resultados, lo que significa mejorar la calidad asistencial y disminuir el riesgo suicida en pacientes.

Metodología

La implantación de la Guía de buenas prácticas implica la puesta en marcha de todo un proceso encaminado a la aplicación y consideración de las recomendaciones que dicha guía recoge[7]. Ello va a suponer un proceso de cambio en la dinámica de los profesionales. Su simple publicación y difusión no conllevará necesariamente su traslación a la práctica, ni a la utilización sistemática de sus recomendaciones.

La propuesta de implantación se debe adaptar al contexto y a la realidad del Complejo Hospitalario Granada, teniendo en cuenta los recursos disponibles, la población diana a la que nos vamos a dirigir, las características de nuestros pacientes y los distintos factores culturales:

1. Planificación del proceso.

- Se constituye un equipo multidisciplinar formado por (enfermeras de la unidad, psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional y trabajador social), cada uno se responsabilizará de sus competencias profesionales involucrándose en este proceso los distintos niveles profesionales, siendo todo este equipo liderado por el coordinador de cuidados de salud mental.
- Se cuenta con el apoyo de la institución hospitalaria, especialmente la dirección de Enfermería y Gerencia.
- Los recursos materiales disponibles son adecuados, las unidades de hospitalización cuenta con las medidas de seguridad adecuadas. No supondrían un coste añadido.
- Se cuenta con un protocolo de riesgo suicida, aunque es insuficiente servirá de partida para el resto de los dispositivos donde se instaure la guía.
- Se diseña un cronograma del proceso de implantación de la guía.
- El proceso de implantación se evaluará periódicamente.

2. Análisis del contexto**,** el entorno en el que se va a realizar la implantación se adapta a la guía, muchos de los profesionales están implicados, parte de la práctica clínica habitual es similar a las recomendaciones de la guía, los sistemas de información

pueden recoger la valoración y cuidados de la persona con riesgo suicida, siendo clave tanto para la implantación de la estrategia como para medir los resultados [8].

3. Identificación de barreras y facilitadores. Las estrategias y los planes de implantación deben tener en cuenta e identificar las barreras que van surgiendo [9].

Las barreras que dependen de las características de las GPC son mínimas ya que el objetivo de la guía está bien definido, las evidencias son adecuadas. El formato de publicación facilita el manejo de consulta y su uso es adecuado. Tanto la validez, como la fiabilidad y reproducibilidad facilita la credibilidad entre los profesionales. Las Barreras relacionadas con el clínico: los profesionales está familiarizados con las guías basadas en la evidencia por lo que pensamos que la aceptación guía de valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida sería factible, y en muchos casos demandada por los propios profesionales.

Barreras relacionadas con el medio local y con la propia organización sanitaria: El apoyo institucional es máximo y los recursos para el desarrollo e implantación adecuados, siendo necesaria una planificación estructurada desde el inicio.

Estrategia[10] (anexo II)

- *Distribución de material*: Envío por correo electrónico de la guía, formatos reducidos de la guía, un tríptico de bolsillo.
- *Formación continuada*: Los contenidos de la guía se presentarán en distintas actividades formativas en el propio medio de trabajo, mediante sesiones clínicas o talleres prácticos interactivos.
- *Proceso de consenso local*: Inclusión en la discusión de los profesionales implicados para comprobar que están de acuerdo en que el riesgo y comportamiento suicida es importante y la aproximación para manejar el problema es adecuado.
- *Visitas de una profesional facilitador*: una persona con formación y entrenamiento específico visitará a los profesionales para darle información con la intención de cambiar su práctica (la información dada puede incluir retroalimentación de la práctica clínica del profesional).
- *Líderes locales de opinión*: Determinados profesionales considerados competentes e “influyentes” con habilidades de comunicación serán los encargados de transmitir los contenidos de la guía.

- *Intervenciones mediadas por pacientes*: Aquellos pacientes que hayan estado en riesgo de ideación y comportamiento suicida puedan aportar esa experiencia tanto a los pacientes como a los profesionales.
- *Auditoría y retroalimentación*: Se valorará cómo se está desarrollando la actuación clínica en cada una de las fases. Esta información se obtendrá de las historias clínicas o bases de datos informatizadas. Debiendo proporcionar a los profesionales un resumen de sus actividades clínicas.
- *Sistemas de recuerdo o recordatorios*: Se recordará a los profesionales sanitarios la realización de una actividad clínica determinada.
- *Medios de comunicación masivos*: radio, periódicos o pósteres, dirigidos a la población.

Viabilidad

- Recursos humanos. Nuestro principal apoyo son los recursos humanos del hospital, los profesionales involucrados en la implantación de la guía. La existencia de equipos multidisciplinares que trabajan con el mismo objetivo.
- Recursos materiales**.** Provisión de material educativo, correo electrónico corporativo, ordenadores.
- Sistemas de información. La adecuación de los registros informáticos a las necesidades de la guía.
- Apoyo desde los niveles directivos. Apoyo de la dirección Enfermería y Gerencia del Complejo Hospitalario Granada.
- Asociaciones de pacientes y familiares de salud mental. Ayuda mutua de aquellos pacientes que hayan estado en riesgo de ideación y comportamiento suicida.

Evaluación continua. Se comprobará el uso que se está haciendo de la guía, los recursos consumidos y los cambios obtenidos en los resultados de salud[11]. La evaluación del impacto podrá incluir estudios antes-después con grupo control, estudios antes-después sin grupo control, monitorización de indicadores de calidad asociados a la guía (datos procedentes de historias clínicas informatizadas). Ver anexo I.

Bibliografía

1. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_chap7_eng.pdf

2. Estrategia en salud mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

3. Consejería de Salud. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008- 2012. Sevilla: Junta de Andalucía, 2008.

4. Bobes García J, Giner Ubago J, Saiz Ruiz J. Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela; 2011.

5. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2006 Informe Nº: I+CS 2006/01.

6. Registered Nuses Association of Ontario. Valoración y cuidado de los adultos en riesgo de ideación y comportamiento suicida. Ontario: RNAO, 2009.

7. Shekelle P, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM, et al. Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? JAMA. 2001; 286 (12):1461-7.

8. Romero, A. Cómo diseñar un plan de implementación de una guía de práctica clínica. [Internet]. REDEGUIAS-GuíaSalud; 2005. Disponible en: http:// www.guiasalud.es/docs/Dise%C3%B1o_Plan_Implantacion_GPC.pdf.

9. Davis D, Goldman J, Palda VA. Handbook on clinical practice guidelines. Ottawa: Canadian Medical Association; 2007. Disponible en: http:// www.cma.ca//multimedia/CMA/Content_Images/CMAInfobase/EN/handbook.pdf.

10. Registered Nurses Association of Ontario. Toolkit: implementation of clinical practice guidelines. Toronto: RNAO; 2002.

11. Graham ID, Harrison MB. Evaluation and adaptation of clinical practice guidelines. Evid Based Nurs. 2005; 8(3):68-72.

12. Registered Nurses' Association of Ontario and Nursing and Healthcare Research Unit (Investén-isciii). NQuIRE® data dictionary: Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and BehaviourToronto: Registered Nurses' Association of Ontario. Madrid: Nursing and Healthcare Research Unit (Investén-isciii).

Anexo I. Indicadores[12]

Indicador: Valoración del riesgo suicida. Porcentaje de pacientes a los que se les ha realizado valoración del riesgo suicida al ingreso o al inicio de los cuidados y está registrado.
Perspectiva: De resultado clínico
Cuantitativo
Fórmula: Nº de pacientes con valoración riesgo suicida / Nº total de pacientes ingresados.
Fuente: Historia Clínica
Límite superior/ Límite inferior: 95% - 80%
Periodo: Anual

Justificación: La evaluación del riesgo suicida es una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida, tanto en atención primaria como especializada (Yang CS, 2010). Una evaluación integral del riesgo implica entrevistar al paciente, revisar la historia clínica y/o recopilar información de la familia u otras personas significativas. Le entrevista clínica es el instrumento esencial de valoración del riesgo suicida (Schechter M, 2009). No hay evidencia que sugiera que preguntar sobre el tema del suicidio aumente la probabilidad de ideación y comportamiento suicida (APA, 2003; NZGG, 2003). Una valoración específica de los factores relacionados con el suicidio sirve para intervenir de forma apropiada (Murray & Hauenstein, 2008).

Indicador: Porcentaje de pacientes en riesgo de suicidio a los que se les aplican medidas de seguridad durante el ingreso o durante la prestación de cuidados y está registrado.
Perspectiva: Seguridad del paciente
Cuantitativo.
Fórmula: Nº de pacientes en riesgo de suicidio a los que se les aplican medidas de seguridad / Nº total de pacientes con riesgo suicida.
Fuente: Historia clínica
Límite superior/ Límite inferior: 100% - 95%
Periodo: Anual

Justificación: Existe evidencia sobre la disminución de la conducta suicida cuando se realiza una restricción del acceso a determinados medios letales, aunque esto puede depender del contexto en el que se encuentre el paciente (Nordentoft M, 2007; Van der Feltz-Cornelis CM, 2011; Mann JJ, 2005; Beautrais A, 2007; Leitner M, 2008).
La enfermera debe valorar el entorno físico y cualquier artículo que pueda constituir una amenaza para la seguridad.
Aunque la seguridad máxima estará en las unidades preparadas para casos de suicidio, se insta a que se organicen las unidades de salud mental atendiendo a las características físicas de seguridad que potencialmente puedan dar buen resultado con los pacientes en riesgo de ideación y comportamiento suicida (Simon, 2004; Yager et al, 2005).
También los estímulos externos: ruido, luz intensa…, pueden aumentar la agitación y la agresión (Joint Commission on Acreditation of Healthcare Organizations, 1998).

Indicador: Porcentaje de pacientes con riesgo suicida a los que se les deriva a otro servicio según su nivel de riesgo tras la valoración.
Perspectiva: De resultado clínico
Cuantitativo
Fórmula: Nº de pacientes con riesgo suicida a los que se deriva a otro servicio/ Nº total de pacientes con riesgo suicida
Fuente: Historia clínica
Límite superior/Límite inferior: 95% - 85%
Periodo: Anual

Justificación: El objetivo de la movilización de recursos es la estabilización del riesgo inmediato y manejo de los síntomas para el riesgo continuado.
La movilización de los recursos requiere un plan y respuesta en equipo. Ello puede incluir acciones tales como: Identificación de miembros clave de la familia o amigos, mejora del conocimiento de la familia y amigos sobre la angustia emocional y el riesgo de suicidio, identificación de los servicios de emergencia, servicios de respuesta en casos de crisis, respuesta de unidades móviles, y los centros de atención primaria; el acceso a los servicios de salud mental y la búsqueda de alternativas a la hospitalización. (Holkup, 2002; NCCMH, 2004):
Ante un episodio de conducta suicida, la urgencia de la derivación dependerá de las características clínicas del cuadro y la historia clínica del paciente. La gravedad o la trivialidad aparente de los aspectos físicos de un episodio de autolesiones no se relacionan necesariamente con la gravedad del trastorno mental. Si existiese alguna duda sobre la gravedad de un episodio de autolesiones, es recomendable contactar con el servicio de urgencias de referencia o la red de salud mental y evaluar la necesidad de la derivación por este motivo (NCCMH, 2004.)

Indicador: Puesta en marcha de un programa de formación para profesionales UGC Salud Mental sobre el cuidado en riesgo de ideación suicida del paciente
Perspectiva: Promoción y Prevención
Cuantitativo
Fórmula: Nº de sesiones formativas sobre cuidado en riesgo de ideación suicida del paciente realizadas por profesionales de la UGC de Salud Mental.
Fuente: Programa y Certificado Dirección Unidad Gestión Clínica
Límite Superior/ Límite Inferior: 10 - 8
Periodo: Anual

Justificación: La formación de los profesionales en evaluación y manejo de pacientes con conducta suicida, mejora sus actitudes e incrementa las habilidades y la seguridad en la atención a estos pacientes, correlacionándose la calidad de la evaluación con los cuidados proporcionados (Crawford MJ, 1998).
Los programas formativos se relacionan con un aumento de la confianza de los profesionales sanitarios, mejora de sus actitudes, habilidades en la detección y manejo de estos pacientes, pero no existe evidencia concluyente sobre su efecto en la conducta suicida (NCCMGH, 2011; Gask L, 2006; Morris R, 2008).
Para conseguir el desarrollo de estas habilidades básicas, es importante integrarla en los programas de formación continuada de aquellos servicios donde el riesgo de suicidio tiene un interés particular (urgencias, salud mental, atención primaria).
Las enfermeras que ejercen en un servicio de salud mental deben recibir formación apropiada para esta función especializada, con supervisión en el desarrollo de habilidades de valoración y en las intervenciones (NCCMH, 2004; NZCPCPG, 2004).

Plan de trabajo y distribución de tareas (Anexo II)

CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN												
FASES EN LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Constitución del Grupo de Implantación de la GPC (Coordinador Cuidados Salud Mental)												
Distribución de Material de la Guía (Enfermera Salud Mental)												
Proceso de Consenso local (Psiquiatra)												
Formación Continuada (Psicóloga)												
Líderes Locales de Opinión (Terapia Ocupacional)												
Intervenciones Mediadas por Pacientes (Enfermeras Unidad)												
Sistemas de Recuerdo o Recordatorios (Trabajador Social)												
Medios de Comunicación Masivos (Terapeuta Ocupacional)												
Auditoría y Retroalimentación (Enfermeras Unidad)												
Evaluación Continua (Coordinador Cuidados Salud Mental)												