



ACADEMIA  
NACIONAL DE  
MEDICINA

COMITÉ DE  
EVALUACIÓN  
CLÍNICA  
TERAPÉUTICA

**Coordinador:**

Luciano Domínguez Soto

José Luis Arredondo García  
José Arturo Bermúdez Gómez Llanos  
Jesús Carlos Briones Garduño  
Jorge Alberto Castañón González  
Luciano Domínguez Soto  
Emilio García Procel †  
Gerardo Guinto Balanzar  
Gerardo Heinze Martín  
Enrique Hong Chong  
Carlos Ibarra Pérez  
Mario Antonio Mandujano Valdés  
Armando Mansilla Olivares  
Roberto Medina Santillán  
Nahum Méndez Sánchez  
Manuel Morales Polanco  
Jorge Moreno Aranda  
Adalberto Mosqueda Taylor  
Ricardo Plancarte Sánchez  
Francisco T. Rodríguez Covarrubias  
Miguel Ángel Rodríguez Weber  
Juan José Luis Sienra Monge  
Manuel Torres Zamora  
Juan Urrusti Sanz †  
Juan Verdejo Paris

# Boletín de Información Clínica Terapéutica

VOL. XXVI, NÚMERO 3 MAYO - JUNIO 2017

## Contenido

Vacuna tetravalente contra dengue.	
Estado actual .....	1
Hepatitis "B"	
¿Es posible su erradicación? .....	3
El suicidio en México .....	6

## Vacuna tetravalente contra el dengue. Estado actual

El dengue se ha convertido en una enfermedad endémica en más de 100 países alrededor del mundo, siendo sin lugar a duda la infección causada por el arbovirus más frecuente. Según la OMS, se calcula que cada año ocurren entre 90 y 100 millones de casos sintomáticos a nivel mundial, alcanzando de 20 a 25 mil muertes anuales por esta causa. En México afecta a 30 de los 32 estados del país; de acuerdo con los registros de la Secretaría de Salud, en los últimos tres años se confirmaron 112,146 casos. A la semana 52 del 2016 se registraron 17,800 casos siendo Guerrero, Jalisco, Nuevo León, Tamaulipas, Veracruz, Michoacán, Morelos, Chiapas y Tabasco los más afectados. Para la semana 16 del 2107 se llevan reportados 902 casos, se espera un incremento considerable con el inicio de la época de lluvias. **(Figura 1).**

Por otra parte, las medidas adoptadas para el control del mosquito transmisor no han sido suficientes, por lo que después de varias décadas de investigación, a finales de 2015, fue posible contar con la primera vacuna aprobada contra el dengue, la cual incluye los cuatro serotipos (1, 2, 3 y 4) CYD-TDV, probada en Asia Pacífico y América Latina. Una vez aprobada por la mayoría de las autoridades de los órganos regulatorios tanto a nivel local como internacional (COFEPRIS, OMS) su aplicación se recomienda en zonas endémicas en sujetos de nueve a 45 años

en tres dosis con intervalos de 0, 6 y 12 meses.

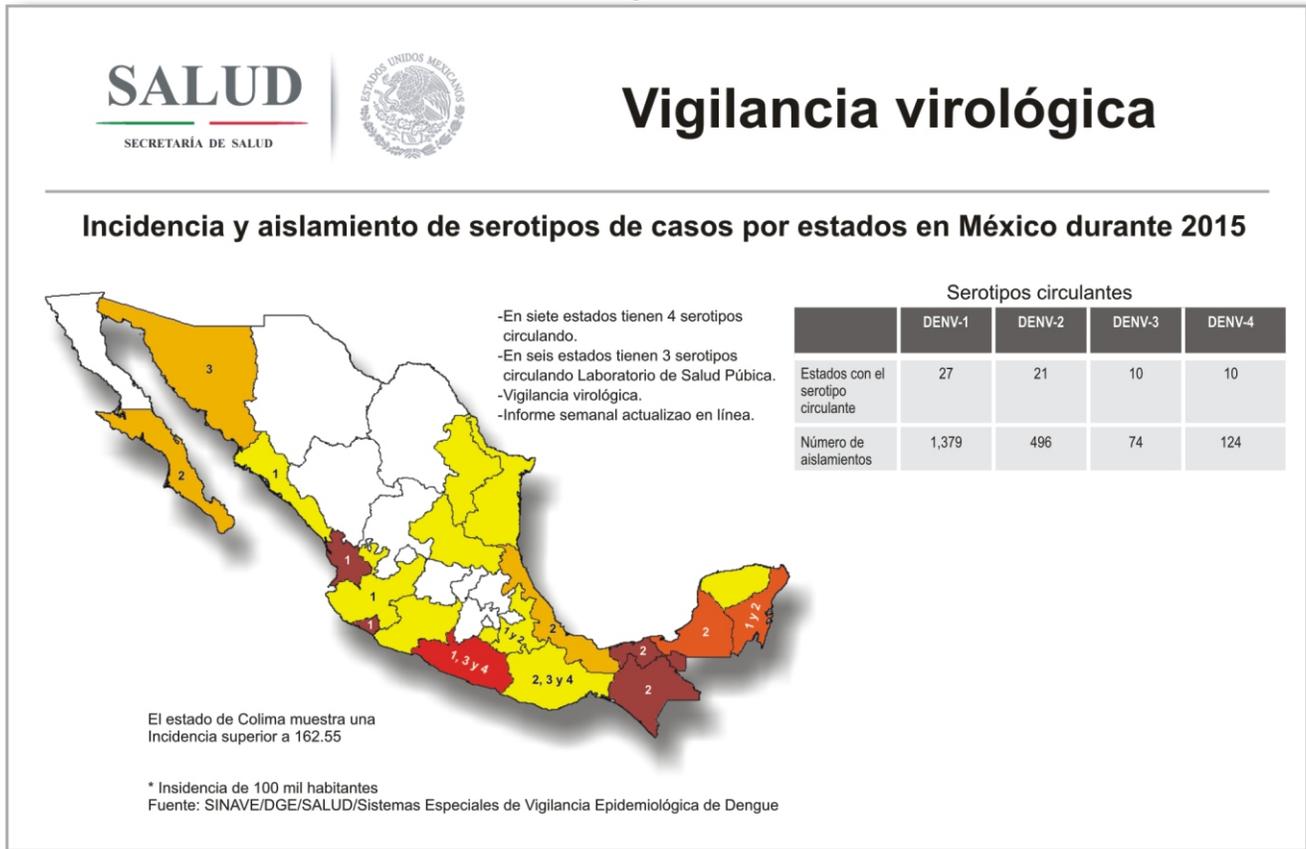
Esta vacuna se considera una herramienta más en el control de esta enfermedad, la cual ha seguido incrementándose a pesar de los programas de erradicación del vector transmisor del virus, el mosquito *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*.

La aceptación de la vacuna por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se basa en la información proporcionada por el Grupo Estratégico Asesor de Expertos en Vacunas (SAGE) grupo independiente que le brinda su apoyo en la toma de decisiones en términos de divulgar recomendaciones sobre las nuevas vacunas. El grupo SAGE trabajó durante un periodo de más de un año revisando toda la literatura disponible y sólida para emitir su opinión y recomendaciones. Esta información se transparentó y se puso a disposición de la comunidad científica a través de la página web de la OMS; haciendo además la siguiente aclaración: es responsabilidad de cada país el introducir o no la vacuna, considerando incidencia local, grupos etarios, zonas de mayor afectación y análisis de costo-beneficio.

## Eficacia y seguridad

Los resultados después de los primeros 25 meses de seguimiento a partir de la primera dosis en el grupo de edad mayores

Figura 1



### Aislamiento de serotipos de Dengue por Estados de la República Mexicana.

de nueve años mostraron una eficacia contra el dengue confirmado virológicamente (cualquier severidad y serotipo) de 81.9% (intervalo de confianza de 95% [IC], 67.2-90.0%) en los individuos con una basal de estado seropositivo y 52.5% (95% [IC], 5.9-76.1%) en los que eran seronegativos en la basal. Al parecer la menor eficacia en los individuos seronegativos sugiere que la CYD-TDV requiere un análisis más amplio de inmunidad preexistente. Sin embargo, hay que destacar que en los primeros 25 meses de los ensayos de fase tres hubo una reducción en el dengue severo de 93% y en las hospitalizaciones de 81%. Por otra parte, en los participantes del ensayo de nueve a 16 años de edad se observó una reducción estadísticamente significativa de casos acumulados hospitalizados basados en el seguimiento de cuatro a cinco años. El SAGE y la OMS revisaron las pruebas relativas a los riesgos del dengue severo y las hospitalizaciones a diferentes edades, comparando los grupos que recibieron la vacuna y quienes recibieron placebo, y confirmaron los resultados antes descritos.

Desde el punto de vista de la salud pública debe considerarse una vacuna contra el dengue para ayudar a controlar el problema cada vez más grave de esta enfermedad en los países afectados. La incidencia de la enfermedad prevenible por vacunación (EPV) tiene en cuenta no sólo la eficacia, sino también la incidencia anual de la enfermedad (IAE) que se define como la incidencia en la población no vacunada y la consideración de la eficacia de la vacuna. Los cálculos recientes de la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación sugieren que la vacuna puede tener una buena indicación en términos del impacto en la salud pública, en comparación con otras

vacunas. En los primeros 25 meses después de la primera dosis de la vacuna contra el dengue en los ensayos de Asia Pacífico y América Latina, CYD-TDV previnieron 638 y 239 casos de dengue hospitalizados por cada 100,000 personas vacunadas, respectivamente. La vacuna también puede tener un efecto indirecto, comúnmente denominado protección de rebaño. La reducción de estas infecciones puede tener un impacto en la salud pública más allá de la eficacia medida en los ensayos de fase tres, al disminuir la circulación del virus y por lo tanto, mitigar la transmisión epidémica.

El dengue grave es una importante causa de hospitalizaciones, lo cual genera una presión sobre los recursos médicos y representa un gran impacto socioeconómico. Es importante destacar que de acuerdo con cifras del 2016 emitidas por la Secretaría de Salud, el país invierte más de 800 millones de pesos en el control por enfermedades transmitidas por vector.

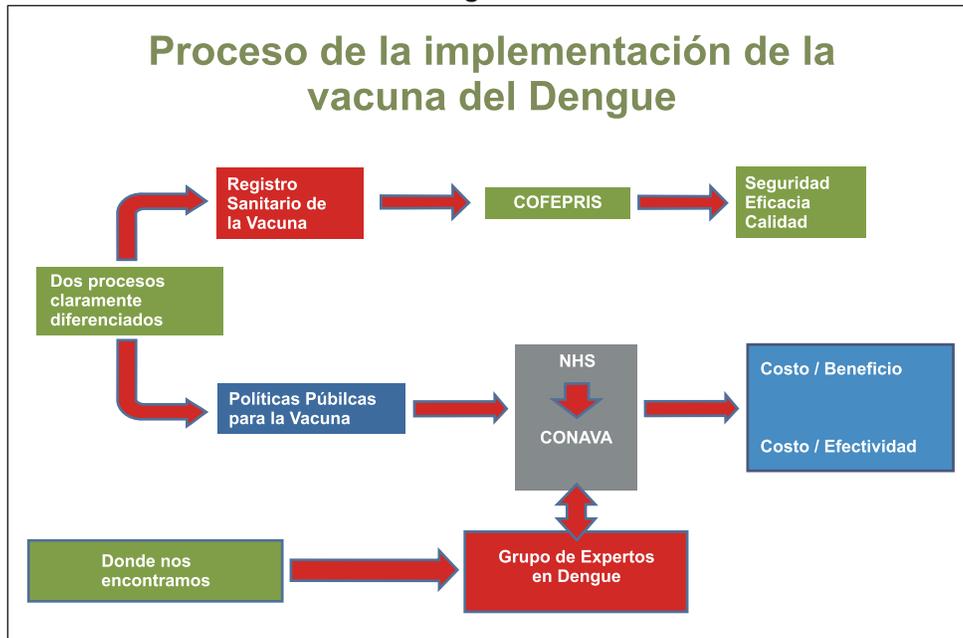
La vacuna está indicada para personas entre los 9 y 45 años de edad que viven en zonas endémicas del país.

### Políticas de introducción e implementación de vacunación (Figura 2.)

#### Características del registro

La conclusión de este proceso regulatorio y las recomendaciones emitidas por el Instituto Nacional de Salud Pública, el Comité Coordinador de los Institutos de Salud y de los Hospitales de Alta Especialización y COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios) y el registro de la vacuna contra el dengue CYD-TDV con las siguientes características:

Figura 2



Proceso de implementación de la vacuna del Dengue.

1) Vacuna quimérica tetravalente (para serotipos I, II, III y IV) elaborada con dengue atenuado (CYD-TDV).

2) Aplicación a la población en donde el dengue es endémico en edades de 9 a 45 años.

Esta vacuna tiene un promedio de eficacia al 60.5% para prevención contra dengue y 93.2% para prevenir dengue severo.

### Recomendaciones de Expertos Internacionales y Nacionales.

#### Algunas de las recomendaciones:

- La introducción de la vacuna debe ser por fases.
- Implementación de programas regionales de evaluación.
- Reforzar el sistema de vigilancia con diagnósticos

apropiados y soportes de laboratorio.

- Estudios de seroprevalencia.
- Mejorar la capacitación en el manejo clínico de casos.
- Establecer un programa activo de vigilancia.

En conclusión, esta vacuna es una inversión considerablemente menor a lo que representa atender la enfermedad. En ese sentido, en México el costo de padecer dengue para un caso ambulatorio va de \$1,800 a \$6,700 pesos; mientras que un caso de hospitalización oscila entre \$32,700 y \$40,600 pesos.

La vacuna contra el dengue es una herramienta efectiva de prevención que puede complementar los esfuerzos gubernamentales de control vectorial, que sin duda deben continuar.



## Hepatitis “B” ¿Es posible su erradicación?

La hepatitis “B” es una enfermedad infecciosa, endémica en el mundo, producida por un virus hepatotrópico no citopatogénico (Hepadnavirus).

Aunque el Virus de la Hepatitis B (VHB) se replica primordialmente en los hepatocitos, también lo hace en tejidos extrahepáticos tales como: linfocitos, bazo, riñón, páncreas y probablemente también en pulmón y cerebro; el período de incubación de la infección aguda es de 45 a 160 días, con promedio de 120 días.

En el mundo, la infección por el VHB es la causa más importante de enfermedad hepática crónica y de carcinoma hepatocelular primario.

La prevalencia de la infección por el VHB y los patrones de transmisión varían significativamente en diferentes países del mundo.

### Prevalencia estimada de Antígeno de superficie HB.

América del Norte	0.1%
<b>México y América Central</b>	<b>0.3%</b>
Europa occidental	0.7%
Australia y Nueva Zelanda	0.9%
Caribe (excepto Haití)	1.0%
Europa Oriental y Norte de Asia	2.8%
Sur de Asia	2.8%
Medio Oriente	3.2%
Haití	5.6%
Asia Oriental	7.4%
Sudeste de Asia	9.1%
Africa	9.3%
Islas del Pacífico	12.0%

Se considera a países de baja “endemicidad” cuando la frecuencia es del 5 al 8% de adultos infectados, con 0.2 a 0.9% de enfermos crónicos (Estados Unidos de Norte América, Canadá, Europa occidental, Australia, América Central y Sud América); por otra parte, el VHB es altamente endémico en China, el Sureste asiático, Asia central, Oriente medio, Africa, la región del Amazonas y las islas del Caribe, en estas zonas la mayor parte de las infecciones ocurren en niños menores de 5 años, además de que entre el 70 y el 80% de los adultos ya han sido infectados y entre el 8 y el 15% están crónicamente infectados.

Aproximadamente el 45% de las personas en el mundo viven en regiones con altos niveles endémicos donde la prevalencia de la infección por VHB es de 8% o más. Históricamente en estas regiones la mayoría de las nuevas infecciones ocurren como resultado de infecciones perinatales o durante la primera infancia. En regiones con un nivel endémico intermedio (prevalencia del 2 al 7%), los diferentes modos de transmisión (perinatal, doméstico, sexual, uso de drogas inyectables, transfusiones, y otros asociados con la atención sanitaria) contribuyen a aumentar la cantidad de casos de infección. En países con nivel endémico bajo (prevalencia menor al 2%) por ejemplo los Estados Unidos, donde se ha adoptado la vacunación de rutina, es evidente que las nuevas infecciones ocurren entre los grupos etarios no vacunados.

En épocas anteriores se pensaba que el virus se transmitía exclusivamente por vía parenteral, sin embargo se ha demostrado que la transmisión se puede realizar a través de distintas vías ya sea percutánea o a través de mucosas.

La sangre y las secreciones corporales “infectantes” pueden introducirse durante el período perinatal (vía transplacentaria o durante el paso y el contacto por el canal vaginal), también puede transmitirse durante la alimentación con leche materna proveniente de madre portadora del virus, también a través de contacto sexual (particularmente en actividades promiscuas), o la transmisión a través de agujas contaminadas (transfusiones sanguíneas poco seguras, consumo de drogas intravenosas o aplicación de tatuajes).

La infección también puede ocurrir por contacto personal estrecho y continuo (hogar, guarderías, escuelas, cárceles o instituciones para enfermos mentales), donde la transmisión puede deberse a un contacto imperceptible de secreciones (exudados) infectantes con lesiones en la piel o superficies mucosas, o a través de contacto sexual, también por el empleo compartido de navajas de rasurar y cepillos de dientes, y de manera especial en personal de salud que tiene contacto frecuente con pacientes, sangre y/o derivados infectados.

Las personas con infección crónica por el VHB son los principales reservorios para la infección.

La transmisión transplacentaria o perinatal es muy eficiente, generalmente ocurre por exposición a la sangre de la madre infectada durante el trabajo de parto, la transmisión “in útero” representa menos del 2% de todas las infecciones por el VHB transmitidas en forma vertical y guarda relación con factores de riesgo materno como: a) infección aguda adquirida durante el tercer trimestre del embarazo; b) Títulos altos de antígenos contra el VHB en la madre c) Antecedente de infección por VHB en recién nacidos de embarazos previos.

Sin profilaxis posterior a la exposición, el riesgo de que un bebé de una madre infectada adquiera la infección como resultado de la exposición perinatal es del 70 al 90%.

La transmisión entre niños nacidos en Estados Unidos es poco común gracias a la alta cobertura de la vacuna contra VHB que comienza al nacer

Durante la infección aguda aparecen síntomas en menos del 5% de los lactantes, en aproximadamente del 5 al 15% en los pacientes entre el año y los 5 años de edad y en el 33 al 50% en los niños mayores y en los adultos.

Se reconoce que la infección crónica después de la infección aguda se va a presentar con una frecuencia inversamente proporcional a la edad del paciente.

Cuando los lactantes adquieren la infección en el período perinatal la probabilidad de cronicidad es del 70 al 90% de los casos, en los pacientes entre 1 y 5 años de edad entre el 20 y el 50%, mientras que solamente es de entre el 5 y el 10% en niños mayores y en adultos.

Por otra parte la infección crónica se relaciona a largo plazo con la aparición de cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular primario. La prevención de estas complicaciones es una de las principales razones para aplicar los programas de vacunación contra el VHB.

Los niños y los adolescentes que tienen infección crónica por VHB están en mayor riesgo de desarrollar una enfermedad hepática grave como cirrosis o Carcinoma Hepatocelular primario e incluso de fallecer por estas complicaciones.

### **Estrategias para la prevención de la infección por el VHB.**

El objetivo primario de los programas de prevención de la Hepatitis B es eliminar la transmisión del virus, disminuyendo de esa manera los casos de infección crónica y la enfermedad hepática relacionada. Un objetivo secundario es la prevención de la infección aguda.

En los Estados Unidos en los últimos 25 años se ha implementado en forma progresiva una estrategia de vacunación para eliminar la transmisión del VHB que incluye los siguientes 5 componentes:

1. Vacunación universal que comienza al nacer.
2. Prevención de la infección perinatal a través de evaluaciones de rutina en todas las mujeres embarazadas (exámenes de serología) e inmunoprofilaxis adecuada a los bebés nacidos de madres con antígeno de superficie positivo y a los bebés con serología de la madre desconocida.
3. Vacunación de rutina de niños y de adolescentes que no fueron adecuadamente vacunados en forma previa.
4. Vacunación de adultos no vacunados previamente que se encuentran en un mayor riesgo de contraer la infección (personal de salud, adictos a drogas intravenosas, proclives a la realización de tatuajes, homosexuales y personas consideradas con conductas de riesgo, personas que habitan en cárceles, internados, asilos, personas que tengan parejas seropositivas para el VHB, etc.)
5. Control de transfusiones seguras.

### **Inmunoprofilaxis contra el VHB.**

Hay dos tipos de productos disponibles para la realización de inmunoprofilaxis.

1. La Gammaglobulina hiperinmune específica contra el VHB que proporciona protección a corto plazo y que está indicada únicamente en circunstancias específicas después de la exposición. (no se encuentra disponible

en México)

2. La vacuna contra el VHB que proporciona protección a largo plazo.

**La vacunación antes de la exposición con la vacuna contra el VHB es el medio más eficaz de prevenir la transmisión del virus.**

Se recomienda la aplicación de la vacuna contra el VHB en todos los bebés, niños y adolescentes hasta los 18 años de edad.

Los bebés deben recibir la vacuna en forma universal como parte de su calendario de vacunación de rutina, en los casos donde no se tenga evidencia de haber recibido las 3 dosis de vacuna recomendada, a cualquier edad se deben completar los esquemas sin necesidad de reiniciarlos.

**Inmunoglobulina específica contra la Hepatitis B. (No disponible en México)**

La Inmunoglobulina (Gammaglobulina) hiperinmune específica contra la Hepatitis B se prepara a partir de donantes hiperinmunizados en quienes se conoce que su plasma contiene una alta concentración de anticuerpos anti VHB.

**La inmunoglobulina (Gammaglobulina) estándar no es eficaz para la profilaxis contra la infección por el VHB después de la exposición, debido a que las concentraciones de anticuerpos contra el VHB son demasiado bajas.**

**Inmunización.**

La inmunización profiláctica en recién nacidos y personas no expuestas a la infección por el VHB se recomienda mediante la aplicación de 3 dosis de vacuna, de la siguiente manera:

Recién nacidos: 1ª dosis al nacimiento (12 horas o menos), 2ª y 3ª dosis a los 2 y 4 meses posteriores a la dosis aplicada al nacimiento. Un caso especial lo representan los bebés de menos de 2,000 gramos de peso al nacer en quienes se recomienda reciban la dosis al nacimiento y posteriormente 3 dosis más a los 2, 4 y 6 meses de edad.

Para los recién nacidos hijos de madres seropositivas para el VHB se recomienda aplicar al nacimiento una dosis de

Gammaglobulina hiperinmune contra el VHB (no disponible en México) y además aplicar las 4 dosis de vacuna al nacimiento, a los 2, 4 y 6 meses de edad).

Aquéllos lactantes que no hayan recibido la dosis al nacimiento deberán igualmente recibir las 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad.

Los niños mayores, los adolescentes y la población adulta en riesgo deberá igualmente recibir un esquema vacunal de 3 dosis, con intervalo de 2 meses para la segunda dosis y de 6 meses después de la dosis inicial para la tercera dosis.

**Eficacia:**

Los programas regulares de vacunación contra el VHB han dado como resultado importantes disminuciones en la prevalencia de la infección crónica por este virus entre niños en poblaciones con una alta incidencia de infección por este virus.

La incidencia de la infección aguda entre niños estadounidenses menores de 19 años disminuyó en un 98% entre 1990 y 2010.

Si bien las secuelas a largo plazo de la infección crónica generalmente no se reconocen hasta la adolescencia y la edad adulta, puede ocurrir cirrosis y carcinoma hepatocelular en edades pediátricas.

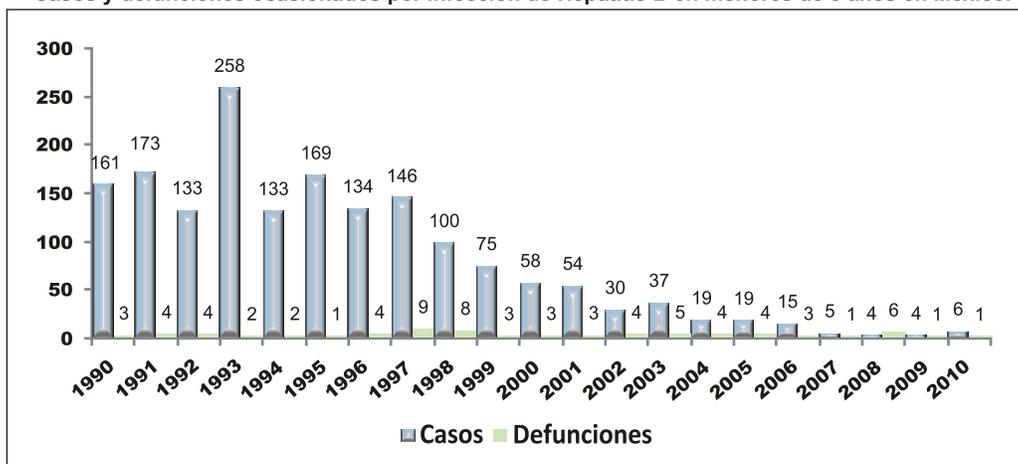
En Taiwan la incidencia anual promedio de carcinoma hepatocelular en niños entre 9 y 14 años, disminuyó significativamente después de 10 años de vacunación regular contra el VHB en bebés.

En México ha habido una notable disminución tanto en el número de casos como en las defunciones asociadas a la Hepatitis B en menores de 5 años, coincidiendo con la vacunación universal iniciada en el período neonatal como se muestra en la gráfica 1.

**Conclusión**

En todo el mundo se espera que los programas regulares de vacunación iniciando en los recién nacidos (primeras 24 horas) disminuyan en gran forma la infección aguda por el VHB y como consecuencia también disminuya la incidencia de casos mortales por cirrosis y Carcinoma Hepatocelular atribuibles a esta infección durante los siguientes 30 a 50 años y si estos programas se extienden a todos los países, entonces se podrá pensar en la erradicación de la enfermedad, ya que hasta hoy el ser humano es el único transmisor.

Gráfica 1. Casos y defunciones ocasionados por infección de Hepatitis B en menores de 5 años en México.



FUENTE: SISTEMA UNICO DE INFORMACION PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA/DGAE/SSA (CENSIA).

## El suicidio en México

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y alavés del cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad atraes de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”. Actualmente se considera al suicidio como parte de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (fantasía de muerte, idea de la muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, intento suicida y suicidio consumado).

El suicidio es el resultado de la combinación de factores individuales (biológicos y psicológicos), familiares y sociales. Entre los factores de riesgo a nivel individual, cabe mencionar los intentos de suicidio previos, los trastornos mentales, el consumo nocivo de alcohol y drogas, las pérdidas afectivas, la etapa del desarrollo del cerebro adolescente (hiperactividad del sistema límbico e inmadurez de la corteza prefrontal) y los antecedentes familiares de suicidio. Entre los riesgos vinculados a la comunidad figuran las dificultades para acceder a la atención de la salud y recibir la asistencia profesional necesaria; el sensacionalismo de los medios de difusión en lo concerniente a los que se utilizan para suicidarse, por lo que conocer métodos de suicidio más utilizados, permite elaborar estrategia de prevención, como la restricción a ellos.

Por su parte, también en el 2014, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) Y LA Oficina Regional de la OMS para las Américas, publicaron su segundo informe sobre mortalidad por suicidio en las Américas. En éste se menciona que alrededor de 65,000 personas mueres prematuramente por suicidio en la Región cada año. No sorprende entonces que los estados miembros hayan reconocido la magnitud y relevancia del problema y que, en el marco de la estrategia y plan de acción en salud mental, se le haya dado a la OPS/OMES el mandato de fortalecer su cooperación técnica en esa área.

La montablemente, el suicidio no suele ser priorizado como un problema importante de salud pública. A pesar del

aumento de las investigaciones y los conocimientos sobre el suicidio y su prevención, el estigma que lo rodea persiste y las personas que necesitan ayuda no la buscan. Frente al riesgo que enfrentan se sienten solas. Cabe admitir que, aun cuando buscaran ayuda, muchos servicios de salud no logran proporcionarla.

Al igual que a nivel mundial, en México, las tasas de suicidio consumado se han incrementado en las últimas décadas; del año 2000 al 2014 se elevó de 3.5 a 5.2 por cada 100 000 habitantes.

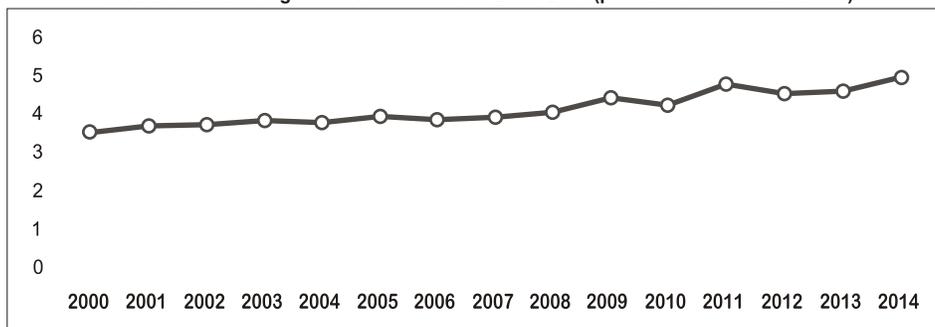
### VALORACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Con respecto a la evaluación del paciente con conductas suicida, es fundamental una anamnesis detallada, donde se obtenga información acerca de la historia psiquiátrica (depresión, psicosis, ansiedad, rasgos de personalidad, abuso de sustancias), antecedentes médicos (enfermedad crónica discapacidad), historia de conducta suicida previa y antecedentes familiares de Psicopatología e intentos de suicidio. Además se deben identificar factores psicosociales de riesgo (escolaridad, aislamiento social, separación reciente, relaciones familiares conflictivas, eventos vitales estresantes, fechas significativas), así como posibles factores protectores que pudieran contrarrestar el riesgo suicida (capacidad de afrontar y resolver problemas, percepción de apoyo social, satisfacción vital, espiritualidad o credo religioso, alianza terapéutica con profesional de ayuda, ser responsable de otros). La evaluación se enriquece por la observación clínica, considerando este aspecto, se han elaborado entrevistas de evaluación de riesgo suicida

Semiestructuradas que se centran en el proceso de entrevista y en el contexto del desarrollo de una alianza terapéutica y de confianza, que facilita la persona que revele información.

En cuanto a intentos de suicidio es bien conocido que las mujeres tienen más intentos que los hombres en una proporción aproximada de 6:2. Cabe señalar que la población joven presenta un mayor número de intentos.

Gráfica1  
Tasa de suicidios registrados en México del 2000 2014 (por cada 100 000 habitantes)

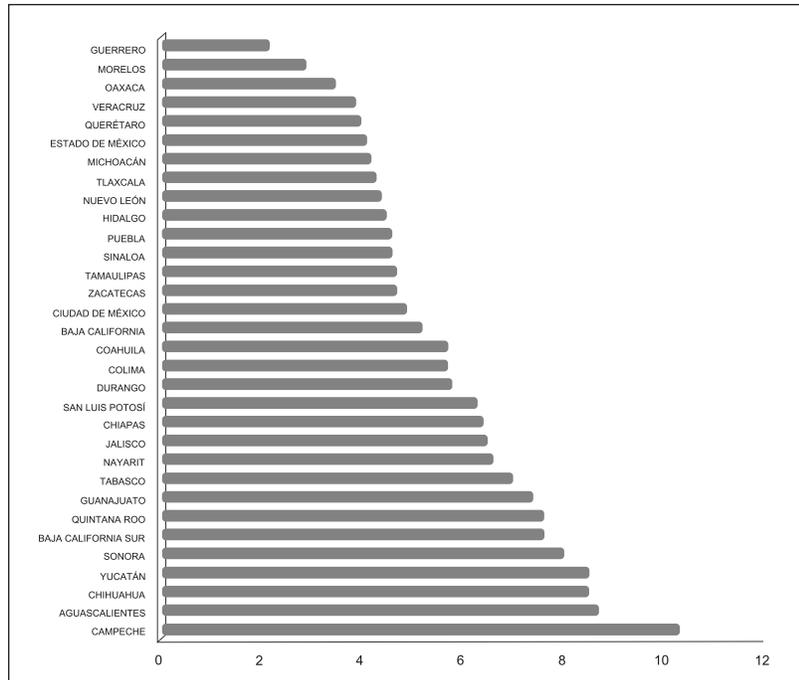


Fuente INEGI 2016

El fenómeno presenta diferencias por el sexo, edad y entidad federativa, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 8 DE CADA 10 SUICIDIOS (80.2%) FUERON CONSUMADOS POR

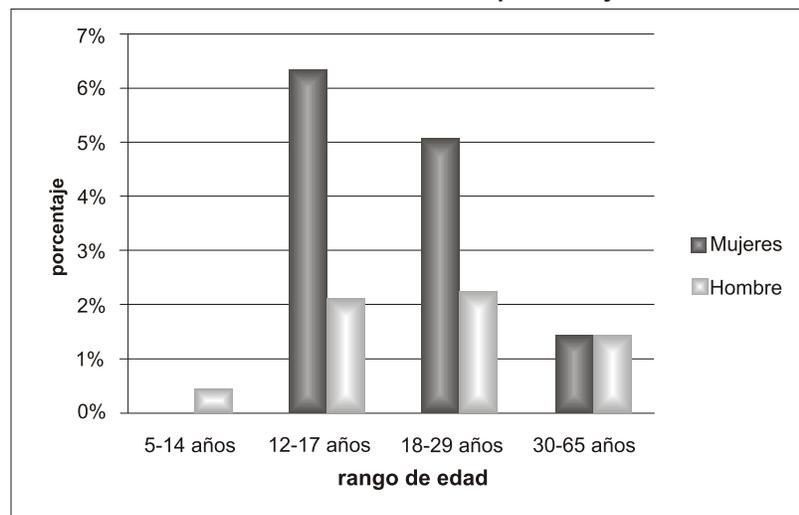
HOMBRES Y EL 19.8% POR MUERES; Campeche (10.2), Aguascalientes (8.6), Chihuahua (8.4) y Yucatán (8.4), son las entidades que presentan mayor tasa de suicidios por cada 100 habitantes (ver gráfica 3).

**Grafica 2**  
**Tasa de suicidios por entidad federativa 2014 (por cada 100 000 Habitantes)**



Fuente INEGI 2016

**Gráfica 3**  
**Prevalencia de intento suicida por sexo y edad**

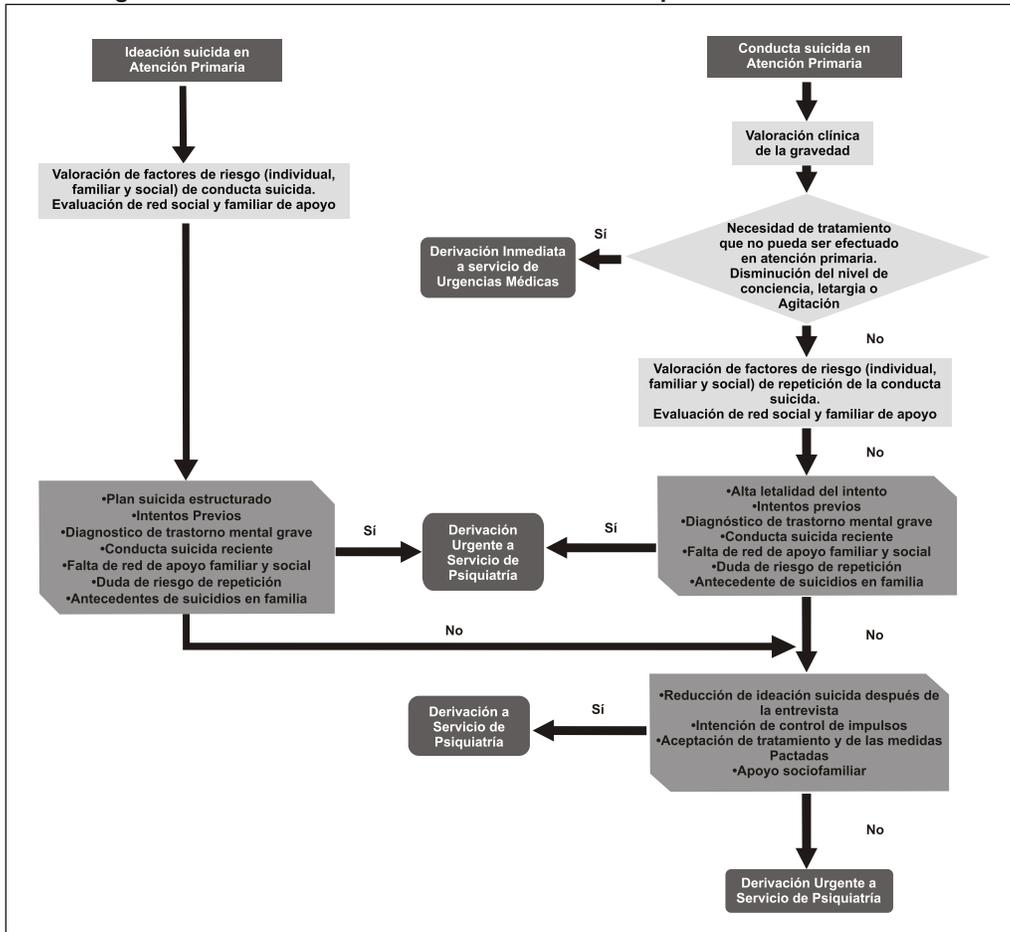


Cuadro modificado a partir de: Borges G. y Cols. (2014)

La evaluación del riesgo suicida debe estar orientada a detectar quiénes suponen una amenaza inmediata para su propia vida. Se debe evaluar cada uno de los factores de riesgo analizados e identificar los factores protectores con que cuenta el adolescente. Si hay intento, se deben indagar los antecedentes de intentos previos, la letalidad del método escogido, la accesibilidad a él, la intención, es decir, su real deseo de morir (el cual, resulta una potente variable predictiva de reintento y de consumir el acto suicida), evaluar la evidencia de planificación del intento fallido con deseo de intentarlo nuevamente. Respecto a la motivación al acto (la razón dada por el paciente para cometer el intento), los pacientes mencionan que se desean morir o bien “escapar permanentemente” de una situación psicológicamente dolorosa, reflejando a menudo dificultades en la habilidades sociales e interpersonales.

El primer objetivo si se confirma la presencia de ideación suicida y cierto nivel de riesgo, es asegurar la supervivencia del paciente y prevenir que tales pensamientos se materialicen en una conducta autolesiva o intento de suicidio. En una revisión sistemática, se evaluaron tres modos de intervenciones ante una crisis de conducta suicida. La intervención limitada al servicio de urgencia, la intervención posterior al alta no conectada a la sala de emergencia y las que comenzaban en la atención de urgencia y se continuaban inmediatamente post-alta. La intervención con más planificación y mayor alianza con el paciente desde la primera intervención asegura más controles y mejor seguimiento. A su vez si se cuenta con un control telefónico de la derivación se disminuye el riesgo suicida.

**Figura 1**  
**Algoritmo de la actuación en conducta suicida en primer nivel de atención**



Fuente: Modificado Álvarez-Ariza MA y cols<sup>2</sup>

Como ya se ha comentado anteriormente, la conducta suicida es un fenómeno complejo mediado por factores biológicos, psicológicos y sociales. La correcta evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de la patología de base es el mecanismo más efectivo de abordaje.

### ABORDAJE TERAÉUTICO DE LA CONDUCTA SUICIDA

El tratamiento farmacológico de la misma deberá incluir tanto la patología subyacente como aquellos síntomas que puedan actuar como factores de riesgo adicional (ansiedad, insomnio, impulsividad). El tratamiento farmacológico depende de la patología asociada, se ha recomendado el uso de antipsicóticos (trastornos psicóticos), estabilizadores del estado de ánimo (trastorno bipolar) y tratamiento antidepresivo, siendo de primera elección los inhibidores de la recaptura de serotonina. Respecto a éstos últimos, es importante aclarar que la atribución de un rol suicidogénico

resulta contradictorio, ya que, para llegar a esta conclusión, habría que depurar todos los factores biológicos, psicológicos y sociales, que se asocian al acto suicida, ya que se trata de un hecho multifactorial, no atribuible a una causa aislada o específica.

Finalmente, reconocer la importancia de elaborar e implementar una estrategia de prevención del suicidio con las siguientes características: reconocimiento del comportamiento suicida como un problema de salud pública, establecimiento del compromiso del gobierno para abordar el problema, plan de orientación sobre actividades de prevención del suicidio basándose en información que haya dado resultado positivo, indicación de los recursos humanos y financieros necesarios para las intervenciones, sensibilización de la población a través de los medios de comunicación, capacitación al personal sanitario no especializado en la evaluación y gestión de conductas suicidas y el monitoreo adecuado con un marco apropiado de evaluación.



**Mesa Directiva**  
**2017 - 2018**

- |  |   |
|--|---|
| Dr. Armando Mansilla Olivares<br><i>Presidente</i>           | Dra. Teresita Corona Vázquez<br><i>Vicepresidenta</i> |
| Dr. Fabio Salamanca Gómez<br><i>Secretario General</i>       | Dra. Rosalinda Guevara Guzmán<br><i>Tesorera</i>      |
| Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez<br><i>Secretario Adjunto</i> |   |

*Editor*

Dr. José Arturo Bermúdez Gómez Llanos

*Diseño y Formación*  
Luis Roberto Vidal Gómez

*Impresión y Difusión*  
Germán Herrera Plata

*Asistente Editorial*  
Enedina Cruz Jaimes

R.04-2007-062510263000-106

Boletín  
I.C.T.  
2017  
Vol. XXVI  
No. 3