



ORIGINAL

Análisis de los intentos de autolisis en un área de salud. 2008-2010

M.D. González-Navarro^{a,*}, M.I. Lorenzo-Román^b, A. Luna-Maldonado^c,
M. Gómez-Zapata^c, E. Imbernón-Pardo^d y J. Ruiz-Riquelme^e

^a Servicio de Urgencias, Hospital Virgen del Castillo de Yecla, Murcia, España

^b Centro de Salud Mariano Yago de Yecla, Murcia, España

^c Área de Medicina legal y Forense, Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, Espinardo, Murcia, España

^d Centro de Salud Mental de Molina de Segura, Murcia, España

^e Centro de Salud Mental de Caravaca-Mula, Murcia, España

Recibido el 12 de enero de 2012; aceptado el 10 de febrero de 2012

Disponible en Internet el 18 de abril de 2012

PALABRAS CLAVE

Intentos de Autolisis;
Urgencias
Psiquiátricas

Resumen

Objetivo: Se trata de estudiar el porcentaje de pacientes con intentos de autolisis valorados en un área de salud sin psiquiatra de guardia y analizar las características de los mismos.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal. Se han estudiado el total de las consultas atendidas por intento de autolisis durante los años 2008, 2009 y 2010, en el área V-Región de Murcia. Los criterios de exclusión han sido los intentos de autolisis con consecuencia de fallecimiento.

Resultados: La edad media de los pacientes que consultaron por intento de autolisis fue 36,4 años. El 67% de los pacientes fueron mujeres. Los antecedentes psiquiátricos más prevalentes fueron, síndrome ansioso-depresivo (30%), abuso de drogas (13%) y patología dual (10%). El 37% de los pacientes que realizó un intento de autolisis tenía antecedentes de intentos previos. El 80% de los intentos de autolisis fue por consumo de fármacos o la combinación de fármacos, alcohol y drogas ilegales. El sexo se relaciona significativamente con el desencadenante del intento de autolisis ($p=0,042$) y con el diagnóstico psiquiátrico previo ($p=0,011$). La procedencia geográfica se relaciona significativamente con el método de autolisis ($p=0,000$).

Conclusiones: A la hora de elaborar la historia clínica debe mejorarse la cumplimentación de los factores de riesgo de suicidio. Deben establecerse protocolos asistenciales multidisciplinarios no solo para el tratamiento médico sino para la valoración urgente por el psiquiatra en nuestro centro de referencia.

© 2012 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mgndulce@gmail.com (M.D. González-Navarro).

KEYWORDS

Suicide attempt;
Psychiatric
emergency

Study of sociodemographic and psychopathological risk factors in suicide attempts. 2008-2010

Abstract

Objective: The aim of this study is to determine the sociodemographic and psychopathological features and risk factors associated with suicide attempts.

Design: A descriptive cross-sectional study based on medical records. Emergency Primary Care Centres (Jumilla, Yecla) and Hospital Emergency Departments (Yecla, Murcia, Spain).

Results: The suicide attempt rate increases in younger people (average of 36.4 years old). Suicide attempts are higher among women (67%). In terms of psychopathological data, suicide attempts were characterised by a higher prevalence of depression and anxiety disorder (30%), and substance abuse (13%). The percentage of patients who had made a previous suicide attempt was 37%. Self-poisoning was the most recurrent method of suicide attempt, present in at least 80% of the cases. Gender was a significant factor in the cause of suicide attempt ($P=.042$) and psychopathology ($P=.011$). The geographic origin of the patient is significantly associated with the suicide method used ($P=.000$).

Conclusions: Suicide treatment protocols and suicide prevention programs must be developed, as well as recording the risk factors in the patient history.

© 2012 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

La OMS define como «acto suicida» toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención letal y de que conozcamos o no los verdaderos motivos. El suicidio supone el 1,3% de todas las muertes. En España y países industrializados representa entre el 1-2% de la mortalidad total situándose entre las 10 primeras causas de mortalidad¹.

Los servicios de urgencias de atención primaria y hospitalarios se suelen utilizar como fuente de datos para elaborar estadísticas sobre la prevalencia de los intentos de autolisis, aunque dicha prevalencia es difícil de calcular, la infradeclaración es un problema, se estima que el 75% de los intentos no llegan a notificarse al sistema de salud. Los intentos de autolisis son más frecuentes entre las mujeres, mientras que los hombres se suicidan con mayor frecuencia. El método de intento de autolisis más frecuente son las intoxicaciones con fármacos, las mujeres suelen utilizar métodos de menor letalidad².

El suicidio nunca es consecuencia de un solo factor, se sabe que existen factores de riesgo que predisponen a quitarse la vida, entre otros: sexo, en la mayor parte de los países donde se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres. En el estudio WHO/EURO³, se obtiene una relación mujer/hombre para los intentos de suicidio de 1,5:1. Sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados. Edad: el riesgo de suicidio aumenta con la edad. Según el WHO/EURO³, las tasas de intentos de suicidio para mujeres son más altas entre los 15-24 años y entre los 25-34 años para los hombres. Zona de residencia: vivir en un medio urbano. Estado civil: en el WHO/EURO³, se observó una mayor incidencia de suicidios en hombres y mujeres solteros, divorciados y viudos. Nivel socioeconómico: tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural. Otros factores

de riesgo son: antecedentes familiares de suicidio, exponerse a noticias sobre suicidios en los medios, nacimiento en primavera o verano, enfermedades médicas, algunas enfermedades mentales y los intentos previos de autolisis o autolesiones⁴⁻⁷.

Los objetivos principales de nuestro estudio son los siguientes:

1. Se trata de estudiar el porcentaje de pacientes con intentos de autolisis que consultan en nuestra área de salud, a través de los distintos servicios de urgencias de atención primaria y del servicio de urgencias hospitalario.
2. Analizar las características de los intentos de autolisis para conocer el perfil de los mismos.

Como objetivo secundario de nuestro estudio y a partir del análisis de los objetivos principales podremos establecer mecanismos de prevención, valorar si son necesarias mejoras en los protocolos de tratamiento médico y psiquiátrico, dado que por las características de nuestra área, nuestro psiquiatra de referencia se encuentra a unos 100 kilómetros (km) de distancia, por lo que es fundamental estabilizar al paciente antes de su remisión y consensuar con la familia y si es posible con el paciente la derivación a psiquiatría lo antes posible.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo, observacional y transversal. Se ha revisado el total de las historias clínicas de los pacientes que consultaron por intento de autolisis, bien en los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP) de Jumilla y de Yecla (historias en papel) y las historias de los pacientes valorados en el servicio de urgencias del Hospital Comarcal Virgen del Castillo de Yecla (historias informatizadas), todas ellas correspondientes al área V-Región de Murcia, durante los años 2008, 2009 y 2010.

Se han tenido en cuenta los casos de los pacientes que fueron valorados en más de un servicio, (inicialmente en alguno de los SUAP y posteriormente en el servicio de urgencias hospitalario). La población de referencia de este área corresponde a unos 57.000 pacientes sin englobar a los pacientes no censados. Del total de pacientes que acudieron por intento de autolisis, se han excluido aquellas consultas con resultado de fallecimiento. La recogida de datos se realizó a través de un protocolo establecido previamente con el fin de minimizar sesgos en la recogida de datos, una primera fase de prueba piloto en abril de 2011 y la recogida de datos durante los meses de mayo y junio de 2011. Se han analizado 24 variables: variables sociodemográficas (edad y género), temporalidad (hora de consulta, día de la semana, fin de semana, mes de derivación, estación del año y año de consulta), variables de comorbilidad psiquiátrica (antecedentes familiares psiquiátricos, patología psiquiátrica previa, tratamiento psiquiátrico previo (tipo y cumplimentación), cambios recientes de tratamiento) variables de flujo, (procedencia geográfica, origen de la demanda), características del intento (desencadenante del intento de autolisis, intentos de autolisis previos, método de autolisis), terapéutica de urgencias (estancia media, tratamiento de urgencias, remisión urgente a psiquiatría, medio de traslado, tratamiento durante el traslado) y motivo de consulta en urgencias. Se elaboró una tabla de excel para la recogida de las variables y el tratamiento estadístico se realizó a través del paquete estadístico SPSS vs 15. Se aplicó un estudio descriptivo para todas las variables, frecuencias en las variables ordinales y cualitativas y con la media, desviación estándar, rango y varianza en las numéricas. Para el estudio de la asociación entre variables se aplicó la prueba de la Chi Cuadrado (Coeficiente de Pearson), la V de Kramer y el coeficiente de verosimilitudes, estableciéndose como límite de la significación la p menor o igual a 0,05. Para el análisis de muestras independientes se utilizó la Prueba de Levene para la igualdad de varianzas.

Resultados

Se han estudiado todas las consultas atendidas en los servicios de urgencias de atención primaria y en el servicio de urgencias hospitalario con el diagnóstico de intento de autolisis(135), se excluyeron 4 casos cuyo resultado del intento de autolisis fue el fallecimiento, hemos analizado 131 casos, la edad media correspondió a 36,3282 años, un rango de edades comprendido entre 13 y 92 años. El 67,2% de los pacientes eran mujeres, la edad media de las mujeres fue de 33,8182 años y la edad media de los hombres de 41,4651 años.

El 49,6% de los pacientes procedían de Jumilla y el 48,9% de los pacientes procedían de Yecla. La distribución por años fue, 28,9% en 2008, 35,9% durante 2009 y 34,4% en 2010. El lunes y el martes fueron los días donde con más frecuencia se consultó por intentos de autolisis con un 22,1 y un 16,8% respectivamente. El otoño fue la estación del año donde más consultas se realizaron: 35,9%. El mes de diciembre supuso el máximo de las consultas anuales 15,3%. En la [tabla 1](#) se detallan los datos de temporalidad y de flujo de los pacientes atendidos.

Tabla 1 Datos de temporalidad y de flujo de los pacientes atendidos por intento de autolisis

	Porcentaje
Año	
2008	29,8%
2009	35,9%
2010	34,4%
Día de la semana	
Lunes	22,1
Martes	16,8
Miércoles	13,0
Jueves	9,2
Viernes	13,7
Sábado	15,3
Domingo	9,2
Estación del año	
Primavera	26,7
Verano	22,1
Otoño	35,9
Invierno	15,3
Hora de Consulta	
08.00-16.00	19,8
16.00-24.00	48,1
24.00-08.00	32,1
Procedencia geográfica	
Jumilla	49,6
Yecla	48,9
Resto de España	0,8
Desconocido	0,8
Origen de la demanda	
Iniciativa propia	30,5
Urgencias atención primaria (SUAP)	35,9
Otros servicios emergencias (0,61)	32,8
No Consta	0,8

En el 94,7% de las historias no había referencias sobre si existían antecedentes psiquiátricos familiares, los diagnósticos más frecuentes fueron síndrome ansioso-depresivo 29,8%, abuso de drogas 13% y patología dual 10%. El 37,4% de los pacientes habían realizado intentos de autolisis previos. El 73,3% de los pacientes presentaban patología psiquiátrica previa. El 7,8% de los pacientes reconoció fallos en la cumplimentación del tratamiento, en el 91,25% de las historias no se reflejó si existían cambios recientes de medicación. En el 61,8% de las historias no consta el desencadenante, el 35,9% de los pacientes lo justificaron como problemática familiar y solo el 2,3% como problemática laboral. En la [tabla 2](#) aparecen los datos clínicos sobre la patología psiquiátrica de los pacientes atendidos.

La primera causa de los intentos de autolisis fue la ingesta de fármacos 61,1%, e ingesta de fármacos, alcohol y drogas ilegales 18,3%, el 14,5% de los intentos fue por precipitación, ahorcamiento y arma blanca. Los datos clínicos sobre los intentos de autolisis se describen en la [tabla 3](#).

En el 77% de las historias clínicas había referencias a los protocolos médicos asistenciales utilizados para el tratamiento de las intoxicaciones. La estancia media en el

Tabla 2 Datos clínicos de la patología psiquiátrica de los pacientes atendidos por intento de autolisis

	Porcentaje
<i>Cambios recientes de medicación</i>	
Sí	3,8
No	6,9
Sin tratamiento previo	29,8
No consta	59,5
<i>Diagnóstico Previo</i>	
Sin antecedentes	26,0
Trastorno bipolar	1,5
Ansiedad-Depresión	29,8
Trastorno límite de la personalidad	6,1
Sd ansiedad	6,9
Abuso de drogas (incluido alcohol)	13,0
Ideas obsesivas	0,8
No consta	6,1
Sd ansioso-depresivo y abuso de drogas	8,4
Trastorno límite y abuso de drogas	0,8
Sd ansiedad y abuso de drogas	0,8
<i>Tratamiento psiquiátrico previo</i>	
ISRS	4,6
Sin tratamiento	32,8
Benzodiacepinas BZD	16,0
BZD + ISRS	20,6
BZD + Neurolépticos	3,8
Otros	3,8
Metadona	3,8
No consta	13,0
Tricíclicos	1,5

servicio de urgencias hospitalario de los pacientes fue de 8,82 horas. Los tratamientos más frecuentes fueron las medidas de soporte vital, descontaminación digestiva y administración de antidotos. El 74,8% de los pacientes se remitieron de forma urgente al hospital psiquiátrico de referencia. El 17,6% de los pacientes fueron valorados por su psiquiatra de zona en las 24 horas siguientes a la atención, de forma que las familias asumieron el cuidado y supervisión del paciente hasta la valoración por el psiquiatra, ya que rechazaron la derivación al hospital psiquiátrico de referencia de forma urgente. El 57,8% de los traslados se realizó en ambulancia convencional acompañados por familiares. Los datos clínicos sobre la terapéutica figuran en la [tabla 4](#).

Los cruces estadísticamente significativos para la variable género con respecto a otras variables han sido: diagnóstico previo psiquiátrico (p 0,011), desencadenante del intento de autolisis (p 0,042). El análisis de la Chi-cuadrado para valorar la asociación entre la variable procedencia geográfica y el resto de variables fue: tratamiento psiquiátrico previo (p 0,040), motivo de consulta (p 0,000), origen de la demanda (p 0,000), método de autolisis (p 0,000).

Otros cruces estadísticamente significativos fueron: diagnóstico previo e intentos de autolisis previos (p 0,000), diagnóstico previo y método de autolisis (p 0,000), diagnóstico previo y remisión urgente a psiquiatra (p 0,000), origen

Tabla 3 Datos clínicos sobre los intentos de autolisis

	Porcentaje
<i>Desencadenante del intento de autolisis</i>	
No consta	61,8
Problemas familiares	35,9
Problemas laborales	2,3
<i>Intentos de autolisis previos</i>	
Sí	37,4
No	62,6
<i>Motivo de consulta en urgencias</i>	
Intento de autolisis	79,4
Autolesiones	10,7
Agresividad	1,5
Agitación	0,8
Ansiedad	3,8
Consumo de drogas	3,1
Otros	0,8
<i>Método de autolisis</i>	
Ingesta de BZD	25,2
Ingesta de BZD y drogas, incluido alcohol	14,5
Ingesta de BZD y otros fármacos	22,1
Ingesta de otros fármacos	13,7
Otros fármacos y alcohol	3,8
Ingesta de Insecticidas, productos de limpieza	4,6
No consta	1,5
Arma blanca	10,7
Precipitación	2,3
Ahorcamiento	1,5

de la demanda e intentos de autolisis previos (p 0.014), método de autolisis y tratamiento de urgencia (p 0,000).

Discusión

De los resultados obtenidos, comentar varios aspectos, los intentos de suicidio son más frecuentes en el sexo femenino, 65% aproximadamente, dato similar al estudio de Ávila¹, (no hay diferencias significativas entre el método de autolisis y el sexo). El método de intento de autolisis más frecuente fue las intoxicaciones con fármacos y la ingesta en asociación de fármacos, alcohol y drogas ilegales. El síndrome depresivo es el diagnóstico psiquiátrico previo más frecuente, seguido del consumo de alcohol y drogas ilegales y la patología dual. Entre las mujeres fue más frecuente tener un diagnóstico previo de síndrome depresivo y de síndrome de ansiedad, mientras que entre los hombres fue más frecuente el abuso de alcohol y drogas ilegales o la patología dual. Entre los hombres fue más frecuente que explicaran como desencadenante la problemática laboral. Estos resultados coinciden con la bibliografía actual^{1,7}.

El método de intento de autolisis más prevalente entre la población de Jumilla fue la ingesta de fármacos, alcohol y drogas ilegales, mientras que entre la población de Yecla fueron los métodos violentos, (ahorcamiento, heridas por arma blanca y precipitación) y la ingesta de productos de limpieza e insecticidas.

Entre los pacientes con antecedentes de abuso de drogas, incluido el alcohol y el trastorno límite de la personalidad

Tabla 4 Datos clínicos sobre terapéutica

	Porcentaje
<i>Tratamiento de urgencias</i>	
Medidas de soporte vital	22,9
Medidas de soporte vital y antídoto	13,0
Medidas de soporte vital y descontaminación digestiva	32,8
Medidas de soporte vital y fármacos sedantes	6,1
No precisa	5,3
Medidas de soporte vital, Descontaminación digestiva y antídoto	19,8
<i>Valoración por psiquiatra</i>	
Hospital Román Alberca	74,8
Centro de salud mental	17,6
Otro psiquiatra	1,5
No consta	3,1
Médico de familia	1,5
Otros	0,8
Alta voluntaria	0,8
<i>Medio de traslado</i>	
Ambulancia convencional con familiar	57,3
Medios propios	25,2
Ambulancia convencional con enfermero	0,8
No consta	15,3
UCI-móvil	0,8
Alta voluntaria	0,8
<i>Tratamiento durante el traslado</i>	
No procede	21,4
No consta	76,3
Medidas de soporte, sedación y contención mecánica	2,3

fue más frecuente que tuvieran intentos de suicidio previos. Los pacientes con los antecedentes psiquiátricos más graves se remitieron con mayor frecuencia de forma urgente al hospital psiquiátrico de referencia. Los métodos violentos como heridas por arma blanca, precipitación y ahorcamiento fueron más frecuentes en los pacientes que no tenían antecedente de diagnóstico psiquiátrico.

Existe un déficit en la cumplimentación adecuada de las historias clínicas para las variables de la historia psiquiátrica, (antecedentes psiquiátricos, antecedentes familiares psiquiátricos, intentos de autolisis previos, tratamiento psiquiátrico previo o cambios recientes de medicación) en otros estudios similares se indica un infrarregistro en las historias menor al 50%⁸⁻¹⁰, quizás no se recogen estos datos porque la historia se dirige a la atención médica y estabilización clínica urgente del paciente, aunque dado que son pacientes cuya estancia media es de casi 9 horas se deberían cumplimentar estas variables en un segundo tiempo. Por otro lado, el hecho de que no se reflejaran los antecedentes psiquiátricos no implica que no se preguntaran, y que ante la negativa de la existencia de los mismos no se especificara nada más. Cabe destacar, la posibilidad de que el intento de autolisis sea la primera manifestación de patología psiquiátrica.

Muchas de las familias (17,6%) asumieron la supervisión directa de su familiar durante las siguientes 24 horas del alta

de urgencias porque preferían acudir al centro de salud mental de su localidad, en lugar de acudir al hospital psiquiátrico de referencia; este hecho nos obliga a elaborar documentos legales (altas voluntarias, consentimientos informados...) para que los pacientes y familiares conozcan los riesgos de la negativa a la valoración urgente por psiquiatría. Aunque no era objetivo del estudio valorar por qué rechazaban el traslado urgente para valoración del grado de letalidad del intento y la idoneidad del ingreso psiquiátrico, hemos observado que en algunas de las historias se dejaba constancia sobre los diversos motivos sobre esta negativa (lejanía, prejuicios sobre un hospital psiquiátrico exclusivamente, preferencia por psiquiatras conocidos etc.).

Los pacientes que consultan por intentos de autolisis suponen una carga importante de trabajo, dada la complejidad de la terapéutica médica, la falta de colaboración de los pacientes y la gran ansiedad familiar. En cuanto a la complejidad terapéutica comentar, la necesidad de aplicar los protocolos de tratamiento en función del tipo de intento, garantizar la estancia media mínima previa a realizar un traslado seguro, la necesidad de personal sanitario entrenado y en número suficiente (entre las franjas horarias donde se concentraron mayor número de consultas nuestro personal sanitario es más escaso), datos a tener en cuenta para establecer los protocolos de mejora.

Conclusiones

A la hora de elaborar la historia clínica debe mejorarse la cumplimentación de los factores de riesgo de suicidio, como son, los antecedentes psiquiátricos, los antecedentes familiares psiquiátricos y los intentos de autolisis previos, además de que debería crearse un sistema de alarma que canalizara la comunicación entre los distintos sistemas sanitarios del área, con el fin de crear mecanismos de prevención.

Deben establecerse protocolos asistenciales multidisciplinares (consentimiento informado, alta voluntaria etc.), no solo para el tratamiento médico sino para la valoración urgente por el psiquiatra, ya que un 18% aproximado de las familias rechaza la remisión urgente al hospital psiquiátrico de referencia, asumiendo el cuidado directo del paciente hasta la valoración por el psiquiatra de zona de forma preferente.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ávila MJ, Fontela E, González S. Estudio observacional sobre la conducta suicida en pacientes atendidos en servicios de urgencias. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2009;2: 23–9.
2. Monnin J, Thiemard E, Vandel P, Nicolier M, Tio G, Courtet P, et al. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: Gender differences in a prospective study. *J Affect Disord*. 2011;3:1–9.
3. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;93: 327–38.
4. Hawton K, Van Heeringen K. Suicide. *The Lancet*. 2009;373: 1372–81.
5. Scott KM, Hwang I, Chiu WT, Kessler RC, Sampson NA, Angermeyer M, et al. Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the world mental health surveys. *Psychosom Med*. 2010;72:712–9.
6. Barnes AJ, Eisenberg ME, Resnick MD. Suicide and self-injury among children and youth with chronic health conditions. *Pediatrics*. 2010;125:889–95.
7. Pedrera-Carbonell V, Gill-Gillén V, Orozco-Beltrán D, Prieto Erades I, Schawarz-Chavarri G, Moya-García MI. Validez de la historia clínica y sistemas de información en los estudios de actividad asistencia en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:550–7.
8. Spies TH, Mookink HG, De Vries Robbe PF, Grol RP. Which data source in clinical performance assessment? A pilot study comparing self-recording with patient records and observation. *Int J Qual Health Care*. 2004;16:65–72.
9. Lauteslager M, Brouwer HJ, Mohrs J, Bindels PJ, Grundmeijer HG. The patient as a source to improve the medical record. *Fam Pract*. 2002;19:167–71.