

NECESIDAD DE ESTABLECER UN PROTOCOLO DE RIESGO SUICIDA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

María Irigoyen-Otiñano¹

¹ Psychiatrist. University Hospital Santa María de Lleida. Spain.

Autor de correspondencia: mariairigoyen@gmail.com

Señor Editor,

En España, el 82% de las provincias dispone de un plan de intervención para promover la continuidad asistencial de los pacientes suicidas, pero es escaso lo reportado por la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida de 2020 en relación al manejo del paciente suicida en medio hospitalario¹. La conducta suicida previa es el factor de riesgo más relacionado con la reincidencia² y el ingreso hospitalario por intento de suicidio se ha relacionado con un perfil de gravedad caracterizado por una mayor reincidencia y una mayor letalidad de los intentos realizados³ siendo por tanto imprescindible desplegar un plan de prevención al respecto.

La incidencia de suicidio en el hospital es elevada, superior a la observada en la población general. Es de 250 por 100.000 ingresos en hospitales psiquiátricos y de 1,8 por 100.000 ingresos en hospitales generales, que es de cuatro a cinco veces más que en la población general. Del 5 al 6,5% de los suicidios se cometen en el hospital: del 3 al 5,5% ocurren en hospitales psiquiátricos y alrededor del 2% en hospitales generales. Como factores de riesgo de suicidio en la unidad psiquiátrica destacan la accesibilidad a uno o más medios de suicidio y el período de hospitalización siendo más alto durante la primera semana de hospitalización y dentro de las 2 semanas posteriores al alta hospitalaria. Aspectos relativos a la organización también se han descrito: la supervisión inadecuada, la subestimación del riesgo de suicidio por parte de los equipos, la mala comunicación dentro de los equipos y la falta de unidad de cuidados intensivos promueven el riesgo de suicidio. Otros factores predisponentes son la existencia de antecedentes personales suicidas (pero también familiares) e intento de suicidio poco antes del ingreso, el diagnóstico de esquizofrenia o trastorno del estado de ánimo, estar hospitalizado sin consentimiento, vivir solo y fugas hospitalarias. En los hospitales generales, la cronicidad y gravedad de la enfermedad somática, la personalidad del paciente y la existencia de una comorbilidad psiquiátrica son los factores suicidas más concurrentes⁴. Algunos autores señalaron a los pacientes con esquizofrenia como los de mayor riesgo de suicidio en medio hospitalario⁵ mientras que otros encontraron mayor riesgo en aspectos relativos a ser varón,

tener un historial de múltiples hospitalizaciones y tener un diagnóstico de trastorno afectivo, de ansiedad o trastorno de personalidad⁶.

El riesgo de suicidio alcanza su punto máximo en los períodos inmediatamente posteriores al ingreso hospitalario y al alta. El riesgo es particularmente alto en personas con trastornos afectivos y en personas con tratamiento hospitalario breve. Estos hallazgos deben conducir a una evaluación sistemática del riesgo de suicidio entre los pacientes hospitalizados antes del alta⁷. Existen aspectos relativos a la vivencia del ingreso hospitalario por parte del paciente que deben ser considerados. Un reciente estudio examinó si la coerción percibida durante el ingreso en la hospitalización psiquiátrica aumenta el riesgo de intentos de suicidio después del alta. De 905 participantes, el 67% apoyó la percepción de coerción en la hospitalización psiquiátrica y 168 (19%) realizó un intento de suicidio después del alta. Los pacientes que percibieron coerción durante el ingreso hospitalario tenían más probabilidades de intentar suicidarse después del alta que aquellos que no la percibieron. En cambio, no hubo interacción entre las autolesiones recientes o la ideación suicida en el momento del ingreso y la coerción percibida en los intentos de suicidio posteriores al alta⁸.

No obstante, la literatura también recoge el riesgo asociado al ingreso hospitalario. Algunos autores han sugerido que ser un paciente hospitalizado en una unidad psiquiátrica es uno de los factores de riesgo estadístico más fuertes para el suicidio. Por lo general, se supone que esta fuerte asociación no es causal sino que es el resultado de la combinación de la selección de pacientes de alto riesgo para el ingreso y la protección imperfecta contra el suicidio que ofrecen las unidades psiquiátricas. Lógicamente, un tercer factor, que es causal, podría jugar un papel en la asociación. Recientemente se ha sugerido que las experiencias adversas en las unidades psiquiátricas, como el trauma, el estigma y la pérdida del rol social, podrían precipitar algunos suicidios de pacientes hospitalizados⁹.

En base a todo lo descrito, las guías de prevención del suicidio que recomiendan que las personas identificadas en riesgo de suicidio reciban un tratamiento específicamente dirigido a reducir su riesgo de suicidio y servicios para garantizar que sigan participando en la atención de la salud mental deberían también actualizar estrategias preventivas en unidades de hospitalización psiquiátrica pero también médico-quirúrgicas¹⁰.

Bibliografía

- 1 Sufrate-Sorzano T, Jiménez-Ramón E, Garrote-Cámara ME, Gea-Caballero V, Durante A, Juárez-Vela R, Santolalla-Arnedo I. Health Plans for Suicide Preven-

- tion in Spain: A Descriptive Analysis of the Published Documents. *Nurs Rep.* 2022 Feb 8;12(1):77-89. doi: 10.3390/nursrep12010009. PMID: 35225895; PMCID: PMC8884007.
- 2 Irigoyen M, Porrás-Segovia A, Galván L, Puigdevall M, Giner L, De Leon S, Baca-García E. Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: A survival analysis. *J Affect Disord.* 2019 Mar 15;247:20-28. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.050. Epub 2018 Dec 18. PMID: 30640026.
 - 3 Irigoyen-Otiñano M, Puigdevall-Ruestes M, Mur-Lain M, González-Pinto A, Portella MJ, Baca-García E, Lopez-Castroman J. Absence of association between the level of lethality and the recidivism of suicide attempts in a Spanish province. *Actas Esp Psiquiatr.* 2019 Sep;47(5):179-89. Epub 2019 Sep 1. PMID: 31648340.
 - 4 Martelli C, Awad H, Hardy P. Le suicide dans les établissements de santé: données épidémiologiques et prévention [In-patients suicide: epidemiology and prevention]. *Encephale.* 2010 Jun;36 Suppl 2:D83-91. French. doi: 10.1016/j.encep.2009.06.011. Epub 2009 Sep 26. PMID: 20513465.
 - 5 Hübner-Liebermann B, Spiessl H, Cording C. Patienten-suizide in einer psychiatrischen Klinik [Suicides in psychiatric in-patient treatment]. *Psychiatr Prax.* 2001 Oct;28(7):330-4. German. doi: 10.1055/s-2001-17775. PMID: 11600959.
 - 6 Winkler P, Mladá K, Csémy L, Nechanská B, Höschl C. Suicides following inpatient psychiatric hospitalization: A nationwide case control study. *J Affect Disord.* 2015 Sep 15;184:164-9. doi: 10.1016/j.jad.2015.05.039. Epub 2015 Jun 10. PMID: 26093829.
 - 7 Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Apr;62(4):427-32. doi: 10.1001/archpsyc.62.4.427. PMID: 15809410.
 - 8 Jordan JT, McNeil DE. Perceived Coercion During Admission Into Psychiatric Hospitalization Increases Risk of Suicide Attempts After Discharge. *Suicide Life Threat Behav.* 2020 Feb;50(1):180-188. doi: 10.1111/sltb.12560. Epub 2019 Jun 4. PMID: 31162700.
 - 9 Large MM, Chung DT, Davidson M, Weiser M, Ryan CJ. In-patient suicide: selection of people at risk, failure of protection and the possibility of causation. *BJPsych Open.* 2017 May 1;3(3):102-105. doi: 10.1192/bjpo.bp.116.004309. PMID: 28507768; PMCID: PMC5410408.
 - 10 Doupnik SK, Rudd B, Schmutte T, Worsley D, Bowden CF, McCarthy E, Eggan E, Bridge JA, Marcus SC. Association of Suicide Prevention Interventions With Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2020 Oct 1;77(10):1021-1030. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1586. PMID: 32584936; PMCID: PMC7301305