

EL RIESGO DE SUICIDIO después del alta hospitalaria psiquiátrica

Mark Olfson, MD, MPH

Archives of General Psychiatry.

Publicado en línea el 31 de mayo de 2017.

<http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2629518?widget=personalizedcontent&previousarticle=2623157>

doi: 10.1001 / jamapsychiatry.2017.1043

A pesar de los esfuerzos clínicos y de salud pública destinadas a prevenir el suicidio, la tasa de suicidios en los Estados Unidos ha aumentado de forma constante durante la última década. ¹

Esta tendencia preocupante está en agudo contraste con 8 de las otras 10 causas principales de muerte en los Estados Unidos, las tasas de los cuales han disminuido sustancialmente en los últimos años. ²

El aumento en la tasa de suicidio nacional aporta carácter urgente a la investigación y aplicación de programas eficaces de prevención del suicidio.

La disminución de las tasas de mortalidad por enfermedades cardíacas, cáncer y otras causas medales principales han sido impulsada por los avances en nuestra comprensión de la fisiopatología subyacente, la mejora de la detección temprana de la enfermedad, y el desarrollo de tratamientos más eficaces.

El progreso en la prevención del suicidio ha estado plagado de varios desafíos. Algunos de estos desafíos se relacionan con su baja tasa de base, factores de riesgo comunes que complican la detección de alto riesgo, y no tener un proceso de enfermedad unitaria, sino que resulta de un comportamiento intencional.

Una de las estrategias de prevención del suicidio que recientemente ha ganado la atención nacional se centra en las personas que reciben servicios en los sistemas sanitarios. ³

Aunque este enfoque no capta el importante número de individuos en riesgo que no tienen una fuente regular de cuidado de la salud, que aprovecha la observación clínica de que las muertes por suicidio son más fáciles de evitar dentro que fuera de los sistemas de salud. ***Al mejorar el tratamiento de identificación y la salud mental de las personas que***

reciben atención que están en alto riesgo, algunos sistemas han tenido éxito en la reducción del índice de suicidios.^{4,5}

La comprensión de la epidemiología clínica de suicidio puede proporcionar pistas sobre las estrategias de prevención del suicidio a nivel de sistema.

Los pacientes hospitalizados después del alta hospitalaria psiquiátrica son un importante grupo de alto riesgo.

Sin embargo, debido a la investigación en esta población de pacientes está formado por un gran número de estudios, nuestra comprensión del riesgo de suicidio entre estos pacientes ha sido vulnerable a estudiar el sesgo de selección. Al sintetizar de manera sistemática esta literatura en un meta-análisis, Chung y sus colegas⁶ han aclarado estos riesgos y por lo tanto ayudó a informar a los enfoques basados en el sistema de salud para la prevención del suicidio.

En una revisión que incorporó 100 estudios captura de casi 5 millones de personas-año y más de 17 mil suicidios de los 5 continentes, Chung y sus colegas⁶ confirmaron que el riesgo de suicidio es elevado notablemente después del alta hospitalaria psiquiátrica.

Durante los primeros 3 meses después del alta hospitalaria, la tasa general de suicidios entre los estudios fue 1,089 por cada 100 000 años-persona. **Aunque la tasa** disminuyó a 571 por cada 100 años-persona 000 durante los siguientes 9 meses, **permaneció notablemente elevada (274 por 100 000 años-persona) por lo menos 10 años después del alta hospitalaria.**

Además, la tasa de suicidio entre pacientes con comportamiento suicida antes era casi 4 veces mayor que la tasa correspondiente entre los pacientes hospitalizados sin tal comportamiento.

Para ayudar a poner estas cifras en perspectiva, la tasa de muerte por suicidio de Estados Unidos fue de 13,4 por cada 100 000 habitantes en 2014.⁷ **El mensaje clínico de estos hallazgos es claro: universal y continuo se necesitan intervenciones de prevención del suicidio en los pacientes después del alta hospitalaria psiquiátrica, con un mayor nivel de seguimiento clínico y de apoyo a los pacientes durante los primeros meses después del alta hospitalaria y para los pacientes con antecedentes de comportamiento suicida.**

La heterogeneidad significativa en el riesgo de suicidio fue evidente en los estudios. Esto es de esperar debido a la variación en los métodos de evaluación de suicidio y el diseño del estudio.

Además, el suicidio es heterogéneo. El suicidio se concentra entre los individuos vulnerables con una gama de diferentes trastornos mentales y las tensiones ambientales y

se produce en el contexto de ambientes variados culturales, comportamientos de búsqueda de ayuda, y los recursos de salud mental para pacientes ambulatorios. Sin embargo, dado ***el riesgo de suicidio es ampliamente aceptada como una indicación cardinal para el cuidado psiquiátrico, se encontró un alto riesgo de suicidio después del alta hospitalaria psiquiátrica en una amplia gama de contextos culturales y ajustes de servicio.***

A pesar de los avances en los tratamientos de salud mental, Chung y sus colegas⁶ ***reportan una tendencia general desconcertante hacia el aumento de riesgo de suicidio después del alta hospitalaria. La tasa de suicidios por cada 100 000 personas-años de seguimiento se incrementó en más de un tercio entre anteriormente (1975-1984 y 1985-1994) y más tarde (1995-2004 y 2004-2016) períodos.***

La mejora de los métodos de notificación suicidas pueden haber contribuido a esta tendencia. Cambios en los patrones de hospitalización psiquiátrica también pueden haber desempeñado un papel. De hospitalización más corto permanece combina con los criterios de admisión más restrictivas podrían ayudar a explicar las tasas de suicidio más altas en los más recientes cohortes. ***Un meta-análisis de suicidio durante la atención hospitalaria psiquiátrica corrobora un aumento en el riesgo de suicidio en la población de hospitalización psiquiátrica en los últimos decenios.***⁸

Las altas tasas de suicidio después de su ingreso deben motivar la investigación sobre las intervenciones clínicas y políticas que ayudan a proteger a los pacientes de suicidio después del alta hospitalaria psiquiátrica. Implementación de iniciativas de suicidio crea variación en la exposición de intervención en toda la población que ofrece valiosas oportunidades para evaluar la eficacia de la intervención.

A modo de ejemplo, un estudio observacional Reino Unido encontró que la aplicación de una política de seguimiento de los pacientes dentro de los 7 días después del alta hospitalaria psiquiátrica se asoció con una disminución significativa en el suicidio durante los 3 meses después del alta hospitalaria.⁹

La revisión por Chung y sus colegas⁶ descubrió una escasez de estudios sobre el riesgo de suicidio durante las primeras semanas después del alta hospitalaria. En la práctica, los pacientes y sus familiares a menudo expresan especial preocupación por la seguridad durante este período. Con la disponibilidad de grandes bases de datos administrativos, debería ser posible avanzar en la predicción de suicidio durante las primeras semanas críticas después del alta hospitalaria. Tal información podría ser útil en la selección de pacientes para más servicios intensivos y monitoreo.

La reciente aplicación de los métodos de aprendizaje automático para la predicción de suicidio después del alta hospitalaria psiquiátrica ofrece un conjunto de herramientas

analíticas prometedoras¹⁰ que podrían ayudar a optimizar la selección de pacientes para estas intervenciones más intensivas.

En Estados Unidos, las transiciones de pacientes de pacientes internados a la asistencia psiquiátrica ambulatoria a menudo son mal administradas. Sólo la mitad de los pacientes psiquiátricos reciben atención ambulatoria durante la primera semana después del alta hospitalaria, y sólo alrededor de dos tercios de recibir cualquier tipo de atención de salud mental para pacientes externos durante el primer mes.

Por otra parte, pocas mejoras se ha visto en estos indicadores de calidad en los últimos 15 años. ¹¹ conexiones de fortalecimiento entre los servicios psiquiátricos pacientes internos y externos pueden ayudar a reducir el riesgo de suicidio durante los primeros meses cuando el riesgo es mayor.

Los resultados del nuevo meta-análisis y algunas conocidas en la práctica comunitaria ponen de relieve la necesidad de un seguimiento clínico de riesgo de suicidio universal de los pacientes psiquiátricos después del alta hospitalaria.

Una opción relativamente económica implica tecnologías sanitarias móviles con funciones de **mensajería de texto** que permiten la frecuente monitorización del paciente y oportunidades para una intervención más temprana durante las crisis suicidas emergentes.

Un gran número de aplicaciones móviles de salud a disposición del público están disponibles para ayudar a identificar y apoyar a las personas en riesgo de suicidio. Una revisión de 123 aplicaciones con funciones relacionadas con el suicidio, sin embargo, reveló que menos de la mitad incluye 1 o más característica de la prevención del suicidio pruebas apoyado y algunos contenía contenido potencialmente dañino. ¹²

Debido a que ninguna regulación de las aplicaciones móviles de salud existe en la actualidad, la evaluación de la seguridad y la eficacia de estas nuevas herramientas móviles de salud de primera línea recae en los médicos y sus pacientes.

Amplios cambios en la organización y financiación de la asistencia sanitaria también pueden ofrecer oportunidades para un mayor seguimiento longitudinal de riesgo de suicidio en todos los entornos de servicio. La consolidación de la prestación de asistencia sanitaria en entidades organizacionales más grandes, la proliferación de mecanismos contractuales que incluyan indicadores de calidad asistencial, el crecimiento de protocolos especializados gestión de la atención, y el desarrollo de incentivos económicos basados en el desempeño ofrecen nuevas palancas que podrían ser utilizados para acelerar las mejoras en el suicidio clínica seguimiento del riesgo y la intervención temprana.

El suicidio ha demostrado ser una amenaza para la salud obstinadamente difícil. Para lograr avances significativos, reformas en todo el sistema de seguimiento de los pacientes después del alta hospitalaria es probable que tengan que ser complementados con intervenciones de pacientes suicidas-específica tradicionales, tales como la planificación de la seguridad, líneas de crisis, los servicios de asesoramiento de crisis, y los servicios de salud mental de guardia.

Una mayor apreciación de la perdurable riesgo elevado de pacientes psiquiátricos después del alta podría ayudar a aumentar el apoyo a los recursos clínicos para reducir el inaceptablemente elevado número de personas que mueren por suicidio cada año.

Autor correspondiente: Mark Olsson, MD, MPH, Departamento de Psiquiatría, Colegio de Médicos y Cirujanos, Universidad de Columbia y el Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York, 1051 Riverside Dr, New York, NY 10032 (mo49@cumc.columbia.edu).

REFERENCIAS

1. Departamento de Salud y Servicios Humanos. Oficina de Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud. Las personas sanas 2020. <https://www.healthypeople.gov/> . Consultado el 29 de marzo de, 2017.
2. CDC. *Salud, Estados Unidos, 2015: Con especial sobre disparidades raciales y étnicas de salud* . Hyattsville, MD: Departamento de Salud y Servicios Humanos, CDC, Centro Nacional de Estadísticas de Salud de Estados Unidos; 2016.
3. Esfuerzo de atención Hampton T. La depresión trae dramática caída en la tasa de suicidios de gran población HMO. *JAMA* . 2010; 303 (19): 1903-1905. [PubMed artículo](#)
4. Cero suicidio en la salud y la salud del comportamiento. <http://zerosuicide.sprc.org/> Consultado el 29 de de marzo de, 2017.
5. Knox KL, Pflanz S, Talcott GW, et al. El programa de prevención del suicidio de la Fuerza Aérea de Estados Unidos: implicaciones para la política de salud pública. *Am J Public Health* . 2010; 100 (12): 2457-2463. [PubMed artículo](#)
6. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Gran MM. Las tasas de suicidio después del alta de los centros psiquiátricos: una revisión sistemática y meta-análisis [publicado en Internet el 31 de mayo de, 2017]. *Archives of General Psychiatry* . doi: [10.1001 / jamapsychiatry.2017.1044](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1044)

7.
Kochanek KD, Murphy SL, Xu JQ, Tejada-Vera B. *Muertes: Datos finales de 2014*. Hyattsville, MD: Centro Nacional de Estadísticas de Salud; 2016. Informes nacional de estadísticas vitales; Vol 65, No 4.
8.
Walsh G, Sara G, Ryan CJ, Large M. Meta-análisis de las tasas de suicidio entre pacientes en-psiquiátricos. *Acta Psychiatr Scand*. 2015; 131 (3): 174-184. [PubMed artículo](#)
9.
Mientras que D, Bickley H, Roscoe A, et al. Aplicación de las recomendaciones de servicios de salud mental en Inglaterra y Gales y las tasas de suicidio, 1997-2006: un estudio transversal y antes y después de un estudio observacional. *The Lancet*. 2012; 379 (9820): 1005-1012. [PubMed artículo](#)
10.
Kessler RC, Warner CH, Ivany C, et al; Ejército STARRS colaboradores. La predicción de suicidios después de la hospitalización psiquiátrica en los soldados del Ejército de Estados Unidos: el Estudio del Ejército para evaluar el riesgo y la resiliencia de miembros del servicio (Ejército STARRS). *Archives of General Psychiatry*. 2015; 72 (1): 49-57. [PubMed artículo](#)
11.
Comité Nacional de Aseguramiento de Calidad. El estado de la atención médica de calidad 2016. <http://www.ncqa.org/report-cards/health-plans/state-of-health-care-quality/2016-table-of-contents/follow-up> Consultado el 29 de de marzo de , 2017.
12.
Larsen ME, Nicholas J, Christensen H. Christensen. Una evaluación sistemática de las herramientas de teléfonos inteligentes para la prevención del suicidio. *PLoS One*. 2016; 11 (4): e0152285. doi: [10.1371 / journal.pone.0152285](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152285) [PubMed artículo](#)