



Suicidio y urgencias hospitalarias. Servicio Murciano de Salud 2013 – 2017

Resumen:

Métodos:

- *Periodo de estudio:* Año 2013-2017.
- *Fuente de los sujetos:* Registros del CMBD de urgencias hospitalarias y de internamiento. Aquellas altas hospitalarias que carecían de visita al servicio de urgencias asociada han sido tratadas como visitas a urgencias.
- *Hecho a estudio:* *Visitas con códigos relacionados con el CCS 662 ('Suicidio y lesiones autoinflingidas intencionadamente')* en hospitales del Servicio Murciano de Salud.

Conclusiones:

Entre los años 2013 y 2017 se han producido 9.901 visitas que se relacionan con el suicidio, lo que supone un 0,2% del total de las asistencias en urgencias y una frecuentación en urgencias hospitalarias anual media de 13,5 visitas por 10.000 habitantes.

En el quinquenio, estas visitas fueron generadas por 6.481 personas distintas, (frecuentación anual media del periodo de 8,8 personas por 10.000 habitantes, 10,5 si se calculan por año calendario). Cada persona tuvo 1,7 contactos (con un máximo de 52). La media de edad fue de 39,1 años. Por tasas, la observada en mujeres (10,5 mujeres por 10.000 habitantes mujeres) es un 50% superior a la de los hombres (7,2). La adolescencia (para este estudio 14-19 años) presenta una tasa de frecuentación superior (14,3), debido a que la tasa en mujeres (21,9) es tres veces mayor que la de los hombres a esa edad (7,2). Los residentes en áreas de salud que no disponen de servicios hospitalarios de psiquiatría, presentan tasas de frecuentación más bajas. Las tasas extremas se corresponden con los residentes en el Área de Cartagena (10,3 por 10.000 habitantes) y la de Lorca (7,0), razón de variación de 1,48.

En el primer contacto con los servicios de urgencias identificado para cada persona, en el 62,8% de las ocasiones el primer diagnóstico de los existentes estaba encuadrado en las 'lesiones y envenenamientos', otro 34,1% se trataba de patología relacionada con la salud mental.

Un 17,9% de los pacientes que fueron dados de alta con vida presentaron una nueva visita al año del alta. La mortalidad intrahospitalaria se sitúa en un 0,6%. Tras el alta con vida en el primer contacto, la mortalidad por cualquier causa es del 1,9% al año y del 5,1% a los cinco años.

Entre los 9.901 contactos identificados (los provenientes de urgencias y de hospitalización en los que no constaba su paso previo por las urgencias), un 58,6% las personas fueron dados de alta con destino a su domicilio, un 15,0% fueron ingresados en el hospital donde se atendió la urgencia, un 10,4% fueron trasladados a otro hospital y 2,1% abandonaron las instalaciones sin ser asistidos.

Noviembre 2019



Suicidio y urgencias hospitalarias. Servicio Murciano de Salud. 2013 – 2017.

APOYO ADMINISTRATIVO Y DE EDICIÓN

Mónica Garay Pelegrín.

MANTENIMIENTO DE LA BB DD DEL CMBD Y ELABORACIÓN DE LAS BB DD A ESTUDIO

Eva María Victoria Méndez.

CODIFICACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Sara Blázquez Hidalgo.

ANÁLISIS Y REDACCIÓN DEL DOCUMENTO:

Lauro Hernando Arizaleta.

REVISIÓN:

Marta Cañadilla Ferreira (*).

Josefa Celdrán Lorente (**).

José María Cerezo Corbalán (**).

María del Pilar Mira Escolano.

Julián Oñate Gómez (**).

Joaquín A. Palomar Rodríguez.

Senay Rueda Nieto (*).

(*). Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Región de Murcia.

(**). Gerencia de Salud Mental.

EDITA:

Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al ciudadano. Consejería de Salud. Región de Murcia.

CITA RECOMENDADA:

Suicidio y urgencias hospitalarias. Servicio Murciano de Salud. 2013 – 2017. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1918. Murcia: Consejería de Salud; 2019.

Puede acceder a información relacionada en <http://www.murciasalud.es/cmbd> o solicitar una copia de este documento y/o de las tablas en formato electrónico a: cmbd@listas.carm.es.

Si desea recibir las publicaciones relacionadas que se elaboren puede mandar un correo electrónico a cmbd@listas.carm.es indicando en ‘asunto’: suscripción informes

© Se permite la reproducción parcial o total, siempre que se indique la fuente.

Antes de imprimir este documento, piense si es necesario. Puede ser impreso en blanco y negro.

Agradecimientos: A todos los profesionales de la salud que, al realizar su labor, han permitido la obtención de la información necesaria para la elaboración de este informe.



El acercamiento a una situación compleja (el suicidio) desde una sola modalidad de asistencia sanitaria no deja de ser una visión parcial, y probablemente sesgada, de la realidad. Sirva de ejemplo una visión más amplia por medio de la mortalidad. En España, el lugar donde se produce la muerte de manera más frecuente es el hospital, por encima del 50% de las ocasiones; en la Región, entre los años 2013 y 2017 (periodo del estudio), el 59,8% de los exitus ocurrieron en el ámbito hospitalario. Sin embargo, solo un 7,8% de los fallecidos por motivos relacionados con el suicidio lo hicieron en un hospital. En base a los resultados de este informe, los fallecidos que no llegaron a ser asistidos en los servicios de urgencias de los hospitales del Servicio Murciano de Salud (SMS) hubieran supuesto un aumento del 6,9% en el número de personas asistidas. Aunque se pueda opinar que suponen un bajo porcentaje (similar al observado en otros estudios), la trascendencia del resultado (la muerte) y el desconocimiento sobre sus antecedentes de asistencia a urgencias, deben hacer valorar con cautela la información que se expone en relación con el perfil de las personas asistidas, más aún, si se tiene en cuenta la difícil diferenciación entre conductas suicidas y parasuicidas usando esta fuente de información. Lo que no invalida, pero enmarca, la validez y el uso de este acercamiento a la asistencia prestada.

Entre los años 2013 y 2017 en los hospitales del Servicio Murciano de Salud se han producido 9.901 visitas a los servicios de urgencias (8.547 notificadas al CMBD de urgencias y 1.354 altas hospitalarias que no tenían identificado un episodio de urgencias inmediatamente anterior) que se relacionan con el suicidio, lo que supone un 0,2% del total de las asistencias en urgencias y una frecuentación a urgencias hospitalarias anual media 13,5 visitas por 10.000 habitantes.

En el quinquenio, estas visitas fueron generadas por 6.481 personas distintas, lo que supone una frecuentación anual media de 8,8 personas por 10.000 habitantes (10,5 si se calculan por año calendario). Cada persona tuvo 1,7 contactos (con un máximo de 52). Con una media de edad de 39,1 años. Un 59,1% fueron mujeres, sin embargo, por tasas, las mujeres presentan una tasa (10,5 por 10.000 habitantes) un 50% superior a la de los hombres (7,2). La adolescencia¹ (14-19 años) es la etapa vital que presenta una tasa de frecuentación mayor (14,3), a expensas de la frecuentación de las mujeres (21,9) que es tres veces mayor que la de los hombres a esa edad (7,2).

¹ Para este estudio se considera de 14 a 19 años, dado que de 10 a 13 años la frecuencia es menor.



En relación con el área de salud de residencia de las personas, aquellas que no disponen de servicios hospitalarios de psiquiatría, en general, presentan tasas de frecuentación más bajas. Existe una diferencia del 50% entre la frecuentación de los residentes en el Área de Cartagena (10,3 personas asistidas en los servicios de urgencia por motivos relacionados con el suicidio por 10.000 habitantes) y la de los residentes en el Área de Lorca (7,0).

En el primer contacto que estas 6.481 personas tuvieron con los servicios de urgencias, en el 62,8% de las ocasiones el primer diagnóstico registrado estaba encuadrado en las '*lesiones y envenenamientos*', en el otro 34,1% de las ocasiones se trataba de patología relacionada con la salud mental.

Los pacientes que fueron dados de alta con vida presentaron una nueva visita antes de las 72 horas tras el alta en un 2,5%, un 6,3% en los primeros 30 días, 17,9% al año y un 29,5% hasta el final del periodo de seguimiento (máximo 5 años).

Entre los 9.901 contactos, un 58,6% las personas fueron dadas de alta con destino a su domicilio, un 15,0% fueron ingresadas en el hospital donde se atendió la urgencia, un 10,4% fueron trasladadas a otro hospital y 2,1% abandonaron las instalaciones sin ser asistidos.

En el primer contacto identificado, dos personas fallecieron en las urgencias y 24 en hospitalización (0,4%). De las 1.385 personas que presentaron una o más visitas posteriores donde se mencionaba algún código ligado al suicidio, 15 fallecieron (1,1%). Sumando estos factores la mortalidad intrahospitalaria (en el primer episodio o los siguientes) se sitúa en un 0,6%.

Tras el primer alta, se observa una mortalidad ajustada por todas las causas y en cualquier lugar del 1,9% al primer año y del 5,1% a los cinco años de seguimiento. Un 7,6% de los fallecimientos se produjeron en el hospital en contactos donde se mencionaba algún código relacionado con el suicidio.

Existen varios indicios que apuntan a la existencia de un subregistro de los pacientes con conductas asociadas al suicidio en los episodios de asistencia en urgencias, motivo por el cual se ha preferido no evaluar el potencial exceso de mortalidad tras el primer alta, ni la identificación de la existencia de variables predictoras de revisita.



Resultados:

Entre los años 2013 y 2017 han sido asistidas en los servicios de urgencias de los hospitales del Servicio Murciano de Salud 8.547 visitas que se relacionan con el suicidio. Teniendo en cuenta que en este periodo: el porcentaje de visitas a urgencias con información válida es de un 90%, el Hospital Psiquiátrico Román Alberca no se incorporó a la notificación hasta el año 2016 y todas las personas relacionadas con esta circunstancia son asistidas en urgencias antes de ingresar; para aumentar la exhaustividad se decidió incorporar los registros de hospitalización con internamiento con mención de suicidio. Con esta estrategia, se lograron identificar un total de 2.443 altas suplementarias, de las cuales 1.354 pertenecían a episodios asistenciales que no habían sido identificados anteriormente en urgencias (55,4% de las altas y un 12,3% del total de las 10.990 asistencias), lo que supone un total de 9.901 episodios ligados a la asistencia en urgencias por motivos relacionados con el suicidio.

En suma, los comentarios recogidos en este informe, en su mayor parte, se van a referir al periodo 2013-2017 en su conjunto y a las 6.481² personas distintas que causaron las 9.901 asistencias.

Asistencia sanitaria especializada por Suicidio. Visitas a urgencias y altas hospitalarias. SMS, 2013-2017.

	2013	2014	2015	2016	2017	2013 - 2017
Episodios UCIAS (a)	1.287	1.763	1.674	1.832	1.991	8.547
Episodios AH	470	525	491	480	477	2.443
sin episodio UCIAS identificado (b)	285	322	330	221	196	1.354
con episodio UCIAS identificado	185	203	161	259	281	1.089
Total	1.757	2.288	2.165	2.312	2.468	10.990
Total episodios UCIAS estimados (a+b)	1.572	2.085	2.004	2.053	2.187	9.901
Porcentaje del total de UCIAS SMS (solo a+b)	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2
Personas	1.266	1.620	1.563	1.585	1.637	6.481 (7.671)*
Nº máximo de contactos por persona	13	14	17	15	23	52
Media contactos	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,7

* Aunque la suma son 7.671 personas, se corresponden con 6.481 personas distintas en todo el periodo. Fuente: Registro del CMBD, Servicio de Planificación. Consejería de Salud. Región de Murcia

Cada persona asistida tuvo entre 1,4 y 1,5 contactos a lo largo del año calendario (un contacto es, por ejemplo, una visita a urgencias, si existe un ingreso en internamiento contabiliza como otro nuevo contacto), que se elevan a 1,7 cuando se refieren al quinquenio completo. De igual manera, en un año calendario la máxima afluencia de una misma persona osciló entre 13 y 23 contactos, que se elevan a 52 cuando se evalúa el periodo en su conjunto.

² La suma de las personas (distintas) asistidas cada año son 7.671. Que se reducen a 6.481 cuando se estudia el periodo completo debido a las visitas en varios años.



Los 2.468 contactos identificados en el año 2017 fueron causados por 1.637 personas distintas de las cuales 1.252 (76,5%) no tenían contactos previos por este motivo desde 2013.

Asistencia sanitaria especializada por Suicidio. Personas asistidas en urgencias e internamiento. SMS, 2013-2017.

	2013	2014	2015	2016	2017	2013 - 2017
Contactos (total)	1.757	2.288	2.165	2.312	2.468	10.990
Contactos estimados en Urgencias**	1.572	2.085	2.004	2.053	2.187	9.901
Personas	1.266	1.620	1.563	1.585	1.637	6.481 (7.671)*
Personas nuevas	1.266	1.449	1.275	1.239	1.252	6.481
Sexo (% mujeres)	57,9	60,5	58,5	58,2	58,0	59,1
Edad media (años)	39,6	38,7	39,8	39,6	38,8	39,1
mediana	39	38	40	40	40	39
Muertes intrahospitalarias	11	2	4	15	9	41
% personas con muerte intrahospitalaria	0,9	0,1	0,3	0,9	0,5	0,6
Exitus (cualquier ubicación, año visita)	24	14	25	22	14	225
% exitus en el año visita o periodo	1,9	0,9	1,6	1,4	0,9	3,5
Frecuentación (contactos/población)**	10,7	14,2	13,7	14,0	14,9	13,5
Frecuentación (personas/población)	8,6	11,0	10,7	10,8	11,1	8,8 (10,5)

* Aunque la suma son 7.671 personas, se corresponden con 6.481 personas distintas en todo el periodo. ** Solo contactos en urgencias y altas sin episodio de UCIAS identificado. Tasas, anualizadas, 10.000 habitantes. Fuente: Registro del CMBD, Servicio de Planificación. Consejería de Salud. Región de Murcia y Padrón, Centro Regional de Estadística

En el quinquenio, la edad media de las personas asistidas fue de 39,1 años. Un 59,1% fueron mujeres. La mortalidad intrahospitalaria fue del 0,6% y la mortalidad tras el alta en cualquier ubicación y por cualquier causa de un 3,5% adicional. La frecuentación fue de 13,5 visitas a urgencias por 10.000 habitantes y de 10,5 personas por 10.000 habitantes (8,8 personas distintas en el periodo).

Distribución por edad y sexo: En promedio, cada año son asistidas por primera vez 8,8 personas por 10.000 habitantes, las mujeres presentan una tasa un 50% superior a los varones. Por debajo de los 14 años el diagnóstico es infrecuente. Aunque el número de personas asistidas es mayor entre los 35 a 44 años de edad, la tasa es superior en el grupo de 14 a 19 años, debido a la tasa de las mujeres adolescentes (21,9 personas por 10.000 habitantes de su sexo y grupo de edad), la mayor de las observadas y tres veces superior a la de los varones.

Asistencia sanitaria especializada por Suicidio. Personas asistidas en urgencias e internamiento (solo primer contacto). Distribución por edad y sexo. SMS, 2013-2017.

Grupo de edad	Personas distintas 2013-2017			Tasa anualizada por 10.000 hab			Razón Tasa Mujer/Varón
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	
0 - 13	44	178	222	0,7	3,0	1,8	4,5
14 - 19	174	504	678	7,2	21,8	14,3	3,0
20 - 24	203	307	510	9,6	15,3	12,4	1,6
25 - 34	528	653	1.181	10,2	13,1	11,6	1,3
35 - 44	715	821	1.536	10,6	13,5	12,0	1,3
45 - 54	580	765	1.345	10,5	14,4	12,4	1,4
55 - 64	218	366	584	5,9	9,6	7,8	1,6
65 y más	188	234	422	3,9	3,8	3,8	1,0
Total	2.650	3.828	6.478	7,2	10,5	8,8	1,5

En tres ocasiones se desconoce la edad o el sexo. Fuente: Registro del CMBD, Servicio de Planificación. Consejería de Salud. Región de Murcia. Centro Regional de Estadística.



Distribución por área de salud de residencia de la persona: El Área de Cartagena (10,3 personas asistidas por 10.000 habitantes) presenta la mayor tasa de asistencia y la de Lorca, la menor (7,0). Las áreas de salud que no disponen de Servicio de Psiquiatría en su hospital presentan valores bajos (Noroeste, Altiplano, Vega Alta) salvo en el caso del Mar Menor. Para la correcta interpretación de la información hay que tener en cuenta el subregistro que afecta a algunos hospitales (Arrixaca y Cartagena, años 2016-2017), al Hospital Psiquiátrico Román Alberca (todo el periodo) y al Área de Salud de la Vega Media (todo el periodo, por no estar incluidas las urgencias de un hospital con concierto sustitutorio).

Asistencia sanitaria especializada por Suicidio. Personas asistidas en urgencias e internamiento (solo primer contacto). Distribución por área de salud de residencia (tasas por 10.000 hab.). SMS, 2013-2017.

Área de Salud de residencia	Servicio Psiquiatría *	2013	2014	2015	2016	2017	2013-2017
Murcia Oeste	Si	10,8	10,7	10,6	11,1	10,5	9,0
Cartagena	Si	4,0	14,5	13,7	14,2	14,8	10,3
Lorca	Si	7,3	7,6	8,3	9,1	7,5	7,0
Noroeste	No	5,5	6,8	6,7	9,4	10,5	7,1
Altiplano	No	9,7	10,6	9,7	8,6	10,9	8,6
Vega Media del Segura	Si	9,3	9,2	8,5	7,8	8,0	7,2
Murcia Este	Si	11,7	11,6	11,1	10,8	12,2	9,1
Mar Menor	No	8,5	12,5	12,8	11,5	12,5	9,7
Vega Alta del Segura	No	12,6	11,7	7,1	9,5	10,8	8,9
Región	Si	8,5	10,9	10,4	10,6	10,9	8,6**
Razón de variación	Si	3,11	2,12	2,06	1,81	1,96	1,48

* En el hospital del área de salud. ** En 133 ocasiones se desconoce el área. Para su correcta interpretación ver apartado de cobertura de la información en método. Razón de variación: máximo valor/mínimo. Fuente: Registro del CMBD, Servicio de Planificación. Consejería de Salud. Región de Murcia

Acercamiento diagnóstico: El código de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10ES) que, con mayor frecuencia, indica la relación del acto asistencial con el suicidio es el de ‘ideaciones suicidas’, seguido por el de ‘intento de suicidio’, que es utilizado como ‘cajón de sastre’ cuando no existe una mayor especificación. Los códigos se han buscado en cualquier posición, no solo como primer diagnóstico (principal). Salvo que las lesiones autoinfligidas son más frecuentes en los varones, el patrón de los diagnósticos por edad y sexo es similar al expresado anteriormente.

Asistencia sanitaria especializada por Suicidio. Diagnóstico (principal o secundarios) relacionado con el Suicidio. Por primer contacto identificado en el año o el periodo. SMS, 2013-2017.

	2013	2014	2015	2016	2017	Total	2013-17
Códigos de CIE-9	1.266	1.620	1.563	0	0	4.449	3.990
Códigos de CIE-10							
Efecto tóxico	0	0	0	208	255	463	362
Envenenamiento	0	0	0	209	240	449	358
Ideaciones suicidas	0	0	0	652	680	1.332	993
Intento de suicidio	0	0	0	469	419	888	707
Lesiones autoinfligidas	0	0	0	47	43	90	71
Total	1.266	1.620	1.563	1.585	1.637	7.671	6.481

La codificación con CIE-9 no permite la subclasificación. Fuente: Registro del CMBD, Servicio de Planificación. Consejería de Salud.



En el año 2016 se cambió el sistema de codificación clínica (de CIE-9MC a CIE-10ES) que ha afectado a la codificación del suicidio en gran medida. Por este motivo y para poder valorar series temporales que incluyan ambos sistemas se utiliza la clasificación del CCS (Clinical Classification Software, desarrollado por The Healthcare Cost and Utilization Project – HCUPS-, basado en la CIE-9 o CIE-10). Si observamos la distribución del primer diagnóstico (el que ‘justifica’ la asistencia) el capítulo de ‘lesiones y envenenamientos’ es el más frecuentemente codificado, seguido de los ‘trastornos mentales’; el resto de diagnósticos presentan una frecuencia residual. La depresión se encuentra incluida en el CCS 657 (trastornos del humor).

Asistencia sanitaria especializada por Suicidio. Primer diagnóstico del episodio. Distribución por el primer contacto identificado en el año o el periodo. SMS, 2013-2017.

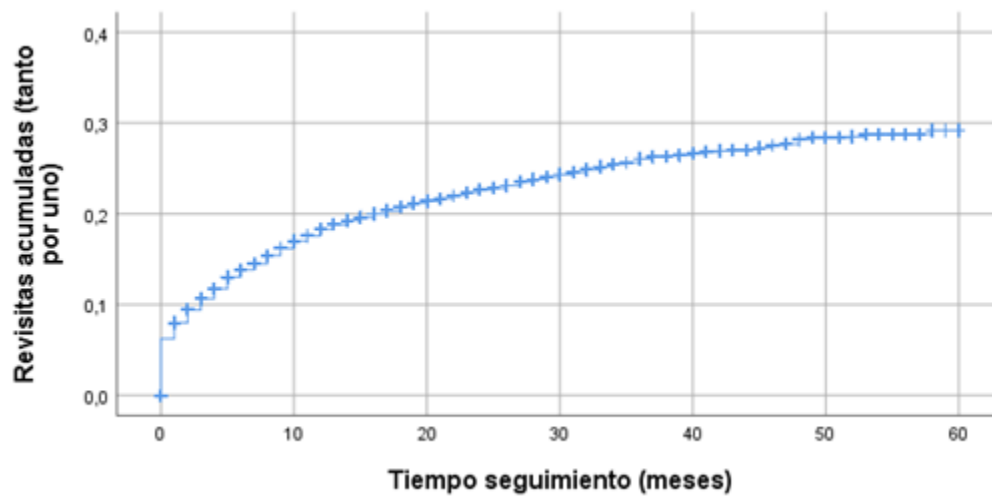
Clasificación CCS	2013	2014	2015	2016	2017	Total	2013-17
05-Trast. mentales, comportamiento y desar neur.	633	805	715	183	204	2.540	2.209
650-Trastornos de adaptación	11	11	9	16	13	60	52
651-Trastornos de ansiedad	501	672	589	26	23	1.811	1.638
652-Déficit aten, conducta y tr. comp. disruptivo	1	3	1	5	3	13	11
653-Delirio, demencia, amnesia y otros tr. cognitivos	0	1	1	2	1	5	4
654-Trastornos del desarrollo	2	2	0	1	2	7	4
655-Tr. grales. diagnost. infancia/niñez/adolescencia	0	0	0	0	1	1	1
656-Trastornos del control de impulsos	2	1	2	0	0	5	3
657-Trastornos del humor	41	42	38	48	65	234	197
658-Trastornos de la personalidad	31	27	30	26	29	143	89
659-Esquizofrenia y otros trastornos sicóticos	26	27	22	23	32	130	107
660-Trastornos relacionados con el alcohol	9	9	11	16	18	63	52
661-Trastornos relacionados con abuso sustancias	9	7	8	16	14	54	41
670-Trastornos mentales, miscelanea	0	3	4	4	3	14	10
17-Lesiones y envenenamientos	576	779	798	1.357	1.376	4.886	4.073
241-Envenenamiento por agentes psicotrópicos	95	168	144	4	5	416	384
242-Envenen. otros medicamentos y drogas	233	278	245	10	7	773	707
243-Envenen. por sustancias no medicinales	26	27	24	5	5	87	77
244-Otras lesiones debidas a causas externas	12	28	30	9	9	88	74
662-Suicidio y lesion. autoinflingidas intencionad.	161	239	292	1.294	1.330	3.316	2.653
Resto	57	36	50	45	57	245	170
Total	1.266	1.620	1.563	1.585	1.637	7.671	6.481

CCS: Clinical Classification Software. Fuente: Registro del CMBD, Servicio de Planificación. Consejería de Salud. Región de Murcia

Estudio de seguimiento: Revisitas. En 6.149 de las 6.481 personas identificadas se disponía de su identificador de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), lo que ha permitido realizar el seguimiento de sus episodios asistenciales relacionados con el suicidio hasta el final del periodo. En el análisis bruto un 22,5% de las personas presentaron un nuevo episodio asistencial. Con un seguimiento de 12.268 años/persona (media de dos años por persona) y mediante un análisis de Kaplan-Meier (que ajusta el resultado en base al seguimiento hasta la revisita, fallecimiento o fin del periodo) un 2,5% presentaron un nuevo episodio asistencial antes de las 72 horas tras el alta (en urgencias o internamiento en el caso de ser ingresado), un 6,3% en los primeros 30 días, 17,9% al año y un 29,5% hasta el final del periodo de seguimiento (máximo 5 años). No es adecuado comparar estos resultados con los obtenidos en los estudios habituales basados exclusivamente en registros de urgencias hospitalarias, ya que combinan ambas fuentes (los

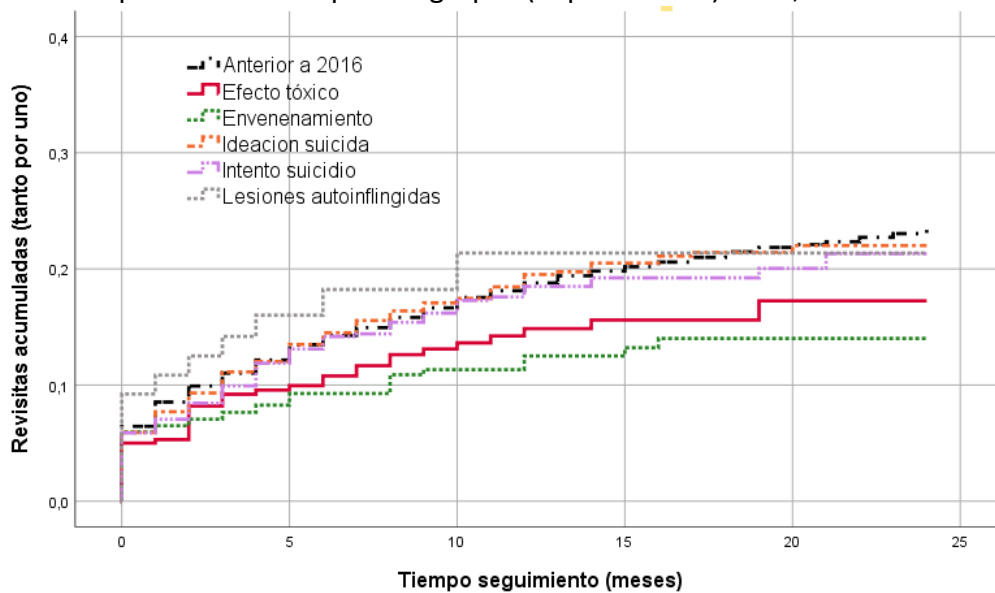
indicadores de urgencias excluyen a los ingresados) y se refieren a cualquier hospital de la Región independientemente del que hubiera dado el alta (en general los indicadores se refieren exclusivamente a las visitas en el propio centro).

Asistencia sanitaria especializada por Suicidio. Frecuencia acumulada de la primera visita (Kaplan-Meier). SMS, 2013-2017.



Para poder estudiar el código asociado al primer contacto según la CIE-10, el seguimiento máximo se limita a dos años. Se observa una evolución no homogénea entre los subgrupos (test de Log Rank (Mantel-Cox) p 0,032).

Asistencia sanitaria especializada por Suicidio. Frecuencia acumulada de la primera visita por subgrupos (Kaplan-Meier). SMS, 2013-2017.

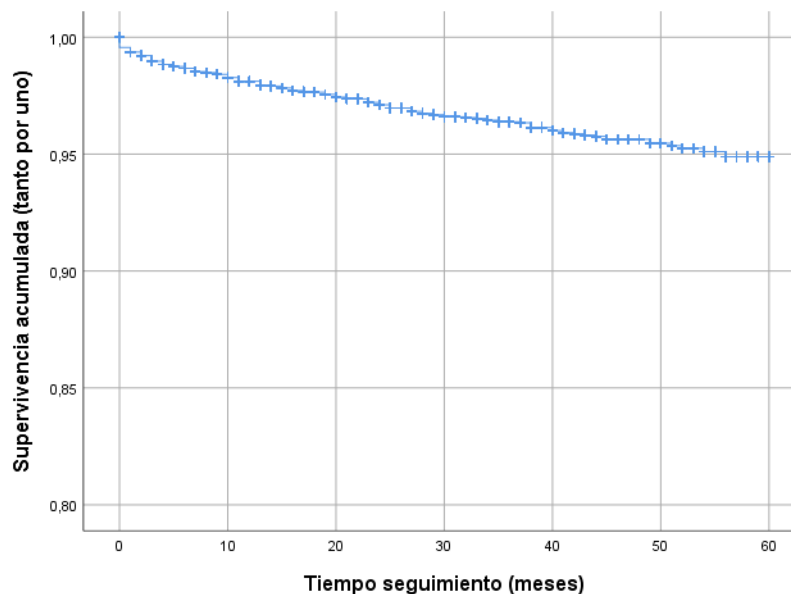


Por edad y sexo, entre los mismos subgrupos, se observan diferencias estadísticamente significativas, de escasa magnitud y probablemente influidas por el subregistro y el escaso número de casos del grupo de ‘*lesiones autoinflingidas*’.

Debido a los posibles sesgos asociados al subregistro, no se ha juzgado pertinente investigar la identificación de variables predictoras del hecho de tener una segunda asistencia.

Estudio de seguimiento: Mortalidad. Se ha observado una mortalidad intrahospitalaria del 0,6% en las 6.135 personas con TSI. Tras el periodo de seguimiento máximo de 5 años (15.260 años/persona, media de 2,5 años) la mortalidad bruta tras el alta con vida se sitúa en otro 3,2% adicional. Si se analiza ajustado con el método de Kaplan-Meier, la mortalidad adicional se sitúa en un 0,4% a los 30 días del alta, 1,9% al año y 5,1% a los 5 años. No se ha calculado la mortalidad esperada para un grupo de población general con la misma edad y sexo, por lo cual es difícil extraer conclusiones en términos de exceso de mortalidad tras el alta.

Asistencia sanitaria especializada por Suicidio. Supervivencia a los 5 años de la primera visita (Kaplan-Meier). SMS, 2013-2017.



Hospital de asistencia: El Complejo Hospitalario de Cartagena, seguido de los hospitales Reina Sofía y Virgen de la Arrixaca son los que más episodios ligados al suicidio aportan al estudio. El Hospital Psiquiátrico Román Alberca (en internamiento o urgencias, en este último caso desde 2016) es el centro que probablemente presenta un mayor nivel de subregistro.



Asistencia sanitaria especializada por Suicidio. Hospital de asistencia (urgencias e internamiento). Distribución por fecha de ingreso. SMS, 2013-2017.

	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Hospital Virgen de la Arrixaca	397	383	373	429	416	1.998
Complejo Hospitalario de Cartagena	144	724	699	690	750	3.007
Hospital Rafael Méndez	160	153	169	210	173	865
Hospital Comarcal el Noroeste	36	58	55	71	97	317
Hospital Virgen del Castillo	57	72	70	61	79	339
Hospital Morales Meseguer	339	283	271	278	298	1.469
Hospital Reina Sofía	467	438	360	352	423	2.040
Hospital Los Arcos	84	123	113	124	120	564
Hospital de la Vega del Río Segura	63	49	32	52	53	249
Hospital Psiquiátrico Román Alberca	0	0	0	23	41	64
Concertada	10	5	23	22	18	78
Total	1.757	2.288	2.165	2.312	2.468	10.990

Se dispone del CMBD de UCIA S y hospitalización de los hospitales generales del SMS en todo el periodo y de UCIA S del HPRA desde 2016. No se dispone del CMBD de UCIA S de los hospitales concertados. El % de codificación en Urgencias es cercano al 90%, en hospitalización es cercano al 100% hasta 2016 y al 80-90% en 2016-2017, menor en los hospitales de la Arrixaca y Cartagena.

Fuente: Registro del CMBD, Servicio de Planificación. Consejería de Salud. Región de Murcia

Origen de la demanda de asistencia: Del total de los 10.990 episodios registrados (urgencias e internamiento), en un 36,1% de las ocasiones la demanda se origina en los servicios de urgencias extrahospitalarios o en el 112, un 30,1% en el propio paciente (o en sus familiares) y en un 21,6% en el servicio de urgencias del propio hospital (los ingresos en internamiento).

En un 4,8% de las ocasiones son traslados desde otro hospital (desde urgencias o internamiento), de estas últimas 526 asistencias, en un 66,0% se dispone del hospital origen del traslado.

El hospital que con mayor frecuencia traslada a otro centro este tipo de patología es el de Los Arcos del Mar Menor, hecho congruente con que sea el Complejo Hospitalario de Cartagena el que con más frecuencia los recibe. Destaca la escasa frecuencia de remisión del resto de hospitales que no disponen de Servicio de Psiquiatría (Comarcal del Noroeste, Virgen del Castillo y Lorenzo Guirao). De todas formas, hay que hacer constar que esta variable se ha incorporado recientemente y debe de optimizarse su cumplimentación.



Asistencia sanitaria especializada por Suicidio. Origen de la demanda: Traslado de otro centro hospitalario (urgencias o internamiento). SMS, 2013-2017.

Hospital receptor	Hospital emisor del traslado													Total
	HVA	CHC	HRM	HCN	HVC	HMM	HRS	HLA	HVS	HRA	CONC	FR		
Hospital Virgen de la Arrixaca	0	2	2	7	2	5	9	8	3	1	4	2	45	
Complejo Hospitalario de Cartagena	5	0	0	0	0	1	1	148	0	0	4	1	160	
Hospital Rafael Méndez	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Hospital Comarcal el Noroeste	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	
Hospital Virgen del Castillo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hospital Morales Meseguer	1	1	0	0	0	0	2	0	12	0	3	1	20	
Hospital Reina Sofía	12	4	0	0	0	18	0	6	0	4	6	0	50	
Hospital Los Arcos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Hospital de la Vega del Río Segura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hospital Psiquiátrico Román Alberca	0	0	0	12	11	0	4	0	0	0	0	0	27	
Concertada	1	4	0	0	0	3	0	1	0	0	32	0	41	
Total	21	12	2	19	13	27	16	163	15	6	49	4	347	

FR Hospitales radicados fuera de la Región. Fuente: Registro del CMBD, Servicio de Planificación. Consejería de Salud. Región de Murcia

Destino al alta: En los 9.901 contactos identificados (8.547 en urgencias más los que ingresaron pero el episodio de urgencias no fue identificado, 1.354) un 58,6% fueron dados de alta con destino a su domicilio, un 15,0% fueron ingresados en el hospital donde se atendió la urgencia, un 10,4% fueron trasladados a otro hospital y 2,1% abandonaron las instalaciones sin ser asistidos. Cuarenta y una personas fallecieron en las urgencias o en internamiento.

Como visión complementaria del origen, en el total de episodios identificados, en 1.187 ocasiones se registra como destino al alta un traslado a otro centro hospitalario y en 1.179 se dispone de información del centro. En este caso se observa que, de manera consistente con la variable anterior (aunque en el doble de ocasiones) el Hospital Los Arcos es el que con más frecuencia realiza esta derivación y hacia el Complejo Hospitalario de Cartagena. Muestra del subregistro del Hospital Psiquiátrico es que le fueron remitidos más pacientes que el total de los registrados por el mismo.

Asistencia sanitaria especializada por Suicidio. Destino al alta: Traslado de otro centro hospitalario (urgencias o internamiento). SMS, 2013-2017.

Hospital emisor del traslado	Hospital receptor													Total
	HVA	CHC	HRM	HCN	HVC	HMM	HRS	HLA	HVS	HRA	CONC	FR		
Hospital Virgen de la Arrixaca	0	3	3	3	1	7	12	0	2	3	13	3	50	
Complejo Hospitalario de Cartagena	8	3	0	0	0	4	6	10	0	8	25	5	69	
Hospital Rafael Méndez	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	9	
Hospital Comarcal el Noroeste	15	0	0	0	0	0	0	0	0	162	1	0	178	
Hospital Virgen del Castillo	31	0	0	0	0	0	0	0	1	164	1	1	198	
Hospital Morales Meseguer	7	0	1	0	0	0	17	0	1	7	4	0	37	
Hospital Reina Sofía	31	5	3	1	0	17	1	0	0	79	9	8	154	
Hospital Los Arcos	14	361	0	0	0	9	13	0	0	0	5	0	402	
Hospital de la Vega del Río Segura	2	1	0	0	0	64	0	0	0	0	5	0	72	
Hospital Psiquiátrico Román Alberca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Concertada	0	2	0	0	0	3	0	0	0	0	5	0	10	
Total	113	375	7	4	1	104	49	10	4	423	72	17	1.179	

FR Hospitales radicados fuera de la Región. Fuente: Registro del CMBD, Servicio de Planificación. Consejería de Salud. Región de Murcia



Método:

Periodo de estudio: Años 2013 a 2017.

Fuente de los sujetos: Registro Regional del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano, Consejería de Salud.

Hecho a estudio: Se recogen las visitas a urgencias hospitalarias de los pacientes asistidos por motivos ligados al suicidio (definido como aquella en que, en cualquier campo diagnóstico, conste un código de la CIE incluido en el ‘CCS 662 Suicidio y lesiones autoinflingidas intencionadamente’ salvo el Z91.5 – historia personal de autolesión-, ver anexo). Para completar la posible infranotificación/codificación, teniendo en cuenta que si han ingresado en internamiento, estas personas en su mayor parte acceden a través del servicio de urgencias, se amplió a los pacientes dados de alta tras internamiento con mención de los mismos códigos en los hospitales del Servicio Murciano de Salud o en los concertados, en este último caso que estuvieran financiados por el Sistema Nacional de Salud.

Unión de episodios: La asistencia a estos procesos puede traer consigo la necesidad de trasladar a las personas desde el hospital de primera asistencia a otro en aquellas áreas de salud que no disponen de los servicios más adecuados para su asistencia (cuidados intensivos, psiquiatría, etc). Por ese motivo se han relacionado los episodios asistenciales que pertenecen a la misma persona y se realizan en el mismo o distintos hospitales por el mismo motivo, sin presentar interrupción asistencial. Para relacionar los episodios, la estrategia de búsqueda fue identificar episodios con el mismo CIP (código de identificación personal de Tarjeta Sanitaria). Esta estrategia de análisis afecta al cálculo de indicadores disminuyendo la frecuentación y aumentando la mortalidad intrahospitalaria.

Otras fuentes de información: Fallecimiento de las personas identificadas: La base de datos poblacional (PERSAN) que, entre otras fuentes ligadas a la asistencia, utiliza la información proveniente del Índice Nacional de Defunciones. Cifras de población y mortalidad: Centro Regional de Estadística, Dirección General de Estrategia y Transformación Digital, Consejería de Presidencia y Hacienda.

Indicadores:

- Frecuentación: En tasas por 10.000 habitantes. Se utilizan tasas anuales o tasas medias anualizadas.
- Personas distintas: Para cada año, solo se tiene en cuenta el primer episodio de cada persona.
- Personas nuevas: Se contabiliza solamente el primer contacto identificado en el periodo estudiado (por ese motivo, en 2013, primer año de la serie, el número de personas nuevas coincide con el de personas distintas al no poderse excluir ningún paciente por no haber años anteriores). En otras patologías se ha considerado fiable este dato a partir del tercer-quinto año de la serie (2.015 o 2.017).



- **Mortalidad:** Se calcula la mortalidad total intrahospitalaria y la mortalidad global por cualquier causa a partir del alta y hasta el final del periodo de seguimiento.
- **Razón de variación:** En una serie es el resultado de dividir el mayor valor encontrado entre el menor valor. Aunque es una razón, en ocasiones se expresa como porcentaje.
- **Razón Mujer/hombre:** división entre los valores de los indicadores de referencia por sexo. Aunque es una razón, en ocasiones se expresa como porcentaje.
- **Revisitas/reingresos:** Se utiliza el método de Kaplan-Meier, elaborado con SPSS® v. 25. En el denominador se incluyen las personas dadas de alta con vida en el primer contacto. La revisita (que debe de tener un código asociado a suicidio) se busca en cualquier hospital de la Región, no sólo en el responsable del alta. Se proporciona información a las 72 horas del alta (indicador utilizado en urgencias), a los 30 días y al final del periodo de seguimiento.
- **Mortalidad por cualquier causa:** Se calcula a partir de las personas dadas de alta con vida por el método de Kaplan-Meier.

Validez de la información, limitaciones del estudio:

1.- Sobre la fuente de información:

- El CMBD es una base de datos clínico-administrativa que se basa en la información existente en el informe de alta y la calidad de su codificación. Inexactitudes en el diagnóstico, omisiones en la actividad diagnóstico-terapéutica en el informe de alta o errores en la codificación influyen en los resultados.
- El CMBD de urgencias se recoge desde 2013 en todos los hospitales generales de agudos del SMS. El Hospital Psiquiátrico Román Alberca empezó a remitir la información en el año 2016. Solo existe un hospital general de agudos (privado con concierto sustitutorio con el SMS) que inicio la remisión de la información de urgencias en 2018, por lo que no se incluye en el estudio, está radicado en el Área VI (atiende un 6% del total de las visitas/año de los hospitales públicos).
- **Exhaustividad:** En relación con el Sistema de Información de Asistencia Especializada (SIAE, antes denominado Encuesta de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado) es superior al 97-98% en los últimos años.

2.- Sobre la identificación de los pacientes asistidos:

- Para identificar a las personas se utiliza el CIP. Del total de episodios asistenciales identificados, en el 97,5% de las ocasiones se dispone de un CIP válido, lo que ha permitido su identificación en PERSAN y el seguimiento en cualquier hospital. En el resto de los casos sólo se ha podido realizar el seguimiento en el hospital de asistencia, por medio del número de historia clínica. Esta limitación aumenta la frecuentación y disminuye el resto de los indicadores elaborados.



3.- *Sobre la identificación de los casos asistidos relacionados con el suicidio:*

- Urgencias hospitalarias: La codificación del CMBD de urgencias hospitalarias se realiza en base a los literales de los diagnósticos médicos (máximo cinco campos) y a un campo de información administrativa. La codificación se realiza de manera automática (73-77%, gracias a la colaboración del Servicio de Producto Sanitario, Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía) y el resto por codificadores expertos propios. En su conjunto se logra codificar un 90-92% de las más de 700.000 visitas anuales.
- La codificación del CMBD de internamiento se realiza por personal experto en los hospitales generales de agudos del SMS. Entre los años 2013 a 2015 se codificaron más del 98% de los episodios de internamiento. En los años 2016 y 2017, la codificación global fue del 83,2 y 88,3%. Los pacientes residentes en las áreas de salud de Murcia Oeste y Cartagena fueron los que presentaron una mayor caída en la codificación de sus procesos (por debajo del 80%). En el Hospital Psiquiátrico Román Alberca son los propios profesionales médicos quienes la realizan, en ciertas épocas solamente han tenido acceso al uso de códigos relacionados con la salud mental.
- Hasta el año 2015, inclusive, la codificación de los procesos asistenciales se ha realizado con la Clasificación Internacional de Enfermedades 9 revisión, a partir de entonces se introdujo la CIE-10, este hecho ha supuesto un cambio muy importante en la lógica del sistema y en los convenios de codificación. Para poder elaborar una serie temporal con códigos de ambas clasificaciones, se ha usado la estrategia de buscar los relacionados con suicidio a través del Clinical Classification Software (CCS 662, suicidio) que reúne 48 códigos de la CIE-9 y 1.068 de la CIE-10. Este hecho facilita la selección y minimiza los errores mecanográficos, pero se incorporan códigos de la CIE-10 que indican episodios asistenciales subsiguientes al inicial o debidos a secuelas. Se ha evaluado este sesgo y supone menos del 0.05% de los 10.990 episodios.