



Original

Características epidemiológicas del intento autolítico por fármacos

A. A. Mateos Rodríguez¹, A. Huerta Arroyo², M. A. Benito Vellisca³

¹MÉDICO SUMMA 112. ²DUE SUMMA 112. DEPARTAMENTO DE DOCUMENTACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO. ³DUE SUMMA 112. MADRID

RESUMEN

Introducción: El intento autolítico (IA) supone uno de los motivos de llamada de emergencia más frecuente en nuestro medio. Uno de los métodos más habituales para realizar un IA es la utilización de fármacos. En el año 2005 casi un 1% de las llamadas de emergencia en la Comunidad de Madrid alertaban por un posible IA por fármacos. Nuestro objetivo es conocer las características de esta población.

Material y método: Se revisan de forma retrospectiva las historias de 4 meses (septiembre-diciembre 2005) que hayan tenido como diagnóstico final "intento autolítico por fármacos". Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, IA previos, patología psiquiátrica, fármaco y cantidad ingerida y tratamiento administrado.

Resultados: Se recogieron 145 historias. De estos pacientes el 65,8% eran mujeres. La mediana de la edad se situó en 37 años. Un 19,2% habían realizado un IA previo. La patología psiquiátrica más frecuente fue el trastorno del estado de ánimo (43,4%) seguido de las dependencias (9%), los trastornos psicóticos (2,8%) y los trastornos de la alimentación (1,4%). El grupo de fármacos más utilizado fue las benzodiazepinas (57,6%), seguido de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (7,9%). El fármaco más usado con fines autolíticos resultó ser el lorazepam (15,1%), pero existe una gran variabilidad. El tratamiento extrahospitalario efectuado más veces fue la administración de flumazenilo (52,1%).

Conclusiones: De nuestra serie se concluye que el paciente que más frecuentemente realiza un IA en nuestro medio es una mujer entre 20 y 40 años con trastorno del estado de ánimo que no ha tenido IA previos. Los fármacos más usados para el IA son las benzodiazepinas y, evidentemente, el tratamiento más veces aplicado fue el flumazenilo.

Palabras clave: Intento autolítico. Fármacos. Emergencia. Extrahospitalaria.

INTRODUCCIÓN

El intento autolítico (IA) constituye uno de los motivos de emergencia sanitaria más frecuente en nuestro medio. Durante

ABSTRACT

Epidemiological characteristics of autolytic attempts using drugs

Background: Suicidal or autolytic attempts (SA, AA) represent one of the most frequent causes for emergency calls in our environment. Drugs are among the most frequent instruments selected in and for SA / AA: in the year 2005, almost 1% of the emergency calls within the Autonomous Community of Madrid (Spain) alerted about possible drug-implemented SA / AA. The aim of the present study was to assess the characteristics of this particular population.

Material and methods: Retrospective review of all clinical records over four months (September to December 2005) with a final diagnosis of "Drug-Implemented Autolytic Attempt". The following variables were recorded and analysed: age, gender, previous SA / AA, psychiatric conditions, involved drug and ingested quantity, and implemented therapy.

Results: A total of 145 clinical records were reviewed and analysed. Among this patient population, 65.8% were females. The age median was 37 years. A previous SA / AA was recorded in 19.2% of the cases. The most frequent associated psychiatric condition was depression / anxiety disorder (43.4%), followed by drug dependency states (9%), psychotic disorders (2.8%) and food intake disorders (1.4%). The most frequently involved drug group were the benzodiazepines (57.6%), followed by selective serotonin uptake inhibitors (7.9%). More precisely, the most frequently involved single drug was lorazepam (15.1%), though the variability was considerable. Flumazenil administration was the most frequently used (52.1%) extrahospitalary therapeutic measure.

Conclusions: From our series it can be concluded that the patient most frequently undertaking a SA / AA in our environment is a female, 20 to 40 years old, with a depressive / anxious disorders and with no foregoing SA / AA. The drugs most frequently involved in such attempts are the benzodiazepines and, evidently, the most frequently applied therapeutic measure was flumazenil administration.

Key Words: Autolytic / suicidal attempt. Drugs. Emergencies. Extrahospitalary emergencies.

el año 2005 casi un 1% de las llamadas recibidas en el SUMMA 112 alertaban sobre una posible ingesta de fármacos con fines autolíticos. Se calcula que el suicidio es el motivo del 16,8% de muertes no naturales¹. Aunque existe diferencia entre

Correspondencia: Alonso A. Mateos Rodríguez
C/ Tramontana, 3 - 2d
28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)
E-mail: amateosrodriguez@hotmail.com
amateo.summa@salud.madrid.org

Fecha de recepción: 26-2-2007
Fecha de aceptación: 14-6-2007

IA y suicidio, está demostrada la relación entre la ideación suicida, el intento previo y el suicidio consumado posteriormente².

El elevado número de envases de fármacos de todos los grupos que existen en los domicilios hace que se tenga un fácil acceso a todos ellos. El uso de estos fármacos con fines autolíticos es uno de los métodos preferidos por los pacientes depresivos^{3,4}. Los fármacos figuran en el tercer lugar de preferencia en cuanto a medios para el suicidio, las dos primeras son el ahorcamiento y las armas de fuego¹.

El IA constituye un problema de salud grave en nuestro ámbito. El IA varía dependiendo de las sociedades, de sus creencias y del sexo del paciente; las mujeres prefieren el uso de fármacos y los hombres el ahorcamiento⁵. También varía en cuanto a la edad, y es mucho más frecuente en pacientes jóvenes⁶. El suicidio produce una de las mayores tasas de años de vida perdidos y que alcanza el 26,9%⁷.

El objetivo de este estudio es describir la población afectada en nuestro ámbito, conocer los fármacos más frecuentemente usados para realizar el IA y objetivar los tratamientos que habitualmente se aplican en el medio extrahospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional transversal mediante la revisión retrospectiva de historias clínicas. Se recogieron todas las historias del periodo comprendido entre septiembre y diciembre del 2005 que hubieran finalizado con los códigos CIE9 correspondientes a "Intento Autolítico por Fármacos". Las historias pertenecen al archivo del Servicio de Urgencias Médicas de Madrid SUMMA 112. El SUMMA 112 es el servicio de emergencias médicas extra-hospitalarias de la Comunidad de Madrid. En él se integran los servicios de urgencia de atención primaria (SUAP), las unidades de atención domiciliaria (UAD), los vehículos de intervención rápida (VIR) y las unidades de vigilancia intensiva (UVIs) móviles, que incluyen 2 helicópteros sanitarios. El SUMMA 112 gestiona alrededor de un millón de llamadas anuales y realiza 400.000 asistencias médicas.

Sólo se procesaron las historias correspondientes a UVI o VIR debido a que los SUAP aún no las codificaban en soporte informático. De cada historia se recogieron los datos de afiliación, los antecedentes psiquiátricos (incluyendo la existencia de anteriores IA), la actual patología psiquiátrica, los fármacos y la dosis ingerida en el IA actual, y el tratamiento administrado por el equipo sanitario.

Todos estos datos fueron introducidos en una base de datos y procesados mediante el software de análisis estadístico SPSS 11.0. Las variables se representan con media \pm desviación estándar. Para la comparación de variables se ha utilizado

el test de contraste de hipótesis de la ji al cuadrado o, en su defecto, mediante el test exacto de Fisher. Se establece una significación estadística del 95% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Se recogieron 170 historias cuyo diagnóstico final fue el de "intento autolítico por fármacos" según la codificación internacional de enfermedades CIE9. Venticinco de ellas fueron retiradas del estudio por fallo en la codificación, falta de información u otras deficiencias. Entre los 145 restantes, el 65,8% correspondían a mujeres y el 34,2% a varones. La mediana de la edad se sitúa en 37 años (rango: 14-92) con una desviación típica de 15.

En cuanto a la existencia en la historia de un IA previo, 28 de los pacientes habían tenido uno, lo que corresponde a un 19,2%. De éstos 11 eran varones y 17 mujeres. No se ha encontrado asociación significativa entre sexo e IA previo de IA ($p = 0,53$).

La patología psiquiátrica más frecuente fue el trastorno del estado de ánimo (43,4%). Las patologías asociadas a dependencias contabilizaban un 9%, los trastornos psicóticos un 2,8% y los trastornos de la alimentación un 1,4%. No se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas entre la patología psiquiátrica e IA previo (Tabla 1).

Los fármacos usados para el IA tuvieron una intensa variabilidad. Entre los más usados encontramos el loracepam (15,1%), clorazepato dipotásico (9,6%), alprazolam (8,2%) y el diacepam (8,2%). Por familias, claramente, las benzodiazepinas son el grupo de fármacos más usados para el IA (57,6%). El segundo grupo farmacológico más utilizado en el IA son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los analgésicos / anti-inflamatorios (9%) (Tabla 2). A pesar de ello, la gran variabilidad de fármacos usados hace que la proporción de "otros" sea superior a todos los demás; además, el porcentaje de fármacos no filiados en el IA es también muy considerable. La cantidad de fármaco usado en el IA también tiene gran variabilidad. Sirva como ejemplo la cantidad ingerida entre los más usados; la dosis media de alprazolam es de 9,6 mg, la de clorazepato de 936 mg, diacepam 106 mg, la de diclofenaco 1 g y la de ibuprofeno 6 g.

En cuanto a los tratamientos administrados, el más frecuente es el flumazenilo (52,1%), seguido de ausencia de tratamiento y del carbón activado. La naloxona, la acetil-cisteína y el lavado gástrico no pasan del 5% de los tratamientos efectuados a los pacientes con IA (Tabla 1). En nuestro estudio sólo un paciente tuvo que protegerse la vía aérea mediante la intubación orotraqueal electiva debido al bajo nivel de con-

**TABLA 1. Distribución global de diferentes variables y comparación entre hombres y mujeres**

	Total (n = 145)	Varón (n = 50)	Mujer (n = 96)	p
Edad (años)	39±15	40±13	25±16	<0,001
Existencia de intento autolítico previo n(%)	28 (19,2%)	11 (22%)	17 (17,7%)	0,69
Ausencia de antecedente psiquiátrico n(%)	44 (30,3%)	12 (24%)	32 (33,7%)	0,33
Diagnóstico previo de trastorno del estado de ánimo n(%)	63 (43,4%)	18 (36%)	45 (47,4%)	0,28
Diagnóstico previo de dependencias n(%)	13 (9%)	8 (16%)	5 (5,3%)	0,06
Diagnóstico previo de trastorno psicótico n(%)	4 (2,8%)	0	4 (4,2%)	0,30
Diagnóstico previo de trastorno de la alimentación n(%)	2 (1,4%)	0	2 (2,1%)	0,55
Ingesta de benzodiazepinas n(%)	80 (57,6%)	25 (50%)	55 (61,8%)	0,51
Ingesta de analgésicos o anti-inflamatorios n(%)	11 (7,9%)	4 (8%)	7 (7,9%)	1,00
Ingesta de antipsicóticos n(%)	12 (8,6%)	4 (8%)	8 (9%)	1,00
Ingesta de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina n(%)	11 (7,9%)	4 (8%)	7 (7,9%)	1,00
Ausencia de tratamiento n(%)	41 (28,5)	8 (16%)	33 (35,1)	<0,05
Administración de flumazenilo n(%)	75 (52,1)	30 (60%)	45 (47,9%)	0,18
Administración de naloxona n(%)	3 (2,1%)	1 (2%)	2 (2,1%)	1,00
Administración de acetil-cisteína n(%)	1 (0,7%)	1 (2%)	0	0,34
Administración de carbón activado n(%)	19 (13,2%)	8 (16%)	11 (11,7%)	0,45
Realización de lavado gástrico	2 (1,4%)	0	2 (2,1%)	0,55

ciencia tras el tratamiento (había consumido 25 mg de alprazolam junto con alcohol y cocaína).

TABLA 2. Fármacos más utilizados en los intentos autolíticos

Grupo farmacológico	Fármaco	N (%)
Benzodiazepinas	Loracepam	22 (15,1%)
	Cloracepato	14 (9,6%)
	Diacepam	12 (8,2%)
	Alprazolam	12 (8,2%)
	Bromacepam	9 (6,2%)
	Lometacepam	4 (2,7%)
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	Venlafaxina	4 (2,7%)
	Paroxetina	3 (2,7%)
	Fluoxetina	2 (1,4%)
Anti-inflamatorios no esteroideos	Ibuprofeno	5 (3,4%)
	Diclofenaco	3 (2,1%)
Antipsicóticos	Quetiapina	3 (2,1%)
	Olanzapina	2 (1,4%)
	Haloperidol	1 (0,7%)
Otros (sólo se contabilizan los que se registró más de un caso)	Zolpidem	4 (2,7%)
	Paracetamol	3 (2,1%)
	Omeprazol	2 (1,4%)
	Disulfiram	2 (1,4%)

DISCUSIÓN

Las cifras de edad en nuestro estudio resultan un poco mayores que lo expresado en la literatura. Bose et al objetivan un rango de edad entre los 15 y 29 años⁶ y Eddleston cifra la media de edad de su población en 25 años⁵. Si bien es cierto que, en otras series, la edad de los hombres sí se corresponde con nuestra serie, por ejemplo Amigó Tadrín¹⁷ objetiva una edad media en 35 años.

En cuanto al género, la relación entre el IA y el género femenino está ampliamente demostrada. En nuestra serie la relación entre hombres y mujeres es de casi 1:2. Así como el suicidio consumado es más frecuente en hombres⁸, el IA es mucho más frecuente en mujeres⁹, y el uso de fármacos el sistema preferido por ellas⁷.

Es notable la baja proporción de población que había sufrido un IA previo, nosotros objetivamos sólo un 19%. Este hecho destaca y puede deberse a la diferencia clara entre suicidio y IA. El paciente que, desgraciada y realmente, tiene intención de suicidarse consigue su fin. Aunque no hemos encontrado relación entre el intento previo y el intento actual en otros estudios si se ha puesto de manifiesto esta asociación².

También en ese mismo estudio² y en otros similares se ha puesto de relieve la asociación entre diferentes patologías psiquiátricas y el intento de suicidio. En algunas series se llega hasta el 56% de pacientes con antecedentes de alteración mental¹⁰. Los trastornos del estado de ánimo² y las dependencias^{2,8} están entre las patologías que más se asocian a los IA. Los trastornos psicóticos, a pesar de tener un alto índice de

asociación con el suicidio¹¹, no manifiestan una alta frecuencia entre los pacientes que sufren un IA¹². En nuestra serie, las patologías más frecuentes en los IA son los trastornos del estado de ánimo y las dependencias. Sólo 2 pacientes con trastorno de la alimentación intentaron un IA, quizás esta baja frecuencia se deba a nuestro tamaño muestral ya que en otros estudios la frecuencia es más alta¹⁰.

El grupo de fármacos más utilizados en nuestra población fueron las benzodiacepinas, similar a otras series¹³. En cambio, existe una gran variabilidad; incluso en nuestros datos la mayor proporción en cuanto a fármacos usados se la lleva el apartado de "otros" donde interesan fármacos de todo tipo: aceclofenaco, amoxicilina, biperidino, carbamacepina, cimetidina, citalopram, codeína, difenhidramina, domperidona, enalapril, loratadina, metamizol, naproxeno, tiroxina,... incluso prednisona. El fármaco más utilizado en el IA es el fármaco que los pacientes tienen más a mano¹⁴, el que se receta continuamente¹⁵. Por eso es de especial importancia, en pacientes jóvenes sobre todo, contabilizar y controlar la prescripción de estos fármacos, con especial atención a benzodiacepinas o ISRS, que son los más utilizados en los IA.

El tratamiento recibido con más frecuencia fue el flumazenilo. Este hecho concuerda con la frecuencia de uso de benzodiacepinas y es similar al que se describe en otros estudios¹⁰. En frecuencia, lo siguiente es no administrar tratamiento alguno, esto es debido a la gran cantidad de IA que utilizan dosis inferiores a las que podrían provocar daño. Por ejemplo, el alprazolam tiene una dosis máxima diaria de 8-10 mg y la

media de ingesta de este fármaco entre los que la utilizaron con fines autolíticos fue de 9,6 mg. En otros casos el fármaco utilizado no tiene antídoto y ha pasado el tiempo recomendado para el lavado gástrico. Sí es interesante destacar y comentar el bajo uso del carbón activado, máxime si se tiene en cuenta la facilidad de la administración, la ausencia de efectos secundarios y el posible beneficio incluso a las 6 horas de la ingesta. En cuanto al uso de la naloxona, sólo 1 caso de los estudiados había utilizado opioides para su IA; de ahí su baja frecuencia de uso. La misma razón posee la baja frecuencia de uso de la acetil-cisteína. En otras series se ha demostrado que la necesidad de medidas de soporte vital avanzado (intubación orotraqueal, fármacos vasoactivos, RCP,...) en estos casos es mayor que en nuestra serie¹⁶.

La mayor limitación de nuestro estudio es la muestra de población que consideramos debería haber sido mayor. Esto hubiera permitido hallar relación entre variables que existen en otros estudios y no se han confirmado en nuestro ámbito.

Como conclusión, de nuestros datos podemos concluir que en nuestro ámbito la mayor parte de IA ocurren en mujeres jóvenes, entre los 20 y los 40 años y que la mayor parte de estos pacientes no habían realizado IA previo. El antecedente psiquiátrico que más relación demuestra con el IA es el trastorno del estado de ánimo. Existe una variabilidad importantísima en cuanto al fármaco utilizado en el IA; a pesar de ello, las benzodiacepinas continúan siendo el grupo farmacológico más usado en los IA. Debido a lo anterior, el tratamiento utilizado con mayor frecuencia ha sido el flumazenilo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Vieweg WV, Linker JA, Anum EA, Turf E, Pandurangi AK, Sood B et al. Child and adolescent suicides in Virginia: 1987 to 2003. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2005;15:655-63.
- 2- Shaw D, Fernandes JR, Rao C. Suicide in children and adolescents: a 10-year retrospective review. *Am J Forensic Med Pathol* 2005;26:309-15.
- 3- Baydin A, Yardan T, Aygun D, Doganay Z, Nargis C, Inceltin O. Retrospective evaluation of emergency service patients with poisoning: a 3-year study. *Adv Ther* 2005;22:650-8.
- 4- Fleishmann A, Bertolote JM, de Leo D, Phillips M, Sisask M, Vijayakumar L, et al. Characteristics of attempted suicides seen in emergency care settings of general hospital in eight low and middle-income countries. *Psychological Medicine*. Cambridge journals online. <http://journals.cambridge.org/Visita> el 13 de Enero de 2006.
- 5- Biermann T, Bleich S, Sperling W, Kornhuber J, Reulbach U. Choice of method in relation to the initiating motive in suicides: a population based study. *Psychiatr Prx* 2006;33:282-6.
- 6- Eddleston M, Gunnell D, Karunaratne A, de Silva D, Sheriff MH, Buckley NA. Epidemiology of intentional self-poisoning in rural Sri Lanka. *Br J Psychiatry* 2005;187:583-4.
- 7- Bose A, Konraden F, John J, Suganthi P, Muliylil J, Abrahan S. Mortality rate and years of life lost from unintentional injury and suicide in South India. *Trop Med Int Health* 2006;11:1553-6.
- 8- Renaud J, Chagnon F, Turecki G, Marquette C. Completed suicides in a youth centres population. *Can J Psychiatry* 2005;50:690-4.
- 9- Kopjar B, Dieserud G, Wiik J. Deliberated self-poisonings treated in hospitals. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005;125:1798-800.
- 10- Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T, Shaffer D. Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1122-8.
- 11- Stovall J, Domino FJ. Approaching the suicidal patient. *Am Fam Physician* 2003;68:1814-8.
- 12- Boyanova, Loukova, Stankova E, Hubenva A. Suicidal self-poisoning in childhood. *Przegl Lek* 2005;62:427-30.
- 13- Sein Anand J, Chodorowski Z, Ciechanowicz K, Klimaszuk D, Lukasik-Glebocka M. Acute suicidal self-poisonings during pregnancy. *Przegl Lek* 2005;62:434-5.
- 14- Hansen AC, Jespersen B, Kristensen IB. Suicides by poisoning investigated by the department of forensic medicine, University of Aarhus, Denmark 1994-2003. *Ugeskr Laeger* 2006;168:3267-9.
- 15- Eddleston M, Karunaratne A, Weerakoon M, Kumarasinghe S, Rajapakshe M, Sheriff MH et al. Choice of poison for intentional self-poisoning in rural Sri Lanka. *Clin Toxicol (Phila)*2006;44:283-6.
- 16- Unverir P, Atilla R, Karcioğlu O, Topacoglu H, Demiral Y, Tuncor Y. A retrospective analysis of antidepressant poisonings in the emergency department: 11-year experience. *Hum Exp Toxicol* 2006;25:605-12.
- 17- Amigó Tadrín M, Nogué Xarau S, Gómez López E, Sanjurjo Golpe E, Sánchez Sánchez M, et al. Medida de la calidad asistencial que se ofrece en pacientes con intoxicaciones agudas en el servicio de urgencias. *Emergencias* 2006;18:7-18.
- 18- Burillo Putze G, Pinillos Echeverría MA, Jiménez Lozano MA, Bajo Bajo A, Avilés Amat J, Berruete Cilveti M, et al. Organización y disponibilidad de recursos para la asistencia toxicológica en los servicios de urgencias de los hospitales españoles. *Emergencias* 2006;18:219-32.