

Suicidios violentos y fuentes forenses

Sr. Editor:

Hemos leído con atención la nota clínica de Belzunegui *et al.* publicada recientemente en EMERGENCIAS¹. Se trata de un interesante trabajo que muestra la utilidad del uso de datos médico-forenses como fuente complementaria de información, poco frecuente en nuestro medio². Aunque existen antecedentes de la utilización de información médico-forense (IMF) para evaluar la gravedad de las lesiones por precipitación mediante una escala anatómica de gravedad del traumatismo³, el artículo destaca por su aplicación en el estudio de los suicidios violentos.

La IMF es también útil para distinguir precipitaciones suicidas de aquellas derivadas de conductas de riesgo⁴ y, al igual que los datos obtenidos en los servicios de urgencias, permiten calcular las tasas y características de las conductas suicidas no mortales⁵. Se ha propuesto su incorporación a los registros de mortalidad (RM) para mejorar la validez de las estadísticas de mortalidad por causas externas⁶, que contribuyen a corregir la subestimación señalada por los autores. Así, el RM solamente detectó el 46,9% de los fallecimientos por suicidio identificados en los informes forenses que se produjeron en la ciudad de Barcelona en el periodo 2004-2006 (38,7% en mujeres y 51,2% en varones)⁶.

La importancia de la realización de autopsias en estas defunciones se refleja en su influencia en la validez de las estadísticas de mortalidad por suicidio, lo que recomienda prudencia a la hora de realizar comparaciones entre países⁷. Otra información relevante aportada por las autopsias es la relativa al conocimiento del papel del consumo de alcohol en los suicidios mortales⁸.

También queríamos señalar algunas limitaciones que, creemos, presenta el estudio publicado. Los autores señalan, en base a un estudio norteamericano publicado en 2000, que los métodos predominantes en las muertes por suicidio son las ar-

mas de fuego, los pesticidas y el ahorcamiento. De acuerdo con las estadísticas de mortalidad, el ahorcamiento, la estrangulación y la sofocación (código X70 CIE-10) fueron los métodos más utilizados en los fallecimientos por suicidio en España en 2010, seguidos por las precipitaciones y por las intoxicaciones, donde los pesticidas juegan un papel residual⁹. Los casos de ahorcadura, método violento de suicidio¹⁰, no fueron incluidos en el cálculo de la incidencia de suicidios violentos, lo que supone una infraestimación relevante que debería haber sido mencionada en la discusión.

A pesar de estas consideraciones, queremos felicitar a los autores por su estudio y deseamos que las fuentes forenses se incorporen a los estudios sobre traumatismos y suicidios mortales.

Bibliografía

- 1 Belzunegui-Otano E, Teixeira-Álvarez R, Reyero-Díez D, Oteiza-Olaso J. Politraumatizados con intencionalidad suicida. Estudio epidemiológico de base poblacional en Navarra durante los años 2004-2005. *Emergencias*. 2012;24:208-10.
- 2 Xifró-Collsamata A, Suelves-Joanich JM. Salud pública y patología forense. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85:419-20.
- 3 Taranilla-Castro AM, Rebollo-Soria MC. Aplicación de las escalas AIS/ISS en medicina forense: a propósito de un caso de precipitación. *Rev Esp Med Legal*. 2009;35:28-31.
- 4 Verano-Zapatel V, Santos-Yusta V, Poncela-García JL, Tur-Ripoll V. Lesiones y muerte por balconing en Baleares. *Rev Esp Med Legal*. 2012;38:46-9.
- 5 Vázquez-Lima MJ, Álvarez-Rodríguez C, López-Rivadulla Lamas M, Cruz-Landeira A, Abellas-Álvarez C. Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2012;24:121-5.
- 6 Gotsens M, Marí-Dell'Olmo M, Rodríguez-Sans M, Martos D, Espelt A, Pérez G, et al. Validación de la causa básica de defunción en las muertes que requieren intervención medicolegal. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85:165-76.
- 7 Kapusta ND, Tran US, Rockett IR, De Leo D, Naylor CP, Niederkrotenthaler T, et al. Declining autopsy rates and suicide misclassification: a cross-national analysis of 35 countries. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:1050-7.
- 8 Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, Conner K, Caetano R, Giesbrecht N, et al. Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent De-

ath Reporting System. *Inj Prev*. 2012 May 24. [Epub ahead of print].

9 Instituto Nacional de Estadística. (Consultado 12 Julio 2012). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t38/p604/a2000/l0/&file=0300002.px>

10 Miró-García F, Barbería-Marcailain E, Correas-Soto CJ, Fernández-Arribas E. Violencia del método suicida y circunstancias acompañantes en una revisión de 42 muertes de etiología autolítica. *Psiquiatría.com*. 2006; 10(4). (Consultado 12 Julio 2012). Disponible en: http://www.psiquiatría.com/articulos/psiq_geral_y_otras_areas/urgencias_psiq/30350/

Eneko BARBERÍA^{1,2},
Alexandre XIFRÓ^{3,4},
Carles MARTIN-FUMADÓ³,
Josep Maria SUELVES⁵

¹Institut de Medicina Legal de Catalunya, Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya, Reus, España, ²Unitat d'Anatomia Humana i Embriologia, Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques, Facultat de Medicina i Ciències de la Salut, Universitat Rovira i Virgili, Reus, España, ³Institut de Medicina Legal de Catalunya, Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España, ⁴Departament de Salut Pública, Universitat de Barcelona, Barcelona, España, ⁵Agència de Salut Pública de Catalunya, Barcelona, España.

Respuesta de los autores

Sr. Editor:

En relación con los comentarios realizados por Barbería *et al.* relativos a nuestro artículo recientemente publicado en EMERGENCIAS¹, quisiéramos agradecerles sus aportaciones y manifestar que estamos de acuerdo con sus comentarios. En relación con la ausencia de los ahorcamientos en nuestra casuística, quisiéramos hacer algunas pequeñas matizaciones que de alguna manera sirvan para completar el contenido de nuestro artículo.

Liderada por médicos del servicio de urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra, tenemos operativo el primer *Major Trauma Registry* en España basado en el estilo Utstein². Su estructura web permite introducir información de forma prospectiva y retrospectiva desde los diferentes servicios que atienden al paciente politraumatizado, entre los que se encuentra el Instituto de Medicina Legal de Navarra. Dicho registro permite conocer las características de los politraumatizados, la calidad de la



Figura 1. Mapa conceptual de la filosofía de funcionamiento del registro "Major Trauma de Navarra". Los urgenciólogos y la UVI-móvil acceden a la web, identifican el caso y rellenan las variables. En aquellos pacientes que fallecen, el médico forense introduce el ISS-NISS autopsico. De forma automatizada, la policía aporta variables del atestado en los casos de accidente de tráfico y el Centro de Coordinación 112 introduce los tiempos de respuesta de cada caso.

atención sanitaria prestada (lo cual nos permite compararnos con otros sistemas) y disponer de una base de datos de gran calidad para que profesionales del Servicio Navarro de Salud dispongan de datos para sus investigaciones (Figura 1).

Las variables Utstein constituyen una plantilla estandarizada para la normalización de las variables relacionadas con el traumatismo grave y excluyen la asfixia, el ahorcamiento y las quemaduras siempre que no haya un mecanismo traumático predominante. Dicha plantilla incluye dentro de la variable "intencionalidad" las categorías "accidental", "autolítica", "agresión", "otros" y "desconocida". Uno de los objetivos planteados por nuestro grupo era conocer las características de los politraumatizados cuya intencionalidad era la autolítica. No se relacionan los ahorcamientos simplemente porque los criterios de inclusión normalizados según el estilo Utstein no los contempla.

No obstante, sí que podemos añadir en relación con los datos proporcionados por el Instituto de Medicina Legal de Navarra que en el periodo de tiempo a que se refiere nuestro estudio, el suicidio supuso aproximadamente el 15% de las muertes autopsiadas, que arrojan una tasa de incidencia anual de 9 casos/100.000

habitantes año (75% varones). La primera causa de muerte es la suspensión o ahorcadura (30-33%), seguida de la intoxicación y la precipitación de altura. En varones, el método de suicidio consumado más utilizado es la ahorcadura (37%) seguido de la precipitación y el arma de fuego (15% cada uno). En las mujeres, el 44,4% ha usado como método de elección la precipitación o la intoxicación y sólo en un caso la ahorcadura.

Bibliografía

- 1 Belzunegui-Otano E, Teijeira-Álvarez R, Reyero-Díez D, Oteiza-Olaso J. Politraumatizados con intencionalidad suicida. Estudio epidemiológico de base poblacional en Navarra durante los años 2004-2005. *Emergencias*. 2012;24:208-10.
- 2 Ringdal KG, Coats TJ, Lefering R, Di Bartolomeo S, Steen PA, Roise O, et al. The Utstein template for uniform reporting of data following major trauma: A joint revision by SCANTEM, TARN, DGU-TR and RITG. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2008;16:7.

Tomás BELZUNEGUI OTANO¹,
Rafael TEIJEIRA ÁLVAREZ²,
Diego REYERO DÍEZ³,
Julio OTEIZA OLASO⁴

¹Servicio de Urgencias, Hospital de Navarra, Pamplona, España, ²Instituto Navarro de Medicina Legal, Pamplona, España, ³UVI-Móvil, Servicio Navarro de Salud, Pamplona, España, ⁴Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España.

La resolución de enfermería en las consultas urgentes de atención primaria

Sr. Editor:

Desde hace unos años el *Institut Català de la Salut* (ICS) desarrolla un programa de gestión de la demanda espontánea por parte de enfermería en las consultas de atención primaria (AP). Enfermería visita siguiendo unos protocolos y derivando al médico cuando no puede resolver. Los protocolos se pueden consultar en la web del ICS¹. En EMERGENCIAS se publicó un estudio de Pascual *et al.*² que evaluaba la eficacia de enfermería en la resolución de consultas urgentes en AP. El estudio tiene aspectos confusos que me gustaría que los autores aclarasen.

Primero, la muestra es de 296 consultas, pero no se comenta cuántas consultas se realizaron en el área básica de salud (ABS) en el mismo periodo, cuántos pacientes rechazaron ser atendidos por enfermería, si tenían patologías diferentes y si eran grupos poblacionales equivalentes. Segundo, el estudio muestra que el 46,6% de las consultas fue derivado al médico. La eficacia de enfermería en la consulta médica espontánea se calculó por las reconsultas en menos de 48 horas de los pacientes no derivados. Los autores comentan que no volvieron en unas horas el 80,5%. ¿El único criterio de eficacia de enfermería es que el paciente no vuelva en unas horas? El trabajo no expone ningún análisis de qué hicieron este 80,5% de pacientes que no volvió. Por otro lado, ¿sería aceptable para un médico que un 19,5% de pacientes dados de alta reconsultase antes de 48 horas? Tercero, en las tablas que analizan los pacientes que han vuelto en las horas siguientes, se presenta el motivo de consulta, pero luego no discuten estos resultados. Entre estos motivos de consulta vemos heridas, quemaduras o anticoncepción de emergencia, motivos que no podemos mezclar con consultas médicas como odinofagia, ojo rojo, epistaxis, dolor lumbar, etc. Las heridas son la consulta atendida con más frecuencia. Creo que no se puede afirmar que los enfermeros son eficaces para atender consultas médicas sin distinguir si atienden una herida o un dolor lumbar. Y cuarto, el 42,9% de las consultas no derivadas al médico carecía de protocolo. A pesar que los enfermeros atendían

consultas médicas sin protocolo establecido, el 73,2% de ellas fue igualmente "resuelto". Los autores encuentran diferencias en función de disponer o no de protocolo, pero al no ser estadísticamente significativas, no se plantean que esto pueda ser debido a que la muestra es pequeña: afirman que no hay diferencias y que los enfermeros pueden estar capacitados para atender más patologías aun sin protocolo.

Ni el criterio de no volver antes de 48 horas, ni el análisis de los datos son correctos. Hacer un estudio, con tantos déficits, para intentar demostrar que una profesión puede suplir a otra, es inaceptable.

Bibliografía

- 1 Badosa P, Cebrián HM, Fabrelles N. Manual de la Gestión de la Demanda. 2011. (Consultado 1 Septiembre 2012). http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/gestio_demanda_espontania_2011.pdf.
- 2 Pascual M, E Gené E, Arnau R, Pelegrí M, Pineda M, Azagra R. Evaluación de la eficacia de enfermería en la resolución de las consultas urgentes en atención primaria. *Emergencias*. 2012;24:196-202.

Lurdes ALONSO VALLÈS

Médico de familia, CAP Manso, Barcelona, España.
Vicesecretaria de la Junta de Gobierno del Colegio
Oficial de Médicos de Barcelona (COMB),
Barcelona, España.

Respuesta a los autores

Sr. Editor:

Quisiéramos agradecer el interés suscitado por nuestro trabajo¹ en la Vicesecretaría de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona². A continuación pasamos a responder o aclarar las dudas que se le plantean. Primero, las 296 visitas analizadas son todas las visitas en que enfermería fue el primer contacto sa-

nitario en el centro de asistencia primaria (CAP) durante el período analizado. Los pacientes que prefirieron visitarse con un médico no son objeto del análisis de este estudio y a nuestro entender tampoco son un factor de confusión atendiendo a dicho objetivo. Segundo, una reconsulta por el mismo motivo antes de 72 horas es un criterio de calidad aceptado³. En nuestro caso, lo limitamos a 48 horas por la idiosincrasia del centro: alta accesibilidad (93,2% de pacientes atendidos estaban empadronados en el área de referencia del área básica de salud –ABS–) y posibilidad de conocer si los pacientes consultan en otro centro médico de Girona (a través de la historia clínica compartida de Cataluña –HC3–). Tercero, los motivos de consulta analizados son todos los protocolizados (médicos o no) por el *Institut Català de la Salut* (ICS) donde se recogen los signos de alarma que indican la derivación a la consulta médica⁴. En las tablas del estudio se enumeran los motivos de consulta que valora enfermería y el porcentaje de re-consulta de cada uno. Evidentemente, no se trata de afirmar si los enfermeros son eficaces para atender consultas médicas o no, sino analizar su eficacia en atender motivos protocolizados por el ICS sin distinción del motivo de consulta. Cuarto, ya comentamos en la discusión del estudio que enfermería atendió inicialmente motivos no protocolizados que "deberían haberse derivado a la consulta médica". No obstante, también comentamos que "enfermería puede resolver otros motivos de consulta que se podrían consensuar y protocolizar" como ha hecho el ICS al aumentar dichos motivos de dieciséis (2009) a cuarenta y tres (2011). Algunos de los nuevos motivos protocolizados⁴ figuran entre los no protocolizados atendidos por enfermería en nuestro estudio (mareo, contusión, fiebre, etc.)³.

Los servicios sanitarios (no sólo enfermería) deberían estar sometidos a evaluaciones sistemáticas para conocer su eficacia, eficiencia y el grado de satisfacción de los ciudadanos y conocer estos análisis mediante publicaciones en revistas de prestigio. El primer nivel asistencial se basa en equipos de atención primaria (EAP) donde médicos y enfermeros (entre otros) trabajan coordinadamente para dar respuestas certeras a las demandas de los pacientes. En nuestra opinión, en este contexto de trabajo en equipo, demostrar que una profesión puede suplir a otra, estamos de acuerdo con la Dra. Alonso, es inaceptable.

Bibliografía

- 1 Pascual M, Gené E, Arnau R, Pelegrí M, Pineda M, Azagra R. Evaluación de la eficacia de enfermería en la resolución de las consultas urgentes en atención primaria. *Emergencias*. 2012;24:196-202.
- 2 Alonso L. La resolución de enfermería en las consultas urgentes de atención primaria. *Emergencias*. 2013;25:79-80.
- 3 Grupo de Trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. *Emergencias*. 2001;13:60-5.
- 4 Badosa P, Cebrián HM, Fabrelles N, et al. Grupo de trabajo. Manual de la gestión de la demanda. 2011. (Consultado 27 Octubre 2012). Disponible en: http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/gestio_demanda_espontania_2011.pdf.

Marta PASCUAL¹,
Emili GENÉ²,
Roser ARNAU³,
Margarida PELEGRÍ³,
Montserrat PINEDA³,
Rafael AZAGRA⁴

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Directora del Área Básica de Salud Arbúcies-St Hilari, Girona, España. ²Servicio de Urgencias. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell. Universitat Autònoma de Barcelona. Cerdanyola, España. ³Enfermería. Área Básica de Salud Arbúcies-St Hilari. ⁴Equipo de Atención Primaria, Badia del Vallès. USR-MNord-IDIAP Jordi Gol. Institut Català de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona. Cerdanyola, España.