

Epidemiología de la tentativa de suicidio en el Servicio de Urgencias

S. NOGUE; J. RUIZ; J. CARMONA; J. MILLA
Servicio de Urgencias. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona

Comunicación presentada al II Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias

Introducción

Los Servicios de Urgencias de Medicina, Cirugía y especialmente de Psiquiatría de los Hospitales, reciben diariamente pacientes que han realizado una tentativa de suicidio y que precisan asistencia médica o quirúrgica; tanto en uno como en otro caso, así como en aquellos pacientes que han acudido por una ideación autolítica, es el psiquiatra de guardia quién valora el riesgo de suicidio de estos pacientes y decide, tras haber recibido tratamiento médico-quirúrgico en aquellos casos en que éste era necesario, si procede el ingreso o el control ambulatorio.

El mecanismo utilizado para realizar estas tentativas es muy variable, influyendo diversos factores de índole social, étnico, familiar, profesional y personal. Las consecuencias de dichos actos sobre el estado de salud del individuo son, por ello, muy variables, oscilando desde la muerte instantánea a la ausencia de manifestaciones patológicas.

El objetivo de este trabajo ha sido conocer las características epidemiológicas de la población que acude a nuestro Centro por tentativas de suicidio, los mecanismos utilizados para realizarlas, la carga asistencial que ello representa para el Servicio de Urgencias y la evolución de estos pacientes.

Pacientes y método

Entre el 1 de agosto de 1987 y el 31 de julio de 1988, se han revisado todos los informes de asistencia del Servicio de Urgencias de nuestro Hospital, seleccionando

aquellos en los que el motivo de consulta estuviese relacionado con la realización de una tentativa de suicidio.

De estos pacientes se han estudiado como variables su edad, sexo, antecedente de tentativas previas, mecanismo utilizado para la tentativa y destino desde el Servicio de Urgencias.

Se han excluido los pacientes que acudieron a Urgencias por ideación autolítica, pero sin haber realizado tentativa, y los reconocidos cadáveres en los que no se realizaron maniobras de reanimación y que pasaron directamente al Instituto Anatómico Forense.

Los cálculos estadísticos para la comparación de frecuencias se han realizado por el método del chi cuadrado, considerando un riesgo alfa de 0.05.

Resultados

Se han incluido en el estudio 582 pacientes, lo que representa el 0,4% de los 139.970 enfermos que acudieron a Urgencias durante el mismo de tiempo.

Su media de edad fue de 32,5 años (extremos de 13 y 85 años), siendo el 55% mujeres (321 casos). La década de mayor incidencia fue la tercera (de los 21 a los 30 años), que englobó al 34% de los pacientes; el 24% de los casos tenía más de 50 años y un 10% eran menores de edad.

De los 407 pacientes en los que se ha podido valorar, el 29,5% tenían antecedentes de tentativas previas.

De las 560 tentativas en las que pudo precisarse con certeza el mecanismo utilizado para su realización, 433 (77%) emplearon tóxicos, 113 (20%) mecanismos no toxicológicos y 14 casos (2,5%) una combinación de ambos procedimientos (tabla I).

Cuando se utilizó un producto tóxico (sólo o combinado con otros métodos: 447 casos), 328 (73%) eligieron los medicamentos, 57 (13%) productos no medicamento-

Tabla I

PRINCIPALES MECANISMOS UTILIZADOS EN 560 TENTATIVAS DE SUICIDIO	
• Tóxicos	433
Medicamentos	328
Benzodiacepinas	211
A. tricíclicos	53
Fenitoína	28
Salicilatos	20
Paracetamol	9
No medicamentos	57
Productos domésticos	42
Productos industriales	6
Drogas de abuso	6
Productos agrícolas	4
Plantas	1
Medicamento + no medicamento	62
Benzodiacepina + etanol	30
• No Tóxicos	113
Flebotomía	60
Precipitación	30
Ahorcamiento	8
Arma de fuego	4
• Tóxico + No tóxico	14
Medicamento + flebotomía	9

tos y 62 (14%) una combinación de medicamento con un producto no medicamentoso que fue casi siempre el alcohol etílico.

De los 390 pacientes que tomaron medicamentos (solos o combinados con otros tóxicos o con otros métodos), 273 (70%) ingirieron psicofármacos y entre ellos, ocho de cada diez contenían benzodiacepinas.

De los 119 pacientes que tomaron productos tóxicos no medicamentosos (sólamente o combinados con otros métodos), 67 utilizaron drogas de abuso entre las que se ha incluido el etanol, que como se ha citado previamente, acompañaba con frecuencia la ingesta de medicamentos; cinco drogadictos se administraron una sobredosis de heroína con finalidad autolítica. Destacan también las into-

xicaciones por productos domésticos (42 casos) de las que el 50% se produjeron con lejía. En cambio, los productos de uso agrícola o industrial fueron muy poco utilizados.

De los 127 pacientes que intentaron el autolisis con mecanismos no toxicológicos, 71 (56%) recurrieron a la flebotomía, que habitualmente realizaron en sus antebrazos, 30 (24%) se precipitaron al vacío, 9 se arrojaron al paso del tren o del metro, 8 se suspendieron por el cuello y 4 se dispararon un arma de fuego.

La mayoría de los pacientes (61%) pudieron ser dados de alta a su domicilio en pocas horas, tras haber sido atendidos médicamente y haberse valorado el riesgo de recidiva por el psiquiatra de guardia. Otros 215 casos precisaron el ingreso, la mayoría en la sala de psiquiatría, al-

gunos en plantas de observación, de medicina o cirugía, y una minoría (31 casos, es decir, el 5%) hubieron de ser admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos, por la severa afectación de su homeostasis. El mecanismo utilizado para realizar la tentativa ha sido el factor que más se ha relacionado con la evolución, ya que entre los intoxicados, la proporción de los que van a domicilio en pocas horas, ingresan o mueren es del 64, 35 y 1%, mientras que en las tentativas no toxicológicas estos porcentajes son del 53, 43 y 5% respectivamente.

Sólo 10 casos fallecieron en el Servicio de Urgencias. La media de edad de este grupo fue de 47 años (extremos de 21 y 67 años), destacando el predominio de los medios no toxicológicos para la realización del suicidio: 3 precipitados al vacío, 1 al metro, 1 por arma de fuego y otro por ahorcamiento; cuando se valoran los mecanismos toxicológicos de este grupo (2 con cianuro y 1 con salfamán), destaca la ausencia de medicamentos.

Discusión

La tentativa de suicidio es aparentemente una causa poco frecuente de consulta en los Servicios de Urgencias (0'4%), pero su incidencia relativa es semejante a otras patologías reconocidas como frecuentes, como son el cólico hepático y la apendicitis, y mayor que la prevalencia del infarto de miocardio o de anxitis.¹

Se sigue confirmando la prevalencia de esta conducta entre los jóvenes, ya que más de la mitad de los casos tenía menos de 30 años, y sólo el 7% superaba los 60 años. En cambio, hay que ir desmitificando el predominio de las mujeres, pues aunque este es el colectivo predominante, la proporción era de 5:4, sin que esta diferencia tuviera significación estadística.

También destaca la elevada prevalencia (30%) de tentativas previas, particularmente frecuente en los pacientes de sexo masculino (40%), que confiere siempre al alta médica de estos pacientes, una decisión de riesgo. En otras series de la literatura, la prevalencia de tentativas previas oscila entre el 12 y el 40%.²⁻⁴

Respecto a los mecanismos utilizados para realizar estas tentativas, el hecho más destacado es la utilización del agente tóxico en casi un 80% de los casos. A su vez, 9 de cada 10 tentativas toxicológicas utilizaron los medicamentos, en particular los psicofármacos y muy especialmente las benzodiazepinas. Este fenómeno de la utilización de los tóxicos tiene, sin duda, unas raíces sociológicas complejas, a las que en estos últimos 30 años se han añadido también importantes factores farmacéutico-comerciales. Asociado al fenómeno tóxico, tenemos en general un mejor pronóstico, al cual contribuyen simultáneamente otros elementos como la mejora asistencial en los Servicios de Urgencias, la posibilidad de ingreso en Unidades de Intensivos, el uso de antidotos y las técnicas de depuración extrarrenal.

Además de los medicamentos destaca en esta serie la participación del alcohol etílico, que casi siempre acompañaba a los psicofármacos en el intento, y cuyas propiedades farmacológicas (desinhibición) pudieron jugar algún papel como precipitante del acto suicida al tiempo que potenciaban peligrosamente la depresión del SNC; en ningún caso el alcohol fue el único mecanismo utilizado para intentar el acto suicida. Entre los productos no medicamentosos llama la atención la participación de los productos domésticos y muy en particular la lejía que afortunadamente, tiene desde el punto de vista toxicológico un mejor pronóstico que el salfamán.

Entre los mecanismos no toxicológicos destaca aún por su frecuencia un método que podríamos considerar clásico, la flebotomía. Tampoco es despreciable la prevalencia de precipitados que, como luego se tendrá ocasión de comprobar, comporta casi siempre un pronóstico de gravedad.

Se ha investigado si existía una relación entre el sexo y la edad de los pacientes y la utilización o no de los mecanismos toxicológicos. El resultado ha sido que la media de edad en ambos grupos es prácticamente la misma, pero en cambio hay una diferencia significativa en relación al sexo ($p < 0'02$), ya que los hombres utilizan con mayor frecuencia mecanismos no toxicológicos, los cuales suelen considerarse, en general, como más violentos (precipitación, ahorcamiento, etc).

Finalmente, en lo que hace referencia al destino de estos enfermos, debe destacarse que el 61% pudieron ser remitidos a su domicilio en pocas horas. El 37% precisó el ingreso o por su enfermedad psiquiátrica de base, o por el riesgo de recidiva de la tentativa, o por complicaciones médicas o quirúrgicas de su acto suicida; de los que ingresaron, el 14% lo hicieron en Unidades de Cuidados Intensivos por el deterioro al que llegaron sus funciones vitales.

Sólo se han registrado 10 fallecimientos (1'7%) en el propio Servicio de Urgencias, pero no disponemos del posterior seguimiento hospitalario de los enfermos ingresados, aunque por estudios de similares características realizados previamente sabemos que la inmensa mayoría de ellos evolucionan bien; sólo es en el subgrupo de enfermos que han de ser admitidos en UCI, donde la mortalidad puede llegar al 10% (5), de lo que puede deducirse que la mortalidad global de una serie de pacientes con tentativas de suicidio admitidas con vida en el Servicio de Urgencias de un Hospital debe oscilar alrededor del 2'2%. Al manejar estas cifras, no pueden olvidarse las tentativas consumadas que ya no llegan a Urgencias, y que pasan directamente a los Institutos Anatómicos Forenses; en el de Barcelona, en 1987, se registraron 170 casos.

Con todos estos datos, y en base a la zona de influencia de nuestro Hospital, puede estimarse que en el área metropolitana de Barcelona (unos 3 millones de habitan-

tes), se producen anualmente no menos de 3.000 tentativas de suicidio y unos 200 suicidios consumados.

Este estudio demuestra, una vez más, la elevada prevalencia de tentativas de suicidio en una población urbana como la de Barcelona, y que la tasa de suicidios consuma-

dos en relación a las tentativas es aproximadamente de 1:15. El medio utilizado con mayor frecuencia para realizar estas tentativas es la intoxicación medicamentosa, lo cual constituye el factor más importante para justificar la evolución mayoritariamente favorable de estos pacientes.

Bibliografía

1.- Camp J. Contribución al estudio de algunos factores peristásicos y su influencia en la distribución epidemiológica de las Urgencias. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona, 1986.

2.- Ausina V, Anguera I. Aportación a la epidemiología de las tentativas de suicidio en la ciudad de Barcelona. Med. Clin. (Barc) 1975; 64: 452-456.

3.- Pérez E, Minoletti A, Blouin J. Suicidal behavior in

the emergency room. Can Fam Physician 1985; 31: 1663-66.

4.- Castellón JJ, Tejedor C, Pericay JM, et. al. Intento de suicidio y otras urgencias psiquiátricas en el Servicio de Urgencias del Hospital general. Sant Pau 1981; 2: 145-151.

5.- Nogué S, Laborde A, Nadal P, Bertrán A y Millá J. Tentativa de suicidio como causa de ingreso en cuidados intensivos. Rev Clin Esp 1988; 183: 74-77.