



Características clínicas y sociodemográficas de las tentativas de suicidio admitidas en una unidad de Cuidados Críticos

Beatriz Fores-Navales^a, Paula Díez-Fores^a, Luciano Aguilera-Celorrio^a

(a) Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. Bizkaia

Recibido el 17 de julio de 2014; aceptado el 30 de noviembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Tentativa suicidio.
Cuidados críticos.
Epidemiología.
Ventilación mecánica invasiva.
Drogas vasoactivas.

Resumen: *Introducción:* El propósito del estudio consistió en establecer la incidencia de las tentativas de suicidio en la Unidad de Cuidados Críticos (UCC) de nuestro hospital, describir las características de los pacientes, conocer la utilización de los recursos sanitarios que precisaron y la evolución de los mismos. *Material y métodos:* Estudio descriptivo y análisis retrospectivo de casos clínicos realizado en la UCC del Hospital Universitario Basurto, de nivel terciario. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron consecutivamente en la UCC con diagnóstico de intento de suicidio durante el periodo de un año. Se registraron datos demográficos, método de tentativa de suicidio, antecedentes psiquiátricos, tóxicos presentes en sangre y/o orina, tipo de tratamiento intensivo que requirieron, tiempo de estancia y evolución en la UCC. *Resultados:* La muestra comprendió 13 pacientes: 54% mujeres y 46% hombres. Todos los pacientes tenían antecedentes psiquiátricos y 7 de ellos habían presentado un intento autolítico previo. El método autolítico empleado fue en 12 casos intoxicación por fármacos y en un caso precipitación. 8 pacientes requirieron ventilación mecánica invasiva, 3 utilización de drogas vasoactivas y uno terapia de hemodiafiltración renal. La estancia media global fue 2,57 días. 11 pacientes tuvieron evolución favorable y 2 fallecieron. *Conclusiones:* Los intentos autolíticos suponen alrededor de un 2,25 % de todas las admisiones en nuestra UCC. El tratamiento intensivo más utilizado fue la ventilación mecánica invasiva. La estancia media de la muestra resultó aproximadamente la mitad de la estancia media global que presenta la UCC. La epidemiología de los pacientes no difiere del conjunto de los individuos que realizan tentativas de suicidio.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

Epidemiological and clinical features of suicide attempts admitted to the Critical Care unit

Abstract: *Background:* The aim of the study was to ascertain the incidence of suicide attempts in the critical care unit (CCU) of our hospital, to describe the epidemiological features of the patients, to know the utilization of clinical resources and the outcome in patients. *Material and methods:* Descriptive survey and retrospective analysis of clinical records in a Critical Care Unit of tertiary teaching Hospital. Consecutive patients admitted to the CCU with suicide attempt over one year were reviewed. Demographics, attempt method, underlying psychiatric disorders, toxicology results, intensive treatment, admission duration and outcome were recorded. *Results:* A total of 13 patients were included: 54 % females and 46% males. All patients had prior psychiatric history and 7 had previous suicide attempt. Drug intoxication was the most prevalent suicide attempt method (12 patients), and precipitation in one case. Mechanical ventilation was required in 8 patients, vasoactive agents in 3, and one patient were treated with haemodialysis. The mean stay was 2,57 days. 11 patients were discharged from CCU and 2 died. *Conclusion:* Suicide attempts represented 2,25% of total CCU admissions. The most prevalent intensive therapy required was mechanical ventilation. The mean stay was half of the global mean stay in the CCU. Epidemiology of the patients was similar to the set of patients who committed suicide attempts.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

KEYWORDS

Suicide attempt.
Critical care.
Epidemiology.
Mechanical ventilation.
Vasoactive agents.

Zainketa Kritikoen unitate batean onartutako suizidio ahaleginen berezitasun kliniko eta soziodemografikoak

Laburpena: *Sarrera:* Gure Ospitaleko Zainketa Kritikoen Unitatean (ZKU) artatutako suizidio ahaleginen intzidentzia ezagutzeko helburuarekin egin zen ikerketa hau. Aldi berean pazienteen berezitasunak, bilakaera eta erabilitako baliabide sanitarioak eza-gutu nahi genituen. *Material eta metodoa:* Hirugarren mailakoa den Basurtuko Ospitaleko Zainketa Kritikoetako Unitatean, kasu klinikoaren ikerketa deskriptibo eta atzera begirakoa egin zen. Urte beteko epean, bata bestearen jarraian Zainketa Kritikoen Unitatean, suizidio ahaleginaren diagnostikoarekin ingresatutako paziente guztiak aztertu ziren. Datu demografikoak, suizidio ahaleginetarako erabilitako modua, aurrekari psikiatrikoak, odolean edo gernuan aurkitutako toxikoak, behar izan zuten tratamendu intentsiboa, Unitatean emandako egonaldia eta bilakaera jaso ziren. *Emaitzak:* 13 paziente izan ziren: emakumeak %54 eta gizonezkoak %46. Paziente guztiek aurrekari psikiatrikoak zituzten eta 7 pazienteren kasuan, beste ahalegin autolitiko bat izana zuten. Erabilitako metodo autolitikoa 12 kasutan farmakoak izan ziren eta kasu batean bere burua botatzea. 8 pazientek aireztatze mekaniko inbaditzailea behar izan zuten, hiruk medikamentu basoaktiboak eta batek giltzurruneko hemofiltraziozko terapia. Batazbesteko egonaldia 2,57 egunekoa izan zen. 11 pazienteren bilakaera onerakoa izan zen eta 2 hil gin ziren. *Ondorioak:* Ahalegin autolitikoak gure Zainketa Kritikoen Unitatean onartutako paziente guztien %2,25 dira. Erabilitakoa tratamendu intentsiborik usuena, aireztapen mekaniko inbaditzailea izan zen. Paziente hauen batazbesteko egonaldia, Unitateak duen batazbesteko egonaldi orokorraren erdia izan da. Ikerketa honetako pazienteen epidemiologia, orokorrean suizidio ahaleginak egiten dituztenen berdina da.

© 2014 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

Suizidio ahalegina.
Zainketa Kritikoak.
Epidemiologia.
Aireztatze Mekaniko
Inbaditzailea.
Droga Basoaktiboak.

Introducción

El suicidio es un problema importante de salud pública en todo el mundo. La Organización Mundial de la salud (OMS) ha publicado que cada año casi un millón de personas muere por suicidio. En los últimos 45 años, la tasa de suicidio se ha incrementado en torno a un 60% en todo el mundo, especialmente en hombres entre 15 y 44 años y en aquellos con depresión y abuso de drogas y alcohol. Estos datos no incluyen los intentos de suicidio,

los cuales llegan a ser 20 veces más frecuentes que los suicidios consumados¹.

En Estados Unidos aproximadamente 37.000 personas se suicidan cada año y 650.000 reciben tratamientos de emergencia por tentativa de suicidio².

En Japón el número de suicidios excede los 30.000 casos al año, con una tasa permanente en torno a 25 por cada 100.000 individuos desde 1998; siendo la tasa más elevada de los países desarrollados³.

En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la tasa de suicidios en 2012 se situó en 7,6 por cada 100.000 individuos, es la tasa más alta desde 2005 y un 11,3% más elevada que la del año 2011⁴.

Los trastornos mentales y el suicidio provocan un profundo impacto en la sociedad y requieren métodos de detección e intervención adecuadamente validados⁵. Está bien establecido que quienes experimentan altos niveles de dificultad en las relaciones interpersonales se encuentran en situación de alto riesgo de desarrollar desórdenes mentales y comportamiento suicida, incluida la ideación y los intentos suicidas⁶⁻⁸.

La ideación y el comportamiento suicida están entre las más serias y comunes emergencias psiquiátricas. Un estudio reciente realizado en Canadá muestra que los adultos con tipos de relaciones poco sólidas e inseguras presentan un riesgo incrementado de ideación o tentativas suicidas porque este tipo de unión propicia alteraciones del ánimo, ansiedad, abuso de drogas, pérdida de control de impulsos y desórdenes alimentarios⁹.

Los hospitales generales que cuentan con unidades de cuidados críticos, urgencias psiquiátricas y unidades de ingreso para pacientes psiquiátricos reciben anualmente gran número de intentos de suicidio. Los pacientes son inicialmente tratados en las salas de urgencia y dados de alta a casa u hospitalizados. En este último caso, el paciente será ingresado bien en una unidad de cuidados críticos o en una sala de los servicios de psiquiatría. Los estudios muestran que aproximadamente un tercio de los pacientes con tentativa de suicidio son ingresados en un hospital y entre un 5-10% precisan tratamiento en unidades de cuidados críticos^{10,11}.

Los intentos autolíticos son una emergencia psiquiátrica. Las tasas de suicidios, sin embargo, pueden subestimar la verdadera magnitud del problema por una mala clasificación de los registros de las causas de defunción debido a estigmas sociales o legales. El suicidio es la décima causa de muerte en el mundo⁵. Los factores de riesgo incluyen problemas socioeconómicos y enfermedad psiquiátrica; particularmente depresión, abuso de sustancias, y trastornos de ansiedad¹².

En el año 2012 el suicidio fue la principal causa externa de mortalidad en España. Entre las personas de 25 a 34 años es la segunda causa global de muerte tras los tumores (según el INE).

Se estima que hay entre 10 y 40 intentos de suicidio no fatales por cada suicidio consumado^{13,14}.

El propósito de este estudio es estudiar los pacientes que ingresaron en una unidad de cuidados críticos (UCC) de un hospital terciario con diagnóstico de intento de suicidio durante un periodo de un año. Se evaluó el método empleado para llevar a cabo el intento autolítico, los antecedentes psiquiátricos, el tipo de tratamiento intensivo que precisaron y la evolución durante el ingreso en la citada unidad de cuidados críticos.

El objetivo del estudio consistió en establecer la incidencia de este tipo de patología en la UCC de nuestro hospital, describir las características clínicas y psiquiátricas de los pacientes, conocer la utilización de los recursos sanitarios que precisaron y la evolución de los mismos.

Pacientes y métodos

Los datos recogidos forman parte del protocolo de ingreso en la unidad de críticos; no se llevó a cabo ninguna intervención clínica ni terapéutica por lo que no fue preciso el consentimiento informado de los pacientes.

El ámbito de estudio fue la UCC del Hospital Universitario Basurto, de nivel terciario que consta de 790 camas. La UCC es una unidad polivalente médico-quirúrgica y traumatológica que tiene 13 camas.

Se recogieron datos de los pacientes ingresados durante un periodo de un año, que comprendió desde el 1 de marzo de 2013 hasta el 1 de marzo de 2014.

Se incluyeron los pacientes que ingresaron en la UCC con diagnóstico de intento de suicidio durante el periodo de estudio establecido. Se excluyeron aquellos pacientes que presentaron intoxicación por drogas y/o alcohol sin intención autolítica y los que ingresaron por reacciones adversas a medicamentos.

Se tuvieron en cuenta para el estudio: datos demográficos, método de tentativa de suicidio utilizado, antecedentes psiquiátricos, estudio de tóxicos analizados en sangre y orina, tipo de tratamiento intensivo que requirieron, tiempo de estancia y evolución durante su estancia en la UCC.

Durante el periodo de estudio ingresaron 13 pacientes en la UCC con diagnóstico de intento autolítico. Las características de la muestra fueron las siguientes: de los 13 pacientes 7 fueron mujeres y 6 hombres. La edad media del grupo fue 39 años. Destaca la diferencia en la edad media entre hombres y mujeres; siendo la de los hombres 50,5 y la de las mujeres 29,14. Se excluyeron otros 9 pacientes que presentaron intoxicación por drogas y/o alcohol pero sin intención autolítica.

Todos los pacientes tenían antecedentes psiquiátricos y 7 de ellos habían presentado un intento autolítico previo.

En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos de los pacientes, la depresión y los trastornos adaptativos y de personalidad fueron las patologías más frecuentes. En la Tabla I se muestran los diagnósticos psiquiátricos previos de los pacientes de la muestra.

Resultados

La incidencia de los intentos autolíticos en nuestra UCC fue 2,25% del total de ingresos en la unidad durante el intervalo de tiempo estudiado. Dado que nuestra UCC es una unidad mixta que recibe pacientes tanto postquirúrgicos como médicos, estos 13 pacientes representaron el 5,05 % de todos los ingresos médicos de la unidad.

El método autolítico empleado fue en 12 casos intoxicación por fármacos y en un caso precipitación.

De los 12 casos de intoxicación farmacológica: 9 fueron intoxicaciones múltiples con 2 o más fármacos (75%) y 3 con una sola sustancia: 1 por antidepresivos, otra por paracetamol y la tercera por metanol.

Las drogas más utilizadas resultaron ser, en primer lugar las benzodiacepinas, seguidas de los antidepresivos y el alcohol. En todos los casos coincidió la información toxicológica aportada en la historia clínica con las determinaciones analíticas realizadas en muestras de

15,38%; siendo la mortalidad global de la Unidad de Cuidados Críticos un 14,9%.

Discusión

1 Epidemiología de los intentos autolíticos

En 2006 hubo 211 tentativas de suicidio en España, de las cuales el 56% las llevaron a cabo mujeres y el 44% hombres. Las causas más frecuentes fueron envenenamientos seguidas de precipitaciones y el grupo de edad de mayor incidencia fue el comprendido entre 20 y 49 años registrando el 74% de los casos. La Estadística de suicidio se ha realizado ininterrumpidamente desde 1906 hasta 2006. Con periodicidad anual, ha recogido información tanto de los suicidios consumados como de las tentativas, estudiando el acto del suicidio con todas las circunstancias de tipo social que puedan tener interés. Desde 2007, siguiendo los estándares internacionales en la materia, se ha adoptado la decisión de suprimir los boletines del suicidio, y obtener la información estadística relativa al suicidio a partir de la información que ofrece el boletín de defunción judicial que se utiliza para la Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Por este motivo no es posible llevar a cabo una comparación con datos más recientes.

Los datos aportados en nuestro estudio están en concordancia con estas cifras ya que un 54% de los casos fueron mujeres y un 46% hombres. La edad media de nuestro grupo fue de 39 años. Es particularmente interesante comprobar que nuestra muestra, que recoge los casos de intentos autolíticos más severos, presenta una estadística reflejo de la epidemiología global de este trastorno.

La mayoría de los trabajos publicados destacan que, globalmente las tentativas de suicidio son más comunes en mujeres, mientras que los comportamientos relacionados con suicidio en hombres tienden a ser más serios, resultando en suicidios consumados en muchos casos^{15,16}. Psicológicamente hablando, en algunos casos, los comportamientos relacionados con el suicidio no siempre significan que el paciente quiera morir, sino que el acto es una señal inconsciente de alarma; y esto es particularmente notable en mujeres¹⁷. Cuando los supervivientes de un intento autolítico son entrevistados, sólo dos tercios de ellos tienen pensamientos suicidas. La mayoría de los ingresados en un hospital por sobredosis no esperan morir y el autodaño es a menudo impulsivo y decidido solamente minutos antes de llevarse a cabo¹².

Según un estudio reciente de la OMS la mayoría de las tentativas de suicidio se dan en mujeres en prácticamente todas las áreas del mundo excepto en Filipinas y la mayor proporción de muertes por suicidio ocurren en hombres¹⁸.

2 Factores de riesgo y método de tentativa de suicidio

La enfermedad psiquiátrica es un predictor fuerte de suicidio¹⁹. Los intentos de suicidio previos, especialmente los serios, constituyen un riesgo mayor de suicidio; aunque la mayoría de los supervivientes siguen

vivos 5 años después del intento autolítico¹².

De acuerdo con la literatura revisada más del 90% de los pacientes que han realizado tentativas de suicidio estaban diagnosticados de un desorden psiquiátrico mayor y el 95% de los que consumaron el suicidio presentaron trastorno psiquiátrico²⁰.

En nuestro estudio todos los pacientes tenían enfermedad psiquiátrica previa y el 54% presentaron intento autolítico previo.

Un metaanálisis encontró que el riesgo de suicidio es de un 8,6% en pacientes que habían sido ingresados por ideas de suicidio, 4% en aquellos ingresados por trastorno afectivo sin ideación suicida, 2,2% en pacientes psiquiátricos ambulatorios y menos de un 0,5% en la población general²¹. Pero incluso en la población general, con tasa baja de suicidios, las alteraciones psiquiátricas son frecuentes¹².

Un estudio realizado en EE. UU. publicó una tasa de 25 intentos de suicidio por cada suicidio consumado destacando, que a pesar de que hay muchos estudios sobre suicidios, la epidemiología de los intentos autolíticos está poco definida. Según este trabajo, el 86% de los casos presentaban enfermedad psiquiátrica siendo las más frecuentes los trastornos afectivos seguidos del abuso de drogas; la asociación más fuerte se estableció entre trastornos de personalidad y autolesión. La mayoría de los intentos suicidas fueron llevados a cabo por mujeres y el método utilizado fue la sobredosis de fármacos²².

Mientras que la depresión es un antecedente bien establecido; otras patologías como el comportamiento antisocial o la dependencia de sustancias puede ser infrarreconocidas. Los trastornos de personalidad están ampliamente extendidos en individuos que se infringen autolesiones¹².

En otro estudio realizado en Holanda se estableció que los factores de riesgo para el comportamiento suicida incluían: sexo femenino, jóvenes, bajo nivel educacional, trauma infantil, y alteración mental previa²³.

En nuestra muestra, la patología psiquiátrica más frecuente fue la depresión seguida de los trastornos de personalidad. Estos resultados están en concordancia con los presentados por otros autores que afirman que los trastornos del ánimo fueron las patologías previas más frecuentemente observadas en pacientes que presentaron intentos autolíticos que requirieron hospitalización en centros críticos²⁴.

En la misma línea, Walker et al²⁵ encontraron que el 71,4% de los pacientes de su estudio presentaban diagnóstico previo de depresión.

En relación a los intentos previos de suicidio Haukka et al¹⁴ señalaron que el factor predictivo aislado de suicidio más fuerte es la historia previa de intento autolítico. Los pacientes con historia previa de tentativas de suicidio son 5 ó 6 veces más proclives a cometer otro nuevo intento; además hasta el 50% de las víctimas han presentado un intento previo²⁶. Uno de cada 100 supervivientes de intento de suicidio morirá por suicidio dentro del primer año del intento, un riesgo aproximado 100 veces mayor que el de la población general²⁷.

En el trabajo de Walker et al²⁵ sobre pacientes con intentos autolíticos que ingresaron en un departamento de urgencias, el 56,6% de los pacientes habían presentado un intento autolítico previo; dato éste semejante al nuestro, aunque nuestro grupo se trataba de pacientes ingresados ya en la UCC. Sverrisson et al²⁸ publicaron que el 61% de los pacientes admitidos en la unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario en Islandia por tentativa de suicidio, tenían historia previa de intentos autolíticos.

Volviendo al trabajo de Walker et al²⁵, los autores apuntan que el método más común de intento de suicidio fue la sobredosis de drogas (66,3%), seguida de la laceración. No obstante, los métodos varían dependiendo de los países siendo el ahorcamiento el más común en todo el mundo. Se ha publicado que los hombres usan preferentemente armas y las mujeres prefieren la sobredosis de drogas¹⁶. Otro estudio concluye que en las Islas del Pacífico la mayoría de los suicidios se producen por ahorcamiento, mientras en otras partes del mundo la inhalación de monóxido de carbono, las armas de fuego, la ingestión de venenos y la sobredosis de drogas son los métodos más utilizados¹⁸.

En el presente estudio la intoxicación o sobredosis de drogas fue el método más empleado; sólo hubo un caso de precipitación que también estaba en relación con el consumo de drogas. Estos datos concuerdan, así mismo, con los del Instituto Nacional de Estadística que apunta que el método más empleado es el envenenamiento seguido de la precipitación desde alturas.

En cuanto a los tóxicos empleados, las benzodiazepinas fueron en este estudio los más utilizados, seguidos de los antidepresivos. La mayoría de los pacientes (70%) presentaron intoxicación múltiple. Varios estudios aportan resultados semejantes. Un estudio sobre pacientes ingresados en UCC por sobredosis de drogas informó sobre un 51% de uso de benzodiazepinas y un 55% de los casos con más de una droga²⁹. Otro trabajo también en pacientes admitidos en cuidados críticos comunicó que las benzodiazepinas fueron las drogas más usadas, seguidas de opiáceos y antidepresivos tricíclicos y que el 65% de los casos presentaban intoxicación múltiple³⁰.

En un estudio realizado en Dinamarca sobre un periodo de observación de 10 años y publicado en 1991, se observó que la frecuencia de intoxicación con barbitúricos mostró un descenso mientras que aumentó la incidencia en el uso de acetaminofen, alcohol y productos químicos³¹.

Resulta atípica la conclusión de un trabajo publicado en 2013 y llevado a cabo en la UCC de un hospital de Sudáfrica, en el que se recoge que la causa más frecuente de intoxicación voluntaria se debió al uso de inhibidores de la colinesterasa (55%), aunque dicho grupo de pacientes tuvo una tasa de mortalidad inferior al resto³².

Dado que la depresión es el diagnóstico más frecuentemente asociado con los intentos de autolisis, y las benzodiazepinas y los antidepresivos, las drogas principalmente implicadas, se plantea si el acceso a estas drogas utilizadas para el tratamiento y el efecto activador del antidepresivo favorecen este tipo de comportamien-

tos. En este sentido un estudio realizado en Hungría niega dicha asociación y afirma que el tratamiento previene el 80% del riesgo de suicidio y de las tentativas del mismo y que el comportamiento suicida en los pacientes que toman antidepresivos es principalmente debido a la falta de efecto antidepresivo de la droga y raramente el resultado del potencial inductor de suicidio del fármaco³³.

En relación a la controversia sobre la posibilidad de que los inhibidores de recaptación de la serotonina incrementen el riesgo de suicidio y autolesión, hay dos estudios que no muestran evidencia de tal riesgo en adultos comparado con pacientes a los que se prescriben antidepresivos tricíclicos^{34,35}. Sin embargo, hay una débil evidencia de riesgo aumentado de autolesión en individuos menores de 19 años que toman inhibidores de recaptación de serotonina³⁵.

Por otra parte, Raja et al³⁶ consideran que en pacientes con riesgo de suicidio inminente los antidepresivos no se deben considerar como tratamiento estándar y que los estabilizadores del ánimo y los antipsicóticos de segunda generación pueden resultar efectivos.

3 Intentos autolíticos en las UCC

Hay pocos estudios actuales sobre la epidemiología de los intentos autolíticos que precisan ingreso en las unidades de cuidados críticos. La mayoría de ellos se han llevado a cabo sobre pacientes admitidos en estas unidades con diagnóstico de intoxicación farmacológica y/o por drogas, pero sin diferenciar si la causa era autolítica o accidental.

Del total de los ingresos en nuestra UCC durante el periodo establecido, los intentos autolíticos supusieron un 2,25% del total y un 5,05% de los pacientes médicos. Otros datos publicados al respecto indican unas tasas del 17%, 10,2% y 4%^{32,37,28} en estudios referidos a intentos autolíticos ingresados en las UCC y cifras del 13,8% y 6%^{38,30} en estudios relacionados con ingresos en UCC por sobredosis de drogas sin diferenciar entre tentativas de suicidio o intoxicaciones accidentales.

En cuanto a la cifra absoluta de pacientes ingresados en UCC por intentos autolíticos en la literatura revisada hemos encontrados datos semejantes a los nuestros; 11 pacientes al año en un estudio realizado en Alemania, 12,4 en otro llevado a cabo en Turquía y el último con cifra algo superior; 21 en un hospital de Tel Aviv^{39,40,29}.

De acuerdo con algunos estudios un 22% o un 17% de los pacientes que acuden al hospital con sobredosis de drogas precisan ingreso en una UCC^{38,29}. Las causas son necesidad de ventilación mecánica y monitorización de funciones vitales³⁹.

Con referencia a los tratamientos invasivos que precisaron los pacientes, los datos referidos en la literatura están en consonancia con los de nuestro estudio; así encontramos cifras de utilización de ventilación mecánica invasiva en un 52%, 79% o 51%^{37,38,29}; administración de drogas vasoactivas en un 18%³⁰ y hemodiálisis en un 7%³⁰. Clark et al⁴¹ en un estudio sobre epidemiología y evolución de pacientes ingresados en una UCC con diagnóstico de autointoxicación con fines autolíticos o no,

publican que el 69% precisaron ventilación mecánica, un 6% soporte inotrópico y un 6% terapia de reemplazamiento renal. En general, el tratamiento es sintomático para aportar apoyo respiratorio y circulatorio; así como antibioterapia, antídotos y en algún caso terapias de sustitución renal.

En cuanto a la mortalidad en UCC de los intentos autolíticos hay cifras muy dispares que oscilan desde un 2%^{30,38,39}, pasando por valores semejantes a los de nuestra muestra en torno al 18%^{37,40}, hasta un 27% de un estudio publicado en México en 1999⁴². No obstante hay que tener en cuenta que en este último trabajo la tasa de mortalidad se refiere a todos los pacientes intoxicados incluidos los accidentalmente, aunque estos últimos supusieron solamente un 7% del total.

En la Tabla III se resumen los datos de algunos de los trabajos revisados en la literatura.

En conclusión, hemos encontrado que los intentos autolíticos suponen alrededor de un 2,25% de las admisiones en la UCC. Un elevado número de pacientes precisan ventilación mecánica, mientras que pocos requieren otros tratamientos intensivos adicionales. La estancia media de esta muestra fue aproximadamente la mitad de la estancia media global que presenta la unidad. La epidemiología de los pacientes que llevan a cabo intentos autolíticos graves que requieren ingreso en una UCC no difiere del conjunto de los individuos que realizan tentativas de suicidio.

Declaraciones de autoría

Todos los autores han participado en la concepción y el diseño del estudio, en la adquisición de datos y en el análisis y la interpretación de los mismos. Asimismo, todos ellos han aprobado la versión final para su publicación.

Financiación

Este estudio no ha sido financiado por ningún organismo ni ha recibido subvenciones o cualquier otro tipo de apoyo financiero.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- 1 World Health Organization. WHO suicide prevention. [internet] from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en (accessed Oct.2013).
- 2 US Burden of Disease Collaborators. The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. JAMA 2013; 310-591.
- 3 World Health Organization: Country reports and charts available. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html.
- 4 <http://www.ine.es/jaxi/menu>.
- 5 Hawton K, van Heeringer K. Suicide. Lancet 2009; 373:1372-1381.
- 6 Shaver PR, Schachner DA, Mikulincer M. Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship process, and depression. Pers Soc Psychol Bull 2005; 31: 343-359.
- 7 Stepp SD, Morse JQ, Yaggi KE, Reynolds SK, Reed LI, Pilkonis PA. The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviours. Suicide Life Threat Behav 2008; 38:592-607.
- 8 Surcinelli P, Rossi N, Montebanacci O, Baldaro B. Adult attachment styles and psychological disease: examining the mediating role of personality traits. J Psychol 2010; 144: 523-534.
- 9 Palitsky D, Mota N, Affifi TO, Downs AC, Sareen J. The association between adult attachment style, mental disorders and suicidality. J Nerv Men Dis 2013; 201 (7):579-586.
- 10 Doshi A, Boudreaux ED, Wang N, Pelletier AJ, Camargo CA Jr. National study of US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1997-2001. Ann Emerg Med 2005; 46(4): 369-375.

Tabla III.
Resumen de datos de algunos de los trabajos realizados.

Autores	Leykin et al. 1989²⁸	Henderson et al. 1993³⁷	Gunawardana et al. 1997³⁶	Cretikos et al. 2003²⁹	Clark et al. 2011⁴⁰	Estudio actual. 2014
Ventilación mecánica invasiva	51%	79%	52%		69%	61,5%
Empleo inotropos				18%	6%	23%
Sustitución renal				7%	6%	7,7%
Mortalidad en UCC		2%	18%	2%		15,3%
Porcentaje de los ingresos en UCC*		13,8%	10,2%	6%		2,25%

*UCC: Unidad de Cuidados Críticos

- 11 Taylor DM, Cameron PA, Edey D. Recurrent overdose: patient characteristics, habits, and outcomes. *J Accid Emerg Med* 1998; 15(4):257-261.
- 12 Skegg K. Self-harm. *Lancet* 2005; 366 (9495):1471-1483.
- 13 Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997; 337:910.
- 14 Haukka J, Souminen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol* 2008; 167: 1155.
- 15 Skogman K, Alsen M, Öjehagen A. Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide-a follow up study of 1052 suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:113-120.
- 16 Oda S, Higashi T. Current status of research on suicide and suicide prevention in foreign countries. *J Nahl Inst Public Health* 2003; 52.
- 17 Suzuki H. The realities of attempted suicides at the emergency service of a university hospital. *J Clin and Experiment Med* 2003; 55-58.
- 18 De Leo D, Milner A, Fleischmann A, Bertolote J, Collings S, Amadeo S et al. The WHO START study: suicidal behaviours across different areas of the world. *J Crisis Intervention and Suicide* 2013; 34(3): 156-163.
- 19 Tidemalm D, Långstrom N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ* 2008; 337:a2205.
- 20 Litman RE. Suicides: What do they have in mind?. In: *Suicide: Understanding and Responding*. Jacobs D, Brown HN (Eds), International Universities Press, Madison 1989. P.143.
- 21 Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157(12): 1925-1932.
- 22 Weber NS, Fisher JA, Cowan DN, Postolache TT, Larsen RA, Niebuhr DW. Descriptive epidemiology and underlying psychiatric disorders among hospitalizations with self-directed violence. *PLoS ONE [Electronic Resource]* 2013; 8(3):1.
- 23 Ten Have M, van Dorsselaer S, de Graaf R. Prevalence and risk factors for first onset suicidal behaviours in Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *J of Affective Disorders* 2013; 147(1-3): 205-211.
- 24 Kudo K, Otsuka K, Endo J, Yoshida T, Isono H, Yambe T et al. Study of the outcome of suicide attempts: characteristics of hospitalizations in a psychiatric ward group, critical care center group, and non-hospitalized group. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 4. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/4>.
- 25 Walker X, Lee J, Koval L, Kirkwood A, Taylor J, Gibbs J et al. Predicting ICU admissions from attempted suicide presentations at an emergency department in Central Queensland. *Australasian Med J* 2013; 6(11): 536-541.
- 26 Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of retrospective study. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:249.
- 27 Hawton K. Suicide and attempted suicide. In: *Handbook of Affective Disorders*, 2nd ed, Pankel, ES (ed), Guilford, NewYork 1992. P.635.
- 28 Sverrisson KO, Palsson SP, Sigvaldason K, Karason S. Clinical aspects and follow up of suicide attempts in a general care unit at Landspítali University Hospital in Iceland 2000-2004. *Laeknabladid* 2010; 96(2):101-107.
- 29 Leykin Y, Halpern P, Silbiger A, Sorkin P, Rudick V, Geller E. Acute poisoning treated in the intensive care unit: a case series. *Isr J Med Sci*, 1989; 25(2): 98-102.
- 30 Cretikos MA, Parr MJA. Drug related admissions to intensive care: the role of illicit drugs and self poisoning. *Crit Care and Resusci* 2003; 5: 253-257.
- 31 Fisker NJ, Garcia RS, Andersen PK. Proved self-poisoning. A 10-year case load from an intensive care unit. *Ugeskr Laeger* 1991; 153(12): 840-844.
- 32 Favara DM. The burden of deliberate self-harm on the critical care unit of a peri-urban referral hospital in the Eastern Cape: a 5 year review of 419 patients. *S Afr Med J* 2013; 103(1): 40-43.
- 33 Rihmer Z. Antidepressants, depression and suicide. *Neuropsychopharmacology Hungarica* 2013; 15(3): 157-164.
- 34 Jick H, Kaye JA, Jick SS. Antidepressants and the risk of suicidal behaviours. *JAMA* 2004; 292 (23):338-343.
- 35 Martinez C, Rietbrock S, Wise L, Ashby D, Chick J, Moseley J et al. Antidepressant treatment and the risk of fatal and non-fatal self harm in first episode depression:nested case-control study. *BJM* 2005; 330 (7488):389.
- 36 Raja M, Azzoni A. Are antidepressants warranted in the treatment of patients who present suicidal behaviour?. *Human Psychopharmacology* 2008; 23(8): 661-668.
- 37 Gunawardana RH, Abeywarnna C. Intensive care utilisation following attempted suicide though self-poisoning. *Ceylon Med J* 1997; 42(1): 18-20.
- 38 Henderson A, Wright M, Pond SM. Experience with 732 acute overdose patients admitted to an intensive care unit over six years. *Med J Aust* 1993; 158(1): 28-30.
- 39 Viertel A, Weidmann E, Brodt HR. Cases of acute poisoning admitted to a medical intensive care unit. *Dtsch Med Wochenschr* 2001; 126(42): 1159-1163.
- 40 Sut N, Memis D. Intensive care costs of acute poisoning cases. *Clinical Toxicology: The Official Journal of the Academy of Clinical Toxicology and European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists* 2008; 46(5): 457-460.
- 41 Clark D, Murray DB, Ray D. Epidemiology and outcomes of patients admitted to critical care after self-poisoning. *JICS* 2011; 12(4): 268-273.
- 42 Juarez-Aragon H, Castanon-Gonzalez JA, Perez-Morales AJ, Montoya Cabrera MA. Características clínicas y epidemiológicas de intoxicaciones severas en una población adulta que ingresa en una unidad de cuidados intensivos. *Gac Med Mex* 1999; 135(6): 669-675.