

Caracterización clínica de pacientes con conducta suicida en terapia intensiva

Clinical characterization of patients with suicide behaviour in the intensive therapy

Ms. C. Ezequiel López Espinosa,¹ Lic. Enfer. Maira Sarmiento Matamoros.¹¹

¹ Hospital Provincial Universitario Carlos Manuel de Céspedes Bayamo. Granma, Cuba.

¹¹ Filial de Ciencias Médicas Efraín Benítez Popa. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de las características clínicas de pacientes con conducta suicida ingresados en la terapia intensiva del hospital central de Maputo, capital de Mozambique, en el periodo de Enero de 2007 a Enero del 2009. El objetivo de este estudio fue caracterizar a los pacientes con conducta suicida que ingresan en la unidad de terapia intensiva. Se tuvieron en cuenta variables como: edad, sexo, método empleado, motivo de ingreso, complicaciones. El 22,5 % de los pacientes falleció, la letalidad más elevada fue provocada por la ingestión de herbicida. El método más empleado fue la ingestión de raticida, pero con una baja letalidad, la causa más frecuente que motivo el ingreso en la unidad fue la depresión neurológica (62,0%). Predominó el grupo de edades entre 21 a 40 años. La complicación más importante fue la bronconeumonía bacteriana. Se concluyó que los métodos más empleados tienen una baja letalidad.

Descriptores DeCS: SUICIDIO; INTENTO DE SUICIDIO.

ABSTRACT

It was carried out a prospective descriptive study of the clinical behavior of patient

with suicidal behavior entered in the intensive therapy of the central hospital of Maputo, capital of Mozambique, in the period of January of 2007 to January of the 2009. They were kept in mind variables as: age, sex, used method, entrance reason, complications, among others. The 22, the patients' 5 % died, the highest letalidad was caused by the ingestion herbicide. The method more employee was the raticide ingestion, but with a low letalidad, the most frequent cause that I motivate the entrance in our unit was the neurological depression (62, 0 %). The group of ages prevailed among 21-40 years. The most important complication was the bacterial bronchopneumonia. You concluded that the methods more employees have a low letalidad.

Subject heading: SUICIDE; SUICIDE, ATTEMPTED.

INTRODUCCIÓN

El suicidio debe considerarse un hecho de causa multifactorial, en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. Según los conocimientos actuales, este es expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto a su medio ambiente provocada por una situación conflictiva actual o permanente, que genera un estado de tensión emocional.

En su trabajo sobre suicidio Borges plantea que en los países desarrollados de Europa y América del norte el suicidio figura entre la quinta y décima causa de defunción más importante y aparece como segunda y tercera causa entre personas entre 15 y 44 años de edad.¹

Varios autores coinciden en señalar que en la mayoría de los suicidios los pacientes tenían antecedentes de intento previo y se señala que en el 20 % de las personas que tienen historias de intentos suicidas finalmente se quitan la vida. Cerca del 40 % de las personas que repiten el intento lo consuman entre 6 y 12 meses siguientes al último intento.²

En Mozambique, específicamente en Maputo como capital del país, la gran mayoría de los casos graves internan en la terapia intensiva del hospital central, donde son

<http://scielo.sld.cu>

frecuentes los ingresos por intento suicida. Teniendo en cuenta los elementos anteriores se consideró necesario la realización de este estudio que permitió profundizar en la problemática del suicidio, así como trazar las pautas para el manejo futuro de este tipo de paciente que por su gravedad ingresa en la unidad de cuidados intensivos. El objetivo del estudio fue caracterizar a los pacientes con conducta suicida que ingresan en la unidad de terapia intensiva.

MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo de los pacientes ingresados por conducta suicida en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Central de Maputo, Mozambique en el periodo comprendido de enero del 2007 a enero del 2009.

El universo estuvo constituido por todos aquellos pacientes con conducta suicida que por la magnitud del cuadro y compromiso vital necesitaron ser ingresados en cuidados intensivos para soporte vital o vigilancia continua, independientemente del método empleado.

Se utilizaron variables como: edad, sexo, método empleado, motivo de ingreso y complicaciones.

El análisis de la información se realizó por técnica de distribución de frecuencia, se aplicaron pruebas estadísticas, se confeccionaron tablas para facilitar la comprensión de las mismas.

RESULTADOS

El mayor número de pacientes estudiados correspondió al sexo masculino. Siendo el grupo de edad más afectado de 21 y 40 años con 64 pacientes tabla 1.

Tabla 1. Pacientes con conducta suicida por grupos de edades y sexo.
Terapia intensiva Hospital "Central de Maputo" Enero 2007-Enero 2009.

Grupo de Edades Años	Maculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
16-20	3	18.7	13	81.2	16	100
21-30	25	59.5	17	40.4	42	100
31-40	14	63.6	8	36.3	22	100
41-50	10	62.5	6	37.5	16	100
51-60	6	75.0	2	30.7	8	100
61-70	6	75.0	2	25.0	8	100
71-80	2	50.0	2	50.0	4	100
+80	3	100.0	0	0.0	3	100
Total	72	58.0	52	49,9	124	100

Fuente: Registro de Ingresos de la UCI.

Xi 38,1(IC: 34.2-42) DE 16,6

La tabla 2 muestra que solo el 13,1 % de los pacientes con conducta suicida requirieron tratamiento en la unidad de cuidados intensivos.

Tabla 2. Pacientes con conducta suicida ingresados en terapia intensiva.Hospital "Central de Maputo" Enero 2007-Enero 2009.

Años	Servicio de Urgencia	Pacientes Ingresados UCI	%
2007	458	50	10.9
2008	448	61	13.6
2009	39	13	33.3
Total	945	124	13.1

Fuente: Registros de ingresos de la UCI.

La depresión neurológica con el 62,0 % seguida de los trastornos digestivos, fueron las causas fundamentales de ingreso en la unidad como se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Motivo de ingreso de paciente con conducta suicida. Terapia intensiva Hospital "Central de Maputo" Enero 2007-Enero 2009.

Motivo de Ingreso	No	%
Depresión neurológica	77	62.0
Depresión respiratoria	34	27.4
Fallo cardiovascular	12	9.6
Trastorno digestivo	53	42.7
Fallo Renal	4	3.2

Fuente: Registro de pacientes de la UCI.

N=124

En la tabla 4 obtuvimos como método más empleado la ingestión de raticida, la ingestión de herbicidas fue de los más letales 61,9 %. De los 124 pacientes ingresados en cuidados intensivos fallecieron 28 que representa el 22,5 %.

Tabla 4. Distribución de vivos y fallecidos según método empleado. Terapia intensiva Hospital "Central de Maputo" Enero 2007-Enero 2009.

Método empleado	Vivos		Fallecidos		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Organo fosforado	17	89.4	2	10.5	19	100
Psicofármacos	19	82.6	4	17.3	23	100
Ahorcamiento	9	69.2	4	30.7	13	100
Herbicida	8	38.0	13	61.9	21	100
Raticida	35	92.1	3	7.8	38	100
Cáustico	5	71.4	2	28.5	7	100
Sales de mercurio	3	100.0	0	0	4	100
Total	96	77.4	28	22.5	124	100

Fuente: Registro de Pacientes de la UCI.

La principal complicación en nuestros pacientes fue la bronconeumonía bacteriana. Cuando analizamos las complicaciones (tabla 5), la bronconeumonía bacteriana ocupó el primer lugar.

Tabla 5. Complicaciones de pacientes con conducta suicida. Terapia intensiva Hospital "Central de Maputo" Enero 2007- Enero 2009.

Complicaciones	No	%
Bronconeumonía	37	29.8
Acidosis Metabólica	14	11.2
Arritmias Cardíacas	8	6.4
Perforación de traquea	4	3.2
Neumotórax	3	2.4
Otras	21	16.9

Fuente: Registro de pacientes de la UCI

N=124

DISCUSIÓN

El intento suicida es más frecuente en el sexo femenino en una proporción de 3:1 con relación al sexo masculino, mientras el suicidio es más frecuente en este último según estudios realizados por algunos autores.²⁻⁴ Lo anterior pudiera explicarse por el uso de métodos de suicidio violentos en el hombre.^{2, 5,6} Nuestros resultados coinciden con la literatura revisada en relación con la edad pero difiere con relación al sexo.

Otros autores^{7, 8} plantean tasas más elevadas en las personas de edad avanzada.

El por ciento de pacientes atendidos en el servicio de urgencia con conducta suicida que requirió ingreso en nuestra unidad fue bajo coincidiendo con la literatura.⁹

La depresión neurológica y respiratoria comportan un pronóstico grave lo cual es motivo frecuente de ingreso en terapia intensiva estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Castro JG en Costa Rica en el que la depresión neurológica alcanzó el 83,3 % lo que demuestra el papel de nuestra unidad en el tratamiento de estos pacientes.⁹

La literatura reporta un predominio en el uso de medicamentos como método suicida, en 224 casos 70,6 % se efectuó con la participación de medicamentos, se plantea que la disponibilidad de instrumentos y métodos para suicidarse tienen cierto impacto en los índices de suicidio en distintas poblaciones y áreas geográficas.⁹⁻¹²

Al agrupar los métodos suicidas en la ingestión y no ingestión y relacionarlos con el fallecimiento, los primeros presentaron un riesgo de fallecer estadísticamente significativo (OR 1,58) en comparación con los segundos. Los métodos más empleados tienen una baja letalidad.

La bronconeumonía bacteriana ocupó el primer lugar dentro de las complicaciones, no teniendo relación directa con el método empleado, pero sí con el grado de depresión neurológica y respiratoria las cuales requieren manipulación de las vías aéreas (entubación y respiración mecánica), aunque no fue objeto de nuestro estudio se pudo comprobar que el riesgo de adquirir esta complicación en nuestros pacientes tuvo relación directa con la cantidad de días ingresados.

Del total de pacientes con bronconeumonía nosocomial, como complicación el 90,2 % tuvo el antecedente de haber estado sometido a uno de los procedimientos anteriormente mencionados coincidiendo con la literatura revisada.¹³⁻²⁵

A modo de conclusión, predominó el género masculino y los adultos jóvenes que ingresaron en cuidados intensivos por suicidio, la depresión neurológica fue el motivo más frecuente que requirió admisión en el mencionado servicio, la ingestión de herbicidas ocasionó el mayor número de fallecidos y finalmente la bronconeumonía fue la complicación sobresaliente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borges G, Medina ME, Orozco R, Ouéda C, Villatoro J, Fleiz C. Distribución y determinantes socio demográficos de la conducta suicida en México. Salud Ment [Internet]. 2009 Oct. [citado 2014 Feb. 24]; 32(5): 413-425. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500008&lng=es.
2. Arias M, Marcos SG, Martín M, Arias JM, Deronceré O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. MEDISAN [Internet]. 2009 [citado 2014 Feb 24]; 13(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100005&lng=es.

3. Mederos ME, Ávila JA, Casas Fernández JA. Intentos suicidas en el área de salud del Policlínico Universitario "José Martí Pérez".MEDISAN.2011;15(12).Disponible: en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. García H, Sahagún JE, Flores A, Ruiz G M. Sánchez J C. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. Rev. salud pública. 2010; 12 (5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/ S0124-00642010000500002>
5. Hernán F, Villalobos C, Arévalo M. Adaptación del Inventario de Resiliencia ante el Suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia. Rev Panamá Salud Pública. 2012; 31(3).Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/ S1020-49892012000300008>
6. Baader M, Behne PH, Molina JL. ¿Está cambiando la prevalencia de los suicidios y sus características en la población chilena? Análisis de las tasas de suicidios y sus características socio demográficas, ocurridas en la provincia de Valdivia, actual Región de Los Ríos, entre los años 1996 a 2008. Rev chil Neuro psiquiatr. 2011; 49 (3): 273-82.
7. Macín M, Verónica B. Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. Ter Psicol. 2011; 29(1): 53-64.
8. Castro JG. Aspectos médico legales del suicidio en Costa Rica Epidemiología del suicidio en Costa Rica del 2000 al 2004. Med leg Costa Rica. 2007; 24 (2). Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1409-00152007000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Pacheco T, Robles JI. Emergencias extra hospitalarias: el paciente suicida. Sanid Mil. 2011; 67 (4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712011000500003&lang=pt
10. Florenzano RU, Macarena C. Cáceres U. Relación entre ideación suicida y estilos

parentales en un grupo de adolescentes chilenos. Rev Med Chile. 2011; 139: 1529-33.

11. Muñoz E, Martínez MI. Factores de riesgo asociados al suicidio en niño (Colombia): estudio de casos y controles. Rev colomb Psiquiatr. 2010; 39(2):291-312.
12. Hernán F, Villalobos C, Arévalo M. Adaptación del Inventario de Residencia ante el Suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2012; 31 (3). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000300008
13. Gutiérrez AG. *El suicidio conceptos actuales*. Salud Mental. 2006; 29(5):78-100.
14. Borges, G, Orozco, R, Benjet C, Medina ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52(4): 292-304. [Citado el 09 de enero de 2013]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400005&lng=es&tlng=es
15. Díaz, F, Prados M, Ruiz M. Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida en adolescentes. Resultados preliminares. Rev de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente. 2004; 4(1):10-9
16. Silva H, Martínez JC. ¿Es efectivo que los antidepresivos aumentan el riesgo de suicidio? Rev. Méd Chile. 2007; 135: 1195-1201.
17. Pérez I, Olmos M, Ibáñez JC. Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. Rev. salud pública. 2008; 10 (3):374-85.
18. Saucedo JM, Lara MC. Violencia auto dirigida en la adolescencia: el intento de Suicidio Bol Med Hosp Infant Mex. 2006; 63 (4). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000400002
19. Cova F. Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción.

Ter Psicol Santiago 2007; 25(2). Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200001&ln

20. Ribot V de la C, Alfonso M, Ramos ME, González A. Suicidio en el adulto mayor. Rev haban cienc méd .2012; 11 Suppl 5 [Internet]. [citado 2014 Mar 03]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500017&lng=es
21. Cruz E, Moreira I, Orraca O, Pérez N, Hernández PL. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes, Pinar del Río. Red Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2011; 15(4): 52-61. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000400007&lng=es.
22. Rosales J, Quesada Y, Rodríguez VZ, Naranjo Y, Pérez G. Complicaciones severas por el uso parenteral del kerosene en intento de autolisis, a propósito de tres casos. Rev. Med. Electrón. 2013 [Internet]; 35(5): 538-46. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000500012&lng=es.
23. Cassareto M, Martínez P. Razones para vivir en jóvenes adultos: validación del RFL-YA. Rev de Psicología. 2012; 30 (1). Disponible en; http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S025492472012000100007&lng=es&nrm=iso>. accedido en 11 marzo 2014.
24. Desuque, DA, Vargas J, Lemos V N. Análisis psicométrico del cuestionario de creencias latitudinales sobre el comportamiento suicida en población adolescente en Entre Ríos, Argentina. liber. 2011; 17 (2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000200008&lng=es&nrm=iso>.
25. Borges G, Orozco R, Benjet Ca, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud pública Méx [Internet]. 2010; 52(4): 292-304. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400005&lng=es.

Aprobado: 11 de diciembre de 2013.

Recibido: 20 de diciembre de 2013.

Ezequiel López Espinosa. Hospital Provincial Universitario Carlos Manuel de Céspedes
Bayamo. Granma, Cuba. E-mail: ezequiel@grannet.grm.sld.cu