



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



CARTA AL DIRECTOR

¿Son concluyentes los estudios epidemiológicos de suicidio en España?



Are the epidemiological studies of suicide in Spain conclusive?

Sr. Director:

Tras leer el trabajo original titulado *Tendencias de la mortalidad por suicidio en España, 1980-2016*¹, consideramos importante plantear una reflexión sobre los datos empleados para su realización, y sobre los cambios que ha habido en los registros durante el período de análisis que pueden afectar a los casos de suicidio contabilizados en el país.

Por un lado, debe tenerse en cuenta que el Instituto Nacional de Estadística (INE), fuente de los datos empleados en el mencionado estudio, tradicionalmente ha contabilizado un número inferior de suicidios a los que realmente ocurrían en España²⁻⁴, lo que se ha atribuido, entre otras variables, que hasta enero de 2020 no era el médico forense el responsable de rellenar el Boletín Estadístico de Defunción con Intervención Judicial (BEDJ), sino un funcionario del registro civil que, en ocasiones, no contaba con toda la información sobre la causa de la muerte. Un trabajo publicado en 2014 por Giner y Guija⁴, tras comparar los datos registrados en varios IML con los registrados en el INE en un período de 5 años, concluyó que la tasa media de suicidios era un 15% superior que la que señalaba el INE. Por otro lado, en Málaga, provincia con mayor tasa estandarizada de suicidios de España⁵, Moreno-Küstner y González Sánchez encontraron que en el año 2017 solo el 27% de los suicidios se habían identificado como tal en el BEDJ⁶; ciertamente, en este trabajo la fuente principal de información fueron las familias, no el IML, que es la fuente directa más fiable.

Si bien los autores mencionan este infraregistro en la discusión, a nuestro entender debe tenerse muy en cuenta cuando en los resultados se llega a tasas de incidencia que pueden ser comparadas con las que se publican en otros países europeos.

Por otro lado, en relación con la tendencia descrita por Cayuela et al. es necesario destacar que durante los años que analizan ha habido cambios en el sistema de recogida de los datos de muertes violentas. Hasta 2009 las muertes con intervención médico-legal requerían de un documento de declaración adicional, el MNP.52 (Movimiento Natural de Población), en el que se especificaba el motivo de la defunción y, junto al Boletín Estadístico de Defunción, era rellenado por el funcionario del Juzgado y se remitía al

Registro Civil y posteriormente al INE. En enero de 2009, con el objetivo de mejorar la calidad de la certificación, el MNP.52 fue sustituido por el BEDJ, que es directamente rellenado en el registro civil⁷. Estos cambios pueden repercutir en la notificación final de los casos afectando a la tendencia encontrada en el período estudiado.

Para acabar, de manera específica en la Comunidad de Madrid (que tiene el 14,2% de la población de España), hasta el año 2013 el INE no tuvo acceso a los datos del Instituto Anatómico Forense de Madrid, y a partir de este año se produjo un cambio metodológico, variando en algunos aspectos la forma de asignar la causa de defunción en las muertes con intervención judicial⁸. Debe tenerse en cuenta que entre 2010 y 2012, atendiendo a los datos que nos ha facilitado el INE, la tasa promedio anual de suicidio en Madrid fue de 1,8 suicidios por 100.000 habitantes, pasando a ser de 5,1 suicidios por 100.000 habitantes en 2013. Las peculiaridades de algunas autonomías pueden afectar a los resultados hallados en relación con la tendencia.

En conclusión, si bien consideramos que el incremento en la tendencia de la tasa de suicidio descrito por Cayuela et al.¹ debe llevar a nuevos estudios detallados, y aunque indudablemente es una fortaleza el largo período analizado en el trabajo, el registro de las muertes violentas ha sido muy deficiente en España, y las tasas de suicidio oficiales en nuestro país son inferiores a las que realmente existen, pero cada vez se van mejorando y esto puede explicar en parte el incremento de la tasa en nuestro país.

En futuros trabajos que realicen un análisis temporal deberá tenerse en cuenta que desde enero de 2020 el BEDJ ha comenzado a ser rellenado por el médico forense, lo que previsiblemente lleve a un aumento mayor en los suicidios registrados, sin que necesariamente implique un incremento en los acontecidos.

Solo con un buen registro de los casos se podrán hacer estudios epidemiológicos de calidad suficiente y desarrollar campañas preventivas eficientes.

Bibliografía

1. Cayuela A, Cayuela L, Sánchez Gayango A, Rodríguez-Domínguez S, Pilo Uceda FJ, Velasco Quiles AA. Suicide mortality trends in Spain, 1980-2016. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020;13:57–62, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.07.002>.
2. Barbería E, Gispert R, Galloa B, Ribas G, Puigdefàbregas A, Freitas A, et al. Improving suicide mortality statistics in Tarragona (Catalonia Spain) between 2004-2012. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2016;11:227–33, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.05.004>.

3. Santurtún M, Santurtún A, Agudo G, Zarrabeitia MT. Suicide methods in Spain: Poisoning and non-toxic violent agents. *Cuad Med Forense*. 2016;22:3–4.
4. Giner L, Guija JA. Number of suicides in Spain: Differences between data from the Spanish Statistical Office and the Institutes of Legal Medicine. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;7:139–46.
5. Santurtún M, Santurtún A, Zarrabeitia MT. Does the environment affect suicide rates in Spain? A spatiotemporal analysis. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11:192–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.05.001h>.
6. Moreno-Küstner B, González Sánchez F. Subregistro de los suicidios en el Boletín Estadístico de Defunción Judicial en Málaga. *Gacet Sanit*. 2019;34(6):624-6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.003>.
7. Gotsens M, Mari-Dell’Olmo M, Rodríguez-Sanz 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 Publica*. 2011;85:163–74, doi: 10.1590/S1135-57272011000200005.

Maite Santurtún^{a,b,*} y Ana García Blanco^c

^a Centro Hospitalario Padre Menni, Santander, España

^b Facultad de Enfermería, Universidad de Cantabria, Santander, España

^c Servicio de Patología, Instituto de Medicina Legal, Santander, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maite.santurtun.zarrabeitia@gmail.com (M. Santurtún).

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.10.001>

1888-9891/ © 2020 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Mejora de la efectividad de la terapia electroconvulsiva mediante la determinación de la profundidad anestésica. Resultados preliminares



Improving the effectiveness of electroconvulsive therapy through the determination of anesthetic depth. Preliminary results

Sr. Director:

Los agentes anestésicos como el propofol utilizados en la TEC modificada pueden dificultar una convulsión óptima¹, y así, reducir su efecto antidepresivo e incrementar los efectos secundarios cognitivos al tener que aumentar la energía del estímulo¹. El PSI (Patient State Index) se ha diseñado específicamente para controlar la sedación del paciente y el efecto de los fármacos en intervenciones intraoperatorias y de curas intensivas², prediciendo la pérdida de conciencia y detectando el despertar intraoperatorio³. Su uso ha permitido la disminución de la dosis de propofol en la anestesia, mejorando el tiempo de recuperación sin aumentar el recuerdo intraoperatorio⁴. Se presentan los resultados previos de un estudio prospectivo experimental con grupo control, determinando el impacto en la eficacia y seguridad del procedimiento de la TEC monitorizando la profundidad anestésica mediante el PSI respecto al método clínico tradicional.

La muestra consta de 31 pacientes ingresados en la unidad de Psiquiatría de BM-CASM-HGG reclutados entre noviembre de 2017 y septiembre de 2020 que cumplieron los criterios de trastorno depresivo mayor según DSM-IV-TR y la indicación de TEC.

El estudio sigue las condiciones de la declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del H. General de Granollers. Los pacientes aceptaron voluntariamente su participación dando su consentimiento informado. Se practicaron 2 sesiones/semana con propofol y succinilcolina, con el aparato Thymatron

SYSTEM IV (Somatics LLC, EE.UU.), y determinación del PSI con el monitor SedLine[®] (Masimo Corporation, EE.UU.). La dosis del estímulo se calculó según el método «basado en la edad»⁵, usando una anchura de pulso de 0,5 mseg para TEC bifrontotemporal y de 0,25 mseg para el unilateral derecho. El grupo PSI se estimuló cuando su valor mostraba una tendencia ascendente entre los valores 50-70 y el grupo control cuando la puntuación era de 5-6 en la escala Ramsay⁶ y habían finalizado las fasciculaciones provocadas por la succinilcolina. Se reestimuló si la convulsión tuvo una duración inferior a 25 segundos en el EEG. En cada sesión se valoró la adecuación de la convulsión según un método similar al de Rattehalli⁷, la presencia de delirium y el despertar intra-TEC⁸; y en sesiones alternas el estado clínico con HDRS-17 y CGI, y el cognitivo con MEC. Los pacientes finalizaron el estudio cuando consiguieron la remisión clínica o si tras 12 sesiones no fue posible, y si con un estímulo con el 100% de energía no se consiguió una convulsión de al menos 25 segundos.

Se utilizó el programa SPSS (versión 23 IBM Corp., NY, EE.UU.) para el análisis estadístico; la prueba U de Mann-Whitney para variables cuantitativas y la de χ^2 para cualitativas. Se consideró estadísticamente significativo si $p \leq 0,05$.

No existieron diferencias estadísticamente significativas en las características clínicas y sociodemográficas entre ambos grupos. El valor promedio del PSI fue de $56,71 \pm 6,81$.

El grupo PSI obtuvo convulsiones más prolongadas, de mayor calidad, con menos energía, y precisó menos reestimulaciones (tabla 1). A diferencia de otros estudios⁹, el número de sesiones no fue menor ni estadísticamente significativo en el grupo PSI, probablemente por el tamaño pequeño de la muestra. La práctica de reestimulaciones y el uso de energías de estimulación más elevadas se ha relacionado con efectos cognitivos adversos¹⁰, aunque nosotros no lo hemos detectado, posiblemente se precisarían pruebas más sensibles que la MEC¹¹.

El tiempo de espera hasta alcanzar el valor idóneo de PSI puede explicar una menor acción del anestésico en el instante de la estimulación, como han demostrado otros estudios¹², y que en este grupo a pesar de haber recibido mayores dosis de propofol haya mejorado la efectividad.