

Suicidio por interrupción de hemodiálisis en un paciente con nefropatía crónica: análisis de un caso

ALEJANDRO GÓMEZ¹, PAMELA BÓRQUEZ²

Suicide by interruption of hemodialysis, in a patient with chronic renal failure. Analysis of one case

In Chile, interruption of hemodialysis is cause of death in 0.37% of patients under this treatment. We report a 83-year-old woman suffering from chronic renal failure who withdrew from prolonged hemodialysis treatment. Biographical aspects, circumstances and the cause of death are analyzed from forensic and psychiatric points of view, highlighting attributes that allow classification of the death of this patient as suicide. Risk factors involved in this type of patients, as well as possible preventive measures are discussed.

(Rev Med Chile 2012; 140: 771-774).

Key words: Renal insufficiency; Suicide.

¹Departamento de Psiquiatría, Campus Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
²Servicio Médico Legal de Santiago, Servicio de Tanatología.

Recibido el 14 de septiembre de 2011, aceptado el 27 de diciembre de 2011.

Correspondencia a: Dr. Alejandro Gómez, Gran Avenida 3100, San Miguel, Santiago, Chile. E-mail: algomez@vtr.net

Según datos de la Sociedad Chilena de Nefrología la población en diálisis crónica alcanzó en nuestro país, entre septiembre de 2009 y agosto de 2010, a 15.449 pacientes. La tasa bruta de mortalidad fue 11,2% anual. Ciento treinta y cuatro abandonaron el tratamiento de diálisis, 57 de ellos por propia decisión. Cinco casos adicionales se clasificaron como suicidios (presumiblemente empleando otros métodos). Dado que el abandono del tratamiento conlleva regularmente a la muerte, no existe acuerdo unánime en cómo debieran en última instancia calificarse los casos de suspensión unilateral. Por ello, la incidencia definitiva del suicidio en este grupo no está clara.

Se presenta un caso de muerte por abandono unilateral del tratamiento, evaluado mediante el estudio tanatológico y autopsia psicológica.

Método

Se analizó la información de varias fuentes: a) la carpeta investigativa de la Fiscalía de Santiago;

b) protocolo de autopsia médico-legal realizada en el Servicio Médico Legal de Santiago, en septiembre de 2010; c) entrevista de autopsia psicológica en que el informante fue el hijo mayor de la víctima, realizada por el autor principal, mediante protocolo ad hoc.

Caso

En una vivienda cerrada, sin señales de haber sido violentada, se encontró el cadáver de una mujer (B) de 83 años, en posición decúbito supino sobre la cama, con el televisor encendido. Se encontraba vestida y maquillada, sin signos de violencia. Sobre la cama había múltiples cartas fechadas cuatro días antes. En ellas expresaba no tolerar más el tratamiento y que su situación económica era insoluble. Agradecía la ayuda de su hijo y pedía que la perdonara por lo que iba a hacer. Dejaba indicaciones respecto a la disposición de sus cosas y solicitaba que se le hiciera una misa. Se descartó la participación de terceras personas.

Antecedentes

El informante (I), hijo mayor de la víctima, visitó a su madre por última vez tres días antes de ser encontrada sin vida. Al día siguiente de la visita ella debía dializarse.

Era separada y viuda, madre de dos hijos, el menor fallecido el año 2004 de SIDA. Vivía sola y recibía una exigua pensión. Su nivel de escolaridad era 5ª preparatoria y en el pasado había trabajado en el rubro artístico. Era católica. Su hijo la visitaba semanalmente.

Presentaba diabetes mellitus, hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica, y se hemodializaba trisemanalmente desde hacía 15 años. En dos oportunidades se había instalado una fistula arterio-venosa, y rechazaba la indicación de una nueva intervención. La alternativa de un trasplante estaba descartada por razones médicas.

En su última visita, I. la encontró inusualmente arreglada. Estaba muy irritable y le dijo que no quería volver a verlo. Cree que una vez que se retiró, ella ingirió una dosis elevada de benzodiazepinas, para no estar despierta cuando el vehículo del centro de diálisis pasara a buscarla.

B. había manifestado muchas veces su deseo de no vivir y en 2001 había intentado suicidarse de modo similar. Se trataba por depresión con antidepresivos y benzodiazepinas. Enfrentaba una situación apremiante por deudas contraídas durante la enfermedad del hijo fallecido. En los últimos meses su estado depresivo había empeorado, estaba desesperanzada y sin propósitos en la vida. Conocía las consecuencias letales de suspender la diálisis y había advertido que de ese modo se suicidaría.

No existían antecedentes familiares de suicidio ni de enfermedades psiquiátricas.

Asistió a su última diálisis el sábado 25 de septiembre. Los siguientes dos días comió abundantemente, trasgrediendo su régimen. Ante su inasistencia al centro de diálisis, se dio aviso a la policía, que acudió al domicilio.

Examen externo

Se constató una mujer obesa (IMC = 32). El cadáver se encontraba en fase cromática enfematosa por descomposición. Estaba maquillada, vestida ordenadamente y sin signos de violencia. En la cara anterior del antebrazo derecho había una fistula arterio-venosa sin complicaciones.

Existía un moderado edema pretibial bilateral. No había lesiones traumáticas actuales o recientes ni signos de intervención médica.

Examen interno

Se destacan los hallazgos positivos: el pulmón derecho pesó 610 g y el izquierdo 450 g, congestivos. El corazón pesó 580 g, y sus arterias coronarias principales estaban permeables con escasa ateromatosis no estenosante. No había cicatrices o roturas en miocardio. El espesor del ventrículo izquierdo fue 1,9 cm y del derecho 0,4 cm. Sólo estaba presente el riñón derecho, de 90 g, pequeño y deformado, con una superficie externa granular fina con múltiples quistes; a la superficie de corte la arquitectura se apreciaba distorsionada. El resto del examen se encontraba dentro de límites esperables para la edad y estado de conservación.

Estudios de laboratorio forense

Considerando el estado de descomposición inicial, la histopatología mostraba los cambios esperables y una atrofia renal acentuada. La alcoholemia fue de 0,22 g/L, lo que fue considerado como producto de la putrefacción del cadáver. El estudio toxicológico en sangre por cromatografía gaseosa fue positivo para alprazolam: 74,07 ng/ml. El examen de contenido gástrico reveló presencia de alprazolam y clonazepam. El análisis de electrolitos, nitrógeno ureico y glucosa en humor vítreo presentaban valores esperables para el post mortem del cuerpo en descomposición.

Comentario

Una mujer de 83 años, insuficiente renal crónica, suspendió voluntariamente su tratamiento de diálisis, trasgredió su régimen e ingirió una cantidad excesiva de benzodiazepinas, provocándose la muerte. Estaba deprimida y desesperanzada, y había expresado desear poner fin a su vida. Existía el antecedente de un intento similar en el pasado. El tratamiento antidepresivo no había sido efectivo y probablemente había empeorado. Dejó varias cartas de despedida. El conjunto de hechos sugiere fuertemente una muerte autoprovocada. De hecho, la existencia de un diagnóstico psiquiátrico y de notas o mensajes de contenido suicida son atributos que habitualmente orientan a la clasificación de una muerte como suicidio¹.

La causa de muerte no puede establecerse con certeza. La presencia de benzodiazepinas en el contenido gástrico puede interpretarse como un método complementario para asegurar el deceso. El nivel de alprazolam estaba en el rango superior de las concentraciones terapéuticas, lo que pudo influir como factor causal en una persona fisiológicamente vulnerable. Por carecer de estudios adicionales, no puede evaluarse el impacto preciso de los factores metabólicos o hidroelectrolíticos en el desenlace fatal.

Diversas enfermedades médicas crónicas, como la enfermedad renal, elevan el riesgo suicida, y participan hasta en 25% de los casos^{2,3}. Contribuyen al riesgo factores como: depresión, percepción de incapacidad, cambios en la imagen corporal, determinados estilos de afrontamiento, situaciones estresantes adicionales y escaso apoyo social. Se ha encontrado ideación suicida en 15,4%, y su severidad se correlaciona con la intensidad depresiva⁴.

El propio tratamiento con hemodiálisis puede deteriorar la calidad de vida al interferir sobre los roles sociales, provocar discapacidad, alterar la vida familiar y generar una acentuada percepción de dependencia y pérdida de control. Existe sintomatología depresiva en uno a dos tercios de los pacientes, e ideación suicida en más de 20%. La depresión se asocia a bajo IMC, comorbilidad, síntomas de fatiga, ideas suicidas, deterioro de la calidad de vida^{5,6} y mala adherencia al tratamiento⁷, contribuyendo al riesgo de mortalidad⁸.

La víctima había efectuado una tentativa suicida en el pasado. A partir de la edad media los intentos son más severos y se siguen frecuentemente de recidivas letales^{9,10}. En la edad avanzada son desencadenantes las dificultades familiares, los problemas financieros, las pérdidas recientes, los problemas de vivienda y la percepción de ser una carga para la familia^{11,12}. Un apoyo social escaso influye de modo independiente en el riesgo¹³.

El caso ilustra el problema de la calificación de la muerte en pacientes que abandonan la diálisis. Se ha propuesto un paradigma de decisión basado en dos ejes¹⁴. El primero refiere a la presencia de intención de morir y el segundo a la relación con la red social (incluyendo la familia y el equipo de salud). En los suicidios existe tal propósito y la interrupción del tratamiento se resuelve en oposición a la red social o al margen de ella.

Dado que el tratamiento prolongado con diálisis puede caracterizarse como cuidado pa-

liativo, la mejoría de la calidad de vida y de la salud mental son objetivos importantes. Medidas contribuyentes a tal fin incluirían la evaluación rutinaria de síntomas depresivos e ideación suicida, el incremento del apoyo social, el desarrollo de capacidades de afrontamiento y el ejercicio físico, que han demostrado efectos sobre diversas variables psicológicas y clínicas¹⁵⁻¹⁸.

Existían varios factores de riesgo suicida, algunos de los cuales eran potencialmente modificables. Por otra parte, la paciente era funcionalmente capaz de valerse por sí misma y no presentaba complicaciones o condiciones asociadas que indicaran que el tratamiento constituyera una desproporción terapéutica.

Las limitaciones propias del método de autopsia psicológica no permiten establecer si el suicidio se hubiera producido si la paciente no hubiera estado en diálisis.

El caso descrito ilustra la necesidad de atender aspectos relativos a la salud mental y calidad de vida cuando se instituyen medidas terapéuticas extraordinarias. En caso contrario, la mera prolongación de la vida puede ser percibida como carente de sentido, arriesgando el abandono del tratamiento y por ende la sobrevida.

Referencias

1. Lindqvist P, Gustafsson L. Suicide classification-clues and their use. A study of 122 cases of suicide and undetermined manner of death. *Forensic Sci Int* 2002; 128: 136-40.
2. Mosciki EK. North American perspective: Epidemiology of suicide. *Int Psychogeriatr* 1995; 7: 137-48.
3. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1179-84.
4. Vera M, Reyes-Rabanillo ML, Huertas S, Juarbe D, Pérez-Pedrogo, Huertas A, et al. Suicide ideation, plans, and attempts among general practice patients with chronic health conditions in Puerto Rico. *Int J Gen Med* 2011; 4: 197-205.
5. Chen CK, Tsai YC, Hsu HJ, Wu IW, Sun CY, Chou CC, et al. Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. *Psychosomatics* 2010; 51: 528-528 e6.
6. García TW, de Motta LD, de Moura TJ, Casulari LA. Depressed mood and poor quality of life in male patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *Rev Bras Psiquiatr* 2010; 32: 369-74.

7. Khalil AA, Frazier SK. Depressive symptoms and dietary non adherence in patients with end-stage renal disease receiving hemodialysis: review of quantitative evidence. *Issues in Mental Health Nursing* 2010; 31: 324-30.
8. Diefenthaler EC, Wagner MB, Poli de Figueiredo CE, Zimmermann PR. Is depression a risk factor for mortality in chronic hemodialysis patients? *Rev Bras Psiquiatr* 2010; 32: 369-71.
9. Leuret S, Perret-Vaille E, Mulliez A, Gerbaud L, Jalenques I. Elderly suicide attempters: characteristics and outcome. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 1052-9.
10. Hepple J, Quinton C. One hundred cases of attempted suicide in the elderly. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 42-6.
11. Rubenowitz E, Waern M, Wilhemson K, Allebeck P. Life events and psychosocial factors in elderly suicides-a case-control study. *Psychol Med* 2001; 31: 1193-202.
12. O'Connell H, Chin A-V, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: suicide in older people. *BMJ* 2004; 329: 895-9. Disponible en www.bmj.com (consultado el 30 de agosto de 2007).
13. Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S, Evinger JS, Caine ED. Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study. *Psychological Medicine* 2004; 34: 1331-7.
14. Bostwick JM, Cohen LM. Differentiating suicide from life-ending acts and end-of-life decisions: a model based on chronic kidney disease and dialysis. *Psychosomatics* 2009; 50: 1-7.
15. Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Screening for depression while patients dialyze: an evaluation. *Nephrol Dial Transplant* 2008; 23: 2653-9.
16. Untas A, Thumma J, Rasclé N, Rayner H, Mapes D, Lopes AA, et al. The associations of social support and other psychosocial factors with mortality and quality of life in the dialysis outcomes and practices patterns study. *Clin J Am Soc Nephrol* 2011; 6: 142-52.
17. Weiner S, Kutner NG, Bowles T, Johnstone S. Improving psychosocial health in hemodialysis patients after a disaster. *Soc Work Health Care* 2010; 49: 402-513-25.
18. Tentori F, Elder JJ, Pisoni RL, Bommer J, Fissel RB, Fukuhara S, et al. Physical exercise among participants in the Dialysis Outcome and Practices Patterns Study (DOPPS): correlates and associated outcomes. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25: 3050-62.