

Omar Walid Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez^{a,*},
 Enrique Álvarez de Morales Gómez-Moreno^b,
 Sergio Ocio León^c, Mario Javier Hernández González^c,
 Manuel Gómez Simón^c y María Aida Fernández Menéndez^d

^a Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario
 San Agustín, Avilés, Asturias, España

^b Centro de Salud Mental El Coto, Gijón, Asturias, España

^c Centro de Salud Mental de Mieres, Mieres, Asturias,
 España

^d Monash University, Melbourne, Australia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: muquebilrodriguez@gmail.com
 (O.W. Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.003>

1888-9891/

© 2017 SEP y SEP. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los
 derechos reservados.

A propósito de la utilidad de la Escala Abreviada de Personalidad y Acontecimientos Vitales (S-PLE) en la detección de las tentativas de suicidio



Usefulness of the Short Personality and Life Event Scale (S-PLE) for detection of suicide attempters

Sr. Director:

El suicidio es un problema de salud pública mundial, siendo la primera causa de muerte no natural en nuestro país¹. La génesis del comportamiento suicida se ve influenciada por múltiples factores de índole biopsicosocial, que en muchas ocasiones, como es el caso de la recesión económica, pueden ejercer efectos difíciles de establecer². Hasta la fecha la tentativa de suicidio (TS) previa se ha erigido como el mejor predictor de riesgo de suicidio consumado³, por tanto, consideramos que todos los esfuerzos para la predicción y prevención de las TS son un modo indirecto de contribuir a la disminución del número de suicidios en el medio.

Uno de los esfuerzos más interesantes dirigido a la facilitación de la identificación de las personas en riesgo de conducta suicida es el realizado por Blasco-Fontecilla et al.⁴, cuando desarrollan la escala de Personalidad y Acontecimientos Vitales (PLE) que incluye 27 ítems de entre los más discriminativos de una serie de cuestionarios que habitualmente se emplean en la evaluación del comportamiento suicida (escala de trastornos de la personalidad, impulsividad, agresividad, acontecimientos vitales estresantes y datos sociodemográficos) con excelentes resultados de sensibilidad (80,8%) y especificidad (89,6%). Los autores dan un paso más allá cuando desarrollan la versión breve de dicha escala (S-PLE)⁵, que con solo 6 ítems permite evaluar de modo indirecto y no intrusivo el riesgo de comportamiento suicida en lugares donde escasea el tiempo.

Los propios autores proponen los siguientes puntos de corte, que son los que maximizan la precisión de la clasificación: i) personas sanas, puntuación inferior a 1,70; ii) personas con posible trastorno mental, puntuación entre 1,70 y 2,46, e iii) personas con riesgo de suicidio, puntuación superior a 2,46. No obstante, los propios autores reconocen que el desempeño de la S-PLE disminuye cuando se trata de diferenciar entre personas con trastorno mental sin ante-

cedentes de TS y pacientes con historia de TS, si bien el área bajo la curva (AUC) de la característica operativa del receptor (ROC) sigue siendo aceptable (0,756).

Nuestro grupo ha tratado de replicar estos resultados previos en una muestra independiente de 197 pacientes [35,5% hombres; edad media (DE) = 54,15 (10,54) años], con diagnóstico de trastorno del humor [depresión unipolar (74,6%); depresión bipolar (8,1%) y distimia (17,3%)] y gravedad clínica de la depresión en el momento de la evaluación medida con la escala Hamilton de Depresión (HDRS)⁶ de 18,56 (5,95), que equivaldría a depresión moderada a grave. El 38,6% (n = 76) de los pacientes tenían antecedentes de TS. Los pacientes con antecedentes personales de TS fueron significativamente más jóvenes [51,79 (10,70) vs. 55,64 (10,21); t de Student = 2,526; p = 0,012] y obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en la S-PLE [2,10 (0,48) vs. 1,79 (0,46); t de Student = -4,424; p = 0,000], siendo similares en cuanto al sexo y la puntuación media en la HDRS.

Cuando se evalúa la precisión de la escala mediante un análisis de la ROC, se obtiene un AUC de 0,675 que es inferior a la reportada por los autores. Al aplicar el punto de corte propuesto por los autores para diferenciar personas con trastorno mental sin antecedentes de TS y personas con antecedentes de TS (puntuaciones superiores a 2,46), obtenemos una sensibilidad del 17,10% y una especificidad del 95,90%. Es decir, existe un gran número de falsos negativos. Si el interés de esta escala es utilizarla como herramienta de cribado, creemos conveniente proponer una modificación del punto de corte para disminuir el elevado número de falsos negativos, al menos cuando se trata de identificar riesgo de suicidio en pacientes con trastornos mentales. Tras la valoración de nuestros resultados, proponemos que un punto de corte más adecuado para la evaluación del riesgo suicida sería 1,70. Con este punto de corte, al menos en nuestra muestra, se consiguió un importante incremento de la sensibilidad (85,5%), si bien la especificidad disminuye al 32,2%. No obstante, dada la gravedad de las consecuencias del evento que queremos predecir y la posibilidad de uso de la S-PLE en el cribado de riesgo de suicidio en lugares donde escasea el tiempo, como los servicios de urgencia hospitalarios o atención primaria, consideramos a todas luces que una buena sensibilidad ha de priorizarse sobre la especificidad.

En nuestra opinión, la S-PLE puede ser un instrumento de utilidad clínica para la detección del riesgo de TS, si bien es necesario un establecimiento más fino de los puntos de corte de la herramienta y determinar su capacidad predictiva en estudios prospectivos, actualmente ya en marcha por parte de nuestro grupo de investigación.

Agradecimientos

Este estudio estuvo financiado por fondos del gobierno de España «Fondo de Investigación Sanitaria» FEDER (PI14/02029) y el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística [consultado 28 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2015/10/&file=05001.px>.
2. Iglesias-García C, Sáiz PA, Burón P, Sánchez-Lasheras F, Jiménez-Treviño L, Fernández-Artamendi S, et al. Suicide, unemployment, and economic recession in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2017;10:70–7.
3. Hawton K, Casañas I, Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2013;147:17–28.
4. Blasco-Fontecilla H, Delgado-Gomez D, Ruiz-Hernandez D, Aguado D, Baca-García E, Lopez-Castroman J. Combining scales to assess suicide risk. *J Psychiatr Res*. 2012;46:1272–7.
5. Artieda-Urrutia P, Delgado-Gómez D, Ruiz-Hernández D, García-Vega JM, Berenguer N, Oquendo MA, et al. Short Personality and Life Event scale for detection of suicide attempters. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2015;8:199–206.
6. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56–62.

Abel Diego Fernández-Peláez^a, Julia Rodríguez-Revuelta^b, Iciar Abad^b, Ángela Velasco^a, Patricia Burón^a, María Paz García-Portilla^{a,b,c} y Pilar Alejandra Sáiz^{a,b,c,*}

^a Área de Psiquiatría, Universidad de Oviedo, Oviedo, España

^b Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), Oviedo, España

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: frank@uniovi.es (P.A. Sáiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.002>
1888-9891/

© 2017 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Seguridad en el uso de antidepresivos: hiponatremia inducida con vortioxetina a propósito de un caso



Safety in the use of antidepressants: Vortioxetine-induce hyponatremia in a case report

Sr. Director:

La hiponatremia, definida como un sodio sérico inferior a 135 mmol/l, es el trastorno hidroelectrolítico más frecuente en la práctica y un efecto secundario conocido de antidepresivos, antipsicóticos y eutimizantes¹. El mecanismo puede estar mediado por una estimulación de la producción de hormona antidiurética mediante acciones serotoninérgicas o bloqueo dopaminérgico, que puede agravarse si hay polidipsia o xerostomía. Se puede manifestar con síntomas generales (náuseas, fatiga, calambres, cefalea) hasta síntomas neuropsiquiátricos graves de edema cerebral (confusión, agitación, alteraciones de la marcha, letargia, convulsiones y coma) y se asocia a mayor morbimortalidad incluso en formas leves².

La incidencia de la hiponatremia inducida por antidepresivos varía entre un 0,06 y un 70% y son factores de riesgo: antecedentes de hiponatremia, edad avanzada, sexo femenino, bajo peso, cirrosis, insuficiencia cardiaca o renal y uso de diuréticos, IECA o laxantes. El riesgo parece mayor con ISRS y venlafaxina comparado con mirtazapina y algunos tricíclicos¹. En otros grupos no puede establecerse el riesgo por una ausencia de datos epidemio-

lógicos. Esto llama la atención, teniendo en cuenta que la monitorización es extremadamente sencilla (una bioquímica con iones) y se encuentra entre las recomendaciones de guías y consensos de seguimiento de salud física de pacientes con depresión³, pero destaca la dificultad de que las recomendaciones de las guías clínicas sean puestas en marcha si no existen recursos y estrategias dirigidas para su implementación⁴.

En relación con este riesgo, hemos presenciado en nuestro hospital un caso fatal de hiponatremia asociado al uso de vortioxetina. Una mujer de 72 años fue evaluada en marzo de 2016 en Salud Mental por ánimo bajo, pérdida de interés, anhedonia, cansancio, escasa concentración, y menor actividad, con antecedentes de trastorno depresivo recurrente desde los 55 años y varias hospitalizaciones previas por hiponatremias graves asociadas a diversos psicofármacos (fluoxetina, amitriptilina, mirtazapina, azenapina) sin demostrarse un SIADH. El tratamiento actual era maprotilina 75 mg/d con el que no había presentado nuevas hiponatremias graves en el último año. En el episodio actual, se propuso vortioxetina como tratamiento, en una estrategia de cambio cruzado, introduciendo 5 mg de vortioxetina con una dosis reducida de maprotilina (37,5 mg/d) y, tras 4 semanas, debía mantener 10 mg/d de vortioxetina. Sin embargo, 26 días después fue ingresada en la UCI desde Urgencias tras tener una convulsión. A pesar de recuperar unas cifras de sodio de 131 mmol/l, tras 13 días de ingreso, presentó un descenso del nivel de conciencia (Escala de Coma de Glasgow = 3), proponiéndose como diagnóstico un accidente cerebrovascular tromboembólico como complicación de un flutter sufrido en los primeros días. A pesar de las maniobras de reanimación tras presentar asis-