

## Prevenición sobre predicción: el reto del psiquiatra en la valoración de riesgo autolítico en urgencias



### Prevention over prediction: the psychiatrist challenge of suicide risk assessment in the emergency department

Sr. Director:

Una de las tareas más relevantes del psiquiatra de Urgencias es la predicción del riesgo futuro de suicidio de cada paciente: si determina que el riesgo es alto, el paciente ingresará en la unidad de psiquiatría, mientras que, si el riesgo es bajo, será dado de alta a su domicilio. En ambos casos subyace la asunción de una predicción precisa, según la cual los beneficios superen a los riesgos y justifiquen los costes (los riesgos de reintento y de muerte por suicidio, en el primer caso; los posibles perjuicios derivados de la temporal pérdida de privacidad, autonomía y rol social, en el segundo<sup>1</sup>). El objetivo de este artículo es cuantificar la probabilidad de que esta asunción no sea aceptable de acuerdo con los índices de precisión predictiva habituales (tabla 1). Para ello revisaremos los valores predictivos positivos (VPP) de las diferentes pruebas utilizadas en la predicción de la muerte por suicidio para después calcular su *Positive Clinical Utility Index* (CUI+), un indicador que refleja la utilidad clínica de una prueba con base en una escala cualitativa estandarizada (tabla 2).

Un indicador útil para valorar la precisión de un método predictivo —sea una escala psicométrica o un juicio clínico— es el VPP, pues refleja el número absoluto de aciertos por cada 100 predicciones realizadas<sup>2</sup>. Así, un VPP del 20% indicaría que, de cada 100 pacientes valorados como alto riesgo, 20 morirán por suicidio y 80 no. El VPP depende tanto de la sensibilidad y especificidad de la prueba como de la prevalencia del evento a predecir. Aunque una escala de predicción de riesgo de suicidio tuviera una sensibilidad y especificidad del 99,99%, si se utilizara en una hipotética población en que la incidencia de suicidio fuera del 0,00%, ningún paciente catalogado como alto riesgo morirá por suicidio (VPP 0%).

**Tabla 1** Índices diagnósticos de uso habitual en la evaluación de una prueba diagnóstica aplicados a pruebas de predicción de suicidio que reflejan en valores absolutos la precisión de una prueba

Índice	Interpretación
Sensibilidad	Proporción de suicidios que son clasificados como alto riesgo
Tasa de falsos negativos	Proporción de suicidios que son clasificados como bajo riesgo
Especificidad	Proporción de no-suicidios que son clasificados como bajo riesgo
Tasa de falsos positivos	Proporción de no-suicidios que son clasificados como alto riesgo
Valor predictivo positivo	Proporción de sujetos clasificados como alto riesgo que mueren por suicidio

**Tabla 2** Interpretación del *Positive Clinical Utility Index* (CUI+), indicador de la utilidad clínica de una prueba predictiva con base en una escala cualitativa estandarizada

CUI+	Interpretación
≥ 0,81	Utilidad clínica excelente
≥ 0,64	Utilidad clínica buena
≥ 0,49	Utilidad clínica satisfactoria
< 0,49	Utilidad clínica pobre

Se calcula mediante el producto de la sensibilidad y el valor predictivo positivo de dicha prueba<sup>6</sup>.

En 1954 A. Rosen señaló que una limitación importante a la hora de desarrollar un método para predecir el suicidio era precisamente su baja incidencia, por lo que para superar este obstáculo sería necesario desarrollar una prueba con una precisión muy alta<sup>3</sup>. Recientemente se ha estimado que ni la combinación de factores de riesgo ni las escalas basadas en postulados psicológicos obtienen un VPP mayor del 5,5%<sup>2</sup>. Es más, un estudio recientemente publicado estimó que el VPP de diferentes métodos de predicción de suicidio basados en métodos automatizados de modelado estadístico (*machine learning*) no superó el 1,00% a pesar de obtener sensibilidades y especificidades mayores que las pruebas tradicionales. Los autores señalaron que la causa de la dificultad para alcanzar un VPP mayor fue la baja incidencia de suicidio<sup>4</sup>.

La capacidad del psiquiatra de Urgencias para predecir la muerte por suicidio, a pesar de ser el método más utilizado en la práctica diaria, apenas ha sido estudiada. En el único artículo hasta la fecha se estimó que el VPP del juicio clínico era del 3,7% a 6 meses de la visita a Urgencias<sup>5</sup>. Para conocer hasta qué punto una prueba predictiva resulta útil en la práctica clínica se calcula el *Positive Clinical Utility Index* (CUI+), que resulta del producto de sensibilidad por VPP. En este último caso, incluso asumiendo una sensibilidad del 100%, la CUI+ sería de 0,037 y por lo tanto sería clasificado como de utilidad clínica pobre<sup>6</sup> (tabla 2).

Estas estimaciones sugieren que en la actualidad no poseemos la capacidad de realizar una predicción precisa del suicidio<sup>4</sup> y, por ende, cualquier decisión clínica tomada sobre la base de considerar un paciente en alto riesgo suicida implica un margen de error. Asumiendo un VPP del 3,7%, el 96,3% de los pacientes clasificados como alto riesgo no morirán por suicidio, lo que supone una utilidad clínica pobre incluso con una sensibilidad del 100% (CUI+ de 0,037).

Desde esta perspectiva, la tarea del psiquiatra de Urgencias no sería predecir el suicidio, sino buscar la forma más adecuada de prevenirlo. Así, a la hora de proponer un ingreso en psiquiatría tomará en consideración el potencial beneficio de la hospitalización sobre la situación global del paciente en lugar de basarse únicamente en la estimación del riesgo autolítico. Si la hospitalización se considera contraproducente o innecesaria, entonces un objetivo primordial sería fomentar un seguimiento ambulatorio, puesto que es lo que más efectividad ha demostrado en la prevención secundaria del suicidio<sup>7</sup> (más aún cuando en nuestro medio implica un tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico). De esta manera, realizar una intervención

en crisis, elaborar un Plan de Seguridad<sup>8</sup>, poder aportar una cita ambulatoria en menos de 7 días<sup>9</sup> u ofrecer contacto estrecho mediante llamadas telefónicas<sup>10</sup> u otros métodos de contacto podrían considerarse tareas más importantes del psiquiatra de Urgencias que tratar de predecir un futuro suicidio.

## Bibliografía

1. Large MM, Kapur N. Psychiatric hospitalisation and the risk of suicide. *Br J Psychiatry*. 2018;212:269–73.
2. Carter G, Milner A, McGill K, Pirkis J, Kapur N, Spittal MJ. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *Br J Psychiatry*. 2017;210:387–95.
3. Rosen A. Detection of suicidal patients: an example of some limitations in the prediction of infrequent events. *J Consult Psychol*. 1954;18:397–473.
4. Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD, Bush NE, Beech EH, Workman DE, et al. Prediction models for suicide attempts and deaths: a systematic review and simulation. *JAMA Psychiatry*. 2019;76:642–51.
5. Randall JR, Sareen J, Chateau D, Bolton JM. Predicting future suicide: clinician opinion versus a standardized assessment tool. *Suicide Life Threat Behav*. 2019;49:941–51.
6. Mitchell AJ, McGlinchey JB, Young D, Chelminski I, Zimmerman M. Accuracy of specific symptoms in the diagnosis of major depressive disorder in psychiatric out-patients: data from the MIDAS project. *Psychol Med*. 2009;39:1107–16.
7. Riblet NB, Shiner B, Young-Xu Y, Watts BV. Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2017;210:396–402.
8. Stanley B, Brown GK, Brenner LA, Galfalvy HC, Currier GW, Knox KL, et al. Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*. 2018;75:894–900.
9. Martínez-Alés G, Román-Mazuecos E, Jiménez-Sola E, Sánchez-Castro MP, Rodríguez-Vega B, de Dios C, et al. An emergency-department initiated intervention to lower relapse risk after suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*. 2019;9:1587–99.
10. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord*. 2013;147:269–76.

Daniel Hernández-Calle<sup>a,b,\*</sup>, Gonzalo Martínez-Alés<sup>c,d</sup>,  
Eva Román-Mazuecos<sup>a,b</sup>, Beatriz Rodríguez-Vega<sup>a,b,c</sup>  
y María Fe Bravo-Ortiz<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>b</sup> Grupo de Psiquiatría y Salud Mental, IdiPaz, Madrid, España

<sup>c</sup> Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

<sup>d</sup> Escuela Mailman de Salud Pública, Universidad de Columbia, Nueva York, Estados Unidos

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: soydanihdez@gmail.com  
(D. Hernández-Calle).

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.12.003>

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