

A PROPÓSITO DE UN INTENTO DE SUICIDIO A SUICIDE ATTEMPT

Navarro Pellicer, FM¹Navarro i Ros, FM²¹ Perito Judicial. Clininav SLP. Valencia.² Medicina familiar y comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. España.

Correspondencia: : fnavarro@semg.es

Resumen: Entorno a un millón de personas fallecen al año por un suicidio, y se estima una proporción entorno a 40 veces superior si el suicidio no se consuma. Es importante identificar factores de riesgo para saber cuando cuándo existe una situación de intento autolítico. Se presenta el caso de un varón de 52 años con una herida penetrante por arma blanca en región torácica, por el que se avisa al servicio de emergencias. Se evidencia hipotensión y sudoración, por lo que se procede a administrar medidas de soporte y traslado con los menores sobresaltos posibles, sin retirar el arma para, para evitar mayor daño. A la llegada al centro hospitalario, se interviene de Urgencia. Es importante conocer los antecedentes y la historia clínica del paciente para identificar factores de riesgo. El médico clínico ha de ser riguroso en la descripción del escenario y de las lesiones, para que la información entre los demás médicos y forenses sea más rigurosa. La comunicación entre el clínico y el forense en estos casos es importante porque permite al forense una valoración más completa y veraz sobre el suceso

Palabras clave: Suicidio, autolisis, herida arma blanca, simbolismo, transporte sanitario.

Abstract: Around a million people die per annum committing suicide. It is also estimated that a higher proportion than a 40% of people tries to commit suicide but at the end do not manage to. It is very important to know the risks and to be able to identify the intention of doing so. We are mentioning herewith the case of a man (52 years old), who self injured himself with a sharp weapon at the thoracic area and had to be taken urgently to emergencies. His blood pressure was very low and he was sweating severely. While taking him to hospital he was being suminstrated vital support and the ambulance drove very carefully because he had to be operated. We would like to emphasize the importance of a correct and rigorous medical history report from the patient to be handed over from the assistant doctor to the forensic and any other doctor describing the scene and type of injuries, in order to identify much better any factor of risk. The communication between the clinical assistant doctor and the forensic is very important because it enables the forensic to dispose of much more information as well as to know the real truth.

Key words: Suicide, self-injured, stab wound, symbolism, medical transport.

INTRODUCCIÓN:

La medicina clínica se nutre de las ciencias forenses para su desarrollo, pero en ocasiones puede ocurrir lo contrario que sean las ciencias forenses las que se nutran de la práctica clínica.

El suicidio es la décima causa de muerte en el mundo¹, entorno a un millón de personas fallecen al año por esta causa. Se estima que por cada suicidio consumado existen de 10 a 40 intentos de suicidio, proporción que se incrementa de 100 a 200 cuando se trata de población adolescente, todos estos actos constituyen un motivo importante de consulta en los servicios de Urgencias. Estas proporciones son extremadamente variables debido a la falta de registro de los intentos autolíticos y/o de suicidios consumados la mayoría de ocasiones por evitar la estigmatización social¹.

Además se ha de remarcar que en un 20% de los suicidios consumados existe previamente una ideación, un plan o un gesto autolítico, de aquí la importancia de conocer la historia clínica de la víctima antes de enfrentarse a un posible intento de suicidio, así como de averiguar la existencia de factores de riesgo: alteraciones psiquiátricas (depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de personalidad, delirium, trastorno de estrés postraumático), antecedentes

de impulsividad, historia de intentos previos y otros factores como: ser anciano de raza blanca, ser soltero o viudo, estar desocupado, padecer alguna enfermedad o dolor crónico grave, o tener antecedentes familiares de suicidio².

En el caso que se presenta todo apunta, en el lugar de los hechos, a un intento de homicidio, sin embargo y como se comprueba posteriormente, se trata de una tentativa de suicidio en un paciente con antecedentes psiquiátricos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

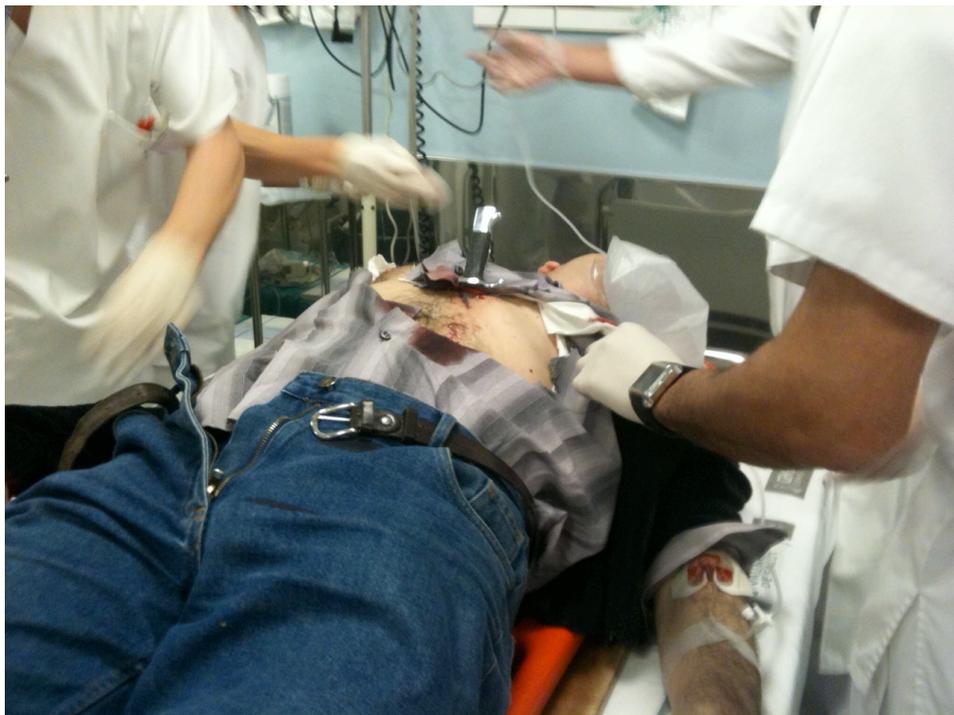
Se recibe llamada de emergencia para acudir al lugar de los hechos, donde se encuentra ya la policía. La víctima, varón de 52 años que está tendido en un garaje inconsciente en posición de supino, con un machete clavado hasta la cruceta, perforando la camisa y con un suéter que sí se haya entreabierto.

A la llegada del servicio de emergencias, la gente en la puerta y los gritos en la parte posterior de la casa hacen sospechar que se trata de un robo con violencia del cual el agresor ha huido .

Sobre el cuerpo no hay prácticamente sangre así como tampoco en las manos. La policía y los testigos refirieron que la herida es autoinflingida. Tras inspección del escenario, no se encuentra nota de suicidio.

Análisis de la víctima: hipotensión, sudoración e inconsciencia.

Análisis de la lesión: Herida corto punzante, localizada en hemitórax inferior izquierdo con penetración en abdomen, zona típica la precordial, en este caso única, no existen heridas de tanteo, la ropa no está apartada. El arma está presente y clavada hasta el mango en el tórax del paciente como se aprecia en las imágenes.





Consideraciones forenses: En primer lugar la trayectoria de arriba abajo con la empuñadura hacia la izquierda de la víctima y ligeramente desplazada por la última costilla hacia la izquierda. Esta dirección sería compatible en caso de homicidio el que la víctima estuviese agarrada por detrás por su agresor y este le apuñalara con la derecha³.

Las manos y la ropa no tienen sangre pese a lo aparatoso de la lesión.

Se corta la ropa para observar la herida y se deja inmovilizado el puñal.

Canalización de dos vía periféricas y perfusión de glucosalino a velocidad.

Oximetría por debajo de 90 por lo que se le pone oxígeno con reservorio.

Se realiza inmovilización raquídea completa con tabla espinal^{4,5}.

Acto seguido y sin demora se da la orden de luces de emergencia y se le manifiesta al conductor que se dirija a centro hospitalario, velocidad lenta y el trayecto para esquivar el mayor número de badenes, que suponen un riesgo para la inmovilización del machete en cavidad abdominal. Se evitan los saltos del paciente y los desplazamientos tanto en eje axial como lateral, los primeros por los baches los segundos por la velocidad y frenazos, así como toma de curvas que pudieran desplazar al paciente en sentido lateral.

Al repasar la historia clínica vemos los antecedentes depresivos de la víctima y un intento previo de automutilación en los dedos, tras un breve interrogatorio antes de iniciar el transporte, la policía refiere que se trata de un intento de suicidio con empuje del arma contra el coche.

Durante el traslado el paciente recupera levemente la consciencia efecto de la normalización de la volemia.

Se avisa a urgencias hospitalarias por radio durante el traslado y a su llegada, con el equipo quirúrgico de guardia preparado, se realiza radiografía para comprobar penetración, y se procede a la intervención. Durante la intervención se demuestra que la puñalada respeta órganos vitales y vasos importantes.

DISCUSIÓN

Los suicidas no solo buscan el órgano diana por su posible efectividad letal sino también por su simbolismo afectivo místico⁶. El punto Hara del Japón, punto sagrado de la meditación zen, zona de equilibrio y punto central del organismo. En occidente, el corazón, también místico (imaginería religiosa), lo encontramos en expresiones cotidianas; me has herido en el corazón, te quiero de corazón etc....

Por esto mismo y afortunadamente el suicida hierra en su intento ya que busca una localización empírica mas que anatómica.

Es importante que el clínico conozca este tipo de heridas, el mecanismo de producción, trayectoria, tipo de arma, así como realizar una descripción minuciosa tanto de la lesión como del escenario. Todo ello contribuye también a un mejor tratamiento^{7,8} que evita un desenlace fatal. En caso de tentativa de suicidio es necesario conocer antecedentes médicos y psiquiátricos del paciente como se extrae de casos similares⁹.

En España, posiblemente debido a esta falta de comunicación y disparidad en los registros clínicos, hace que haya diferencias ostensibles entre los datos ofrecidos por los institutos de medicina legal y el Instituto nacional de estadística¹⁰. Se lograrían mejores datos, además de una mejora en la investigación si hubiera un mayor conocimiento forense en la medicina clínica y todo ello se reflejase en la historia.

DISCUSIÓN

Aunque en este caso existen numerosos acontecimientos que no vivirá el forense, se puede extraer conclusiones de los hechos, incluso algunas educativas para la población general.

Al contrario de lo que ocurre en una parada cardiorrespiratoria donde se ha de actuar para salvar una vida, en este caso, ofrecer tratamiento de soporte, inmovilizar el instrumento agresor y dejar en manos especializadas la retirada, es la mejor actuación posible, realizándose el traslado con los mínimos sobresaltos, avisando al centro hospitalario de referencia de la gravedad del caso para no demorar las acciones diagnóstico-terapéuticas.

Este intento de suicidio no cumple criterios claros: no hay manuscrito, no hay manuscrito, no aparta la ropa, existe herida única sin tanteo. El historial clínico psiquiátrico, los intentos autolíticos anteriores y el relato de los testigos contribuyen a esclarecer los hechos.

En los casos sin víctima mortal haría falta una mayor recopilación de datos del lugar de los hechos que den la certeza de que no se ha realizado un crimen y basarse más en el diagnóstico por evidencia y no por conclusión indirecta excluyente. Por consiguiente, es importante mantener una comunicación clínico-forense fluida, así como un mínimo de conocimientos forenses de los clínicos en general.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* 2009; 373:1372.
2. Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ* 2008; 337:a2205.
3. Gisbert Calabuig JA, Villanueva Cañadas E. *Medicina legal y toxicología*, Masson, 6ª Ed. 2004.
4. American College of surgeons, *ATLS manual*, 8th edition, 2008.
5. Dongel I, Coskun A, Ozbay S, Bayram M, Atli B. Management of thoracic trauma in emergency service: Analysis of 1139 cases. *Pak J Med Sci.* 2013. Jan;29(1):58-63
6. Vicente Muelas N, Ochoa Mangado E. Consideraciones sobre el suicidio: una perspectiva histórica. *Psiquiatría.com* 11;3. 2007.
7. Alihodzic-Pasalic A, Grbic K, Pilav A, Hadzismailovic A, Grbic E. Initial treatment of isolated thoracic injuries. *Med Arh.* 2013;67(2):107-10
8. Kennedy RO, Gonzalez RP, Brevard SB. Penetrating thoracic arrow injury: a flashback to the Wild West. *Am Surg.* 2013 Nov;79(11):1226
9. Di Savero S, Kawumukai K, Biscordi A et al. *Emerg Med J* 2014,31:29
10. Giner L, Guija JA. Numero de suicidios en España: diferencias entre los datos del instituto nacional de estadística y los aportados por los institutos de Medicina Legal. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc).* 2014.