

Suicidio en la edad pediátrica: presentación de 30 casos

B. Osona Rodríguez, M. González Vicent, S. Mencía Bartolomé y J. Casado Flores

Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario del Niño Jesús. Madrid.

(An Esp Pediatr 2000; 52: 31-35)

Objetivo

Evaluación de los intentos de suicidio en la población pediátrica y su repercusión sobre la morbimortalidad a dicha edad.

Pacientes y métodos

Se han estudiado retrospectivamente 30 casos correspondientes a 26 pacientes, de edades comprendidas entre los 11 y 19 años (media 15,5 años), ingresados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos por un intento de suicidio en el período comprendido entre enero de 1991 y abril de 1999.

Resultados

Los factores analizados fueron edad, sexo, factor desencadenante, número de intentos previos, síntomas, método empleado, tratamiento y mortalidad. El grupo de edad en que se encontró mayor incidencia fue el de 14 a 17 años, con un 73% de los casos (n = 22). En cuanto al sexo, había un claro predominio femenino, ya que el 96% de los casos eran mujeres (n = 29). En el 40% (12 casos) se objetivó la presencia de intentos previos de suicidio. La afección subyacente más frecuentemente encontrada fue la anorexia nerviosa (en el 70% de los casos). El método empleado para el suicidio fue la ingesta de tóxicos en el 93% (28 casos). La sintomatología más frecuente fue la alteración del sistema nervioso central, que se produjo en 20 casos. El tratamiento más utilizado fue el carbón activado en dosis repetidas durante las primeras 48 h. En cuanto a la evolución, fue favorable en todos los casos, excepto en 2 pacientes que fallecieron.

Conclusiones

Los intentos de suicidio constituyen un hecho creciente en la adolescencia, por lo que el pediatra debe estar preparado para afrontarlos y efectuar una adecuada intervención terapéutica en los planos médico, familiar y social.

Palabras clave:

Suicidio. Intoxicación. Anorexia nerviosa.

SUICIDE IN PEDIATRIC PATIENTS: 30 CASES

Objective

The aim of this study was to evaluate suicide attempts in pediatric population and analyze the morbimortality.

Patients and methods

We have reviewed thirty reports from twenty six patients hospitalized in UCIP by suicide attempts with an average age of 15.5 years (range 11-19) between January 1991 and April 1999.

Results

The following variables were analyzed: age, sex, precipitating suicidal event, number of suicide attempts, symptoms, method, treatment and mortality. The age group with more incidence was between 14 and 17 years with 73% (22 cases). The majority were girls (96%). There were prior suicide attempt in 40% (12 cases). Psychiatric disorder more frequently associated was anorexia nervosa in 70%. The most common method was self-poisoning (93%). Neurologic symptoms were seen in 20 cases. The more used treatment was activated coal. The clinical outcome was favourable and only two patients died.

Conclusions

The suicide attempts are happening more frequently in the adolescence in the last years. Pediatricians have to be prepared to recognize and provide prompt attention to acute medical, familiar and social problems.

Key words:

Suicide. Intoxication. Anorexia nervosa.

INTRODUCCIÓN

Los intentos de suicidio constituyen una situación creciente en la adolescencia, que contribuye significativamente a la morbilidad y mortalidad de niños y adolescentes. El suicidio es la tercera causa de muerte durante la adolescencia¹, pero, ya que las tasas de muerte entre

Correspondencia: Dr. J. Casado Flores. Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario del Niño Jesús. Avda. Menéndez Pelayo, 65. 28009 Madrid.

Recibido en junio de 1999.

Aceptado para su publicación en noviembre de 1999.

los adolescentes son bajas, el paciente pediátrico suicida es un caso relativamente raro para cualquier médico. Los intentos de suicidio son, sin embargo, mucho más frecuentes que el suicidio consumado^{2,3}, por lo que constituyen un importante problema de salud. La identificación de factores de riesgo de comportamiento suicida es una prioridad para detectar a los niños con posibles trastornos mentales y prevenir sucesivos intentos⁴.

Las estadísticas indican que las tasas de suicidio entre los adolescentes se han triplicado entre 1960 y 1980, permaneciendo relativamente estables en el resto de la población⁵. Debido a sus implicaciones potencialmente letales, suelen requerir monitorización y tratamiento intensivo, por lo que es un motivo de ingreso que está au-

mentando en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

En el presente trabajo se quiere destacar la importancia de una situación que es comúnmente ignorada en las publicaciones pediátricas actuales, exponiendo datos específicos de nuestro entorno.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se estudian retrospectivamente las historias clínicas de 30 casos correspondientes a 26 pacientes, de edades comprendidas entre los 11 y 19 años (media 15,5 años), atendidos en nuestra unidad por intento de suicidio en el período comprendido entre enero de 1991 y abril de 1999. Las características de los pacientes aparecen reflejadas en la tabla 1.

El análisis incluyó la revisión de las características demográficas de dicha población, la presencia y tipo de enfermedad psiquiátrica previa y existencia de intentos de autólisis anteriores. También se valoraron el método utilizado, los signos y síntomas presentes al ingreso, el tratamiento requerido y la mortalidad.

RESULTADOS

Los 30 casos reseñados (tabla 1) pertenecen a 26 pacientes con rango de edades comprendidas entre los 11 y 19 años (media 15,5 años). Durante el período de estudio, cuatro de ellos precisaron ser reingresados por el mismo motivo y dos fallecieron.

El grupo de edad en el que se encontró mayor incidencia fue el de los 14 a 17 años, con un 73% de los casos (n = 22) y en segundo lugar los mayores de 17 años con un 13% (n = 4). Aunque más infrecuente, no hay que olvidar por su excepcional importancia el grupo de 11 a 14 años, que cuenta con la presencia de 3 casos.

En cuanto al sexo había un claro predominio femenino, ya que el 96% de los casos (n = 29) eran mujeres.

En el 40% (12 casos) se objetivó la existencia de intentos previos de suicidio. La mitad de ellos (n = 6) lo habían intentado en tres ocasiones y una cuarta parte (n = 3) había realizado más de tres intentos.

El 83% (25 casos) recibían asistencia psiquiátrica previa. La afección subyacente más frecuentemente encontrada fue anorexia nerviosa (70%), diagnosticada según los criterios del DSM-III-R.

Los casos restantes presentaban trastornos depresivos. El fracaso escolar se confirmó como motivo directo sólo en una ocasión.

El método empleado para el suicidio fue la ingesta de tóxicos en el 93% (28 intentos); en el 56% (17 intentos) se combinaron varios tóxicos, siendo los antidepresivos los más comúnmente empleados (18 casos), seguidos de las benzodiazepinas (15 casos).

Otras sustancias utilizadas fueron neurolépticos (4 casos), ácido acetilsalicílico (2 casos), paracetamol (un ca-

TABLA 1. Características de los pacientes

Número	30 (26 pacientes)
Edad	11-19 años
Sexo	
Niñas	25
Niños	1
Factor desencadenante	
Anorexia nerviosa	17
Psicosis maníaco-depresiva	2
Depresión	1
Trastorno obsesivo-compulsivo	1
Fracaso escolar	1

TABLA 2. Clasificación de las sustancias ingeridas

Benzodiazepinas
Clorazepato
Lorazepam
Clordiazepóxido
Medazepam
Diazepam
Bromazepam
Lormetazepam
Antidepresivos
Clorimipramina
Imipramina
Amitriptilina
Fluoxetina
Anticolinérgicos
Akinetón
Neurolépticos
Haloperidol
Flupentixol
Antibióticos
Metronidazol
Espiramicina
Cloroquina
Proguanil
Ácido acetilsalicílico
Hormonas tiroideas
Anticomociales
Fenitoína
Fenobarbital
Carbamacepina

so), hormonas tiroideas (un caso), antibióticos (2 casos), anticolinérgicos (2 casos), y alcohol (un caso) (tabla 2).

Los signos y síntomas que aparecieron con más frecuencia se debieron a alteración del sistema nervioso central (SNC) (20 casos) y consistieron en ataxia, disartria, convulsiones, alteraciones pupilares y coma (disminución de la escala de Glasgow entre 7 y 14) (tabla 3).

El tratamiento más común (en el 80% de los casos) fue la administración de carbón activado en dosis repetidas de 1-2 g/kg durante un tiempo máximo de 48 h; también fueron usados métodos para aumentar la eliminación del tóxico (diuresis forzada o alcalinización de la orina). Se utilizó flumacenoil en sólo seis ocasiones, siendo suficiente en todos los casos con una dosis de 0,3 mg, con mejoría de la clínica neurológica a los pocos minutos.

La evolución fue favorable excepto en 2 casos. Uno de ellos era una paciente diagnosticada de anorexia nerviosa que ingresó en la UCIP en parada cardiorrespiratoria tras arrojarse al vacío; se instauró reanimación cardiopulmonar durante 30 min, y ante la falta de respuesta, se obtuvo autorización de los padres para la donación de órganos a corazón parado. Otra paciente, también diagnosticada de anorexia nerviosa, con ingestión masiva de alimentos, bebidas gaseosas y alcohol, ingresó en la UCIP por dificultad respiratoria grave secundaria a un cuadro de abdomen agudo por perforación gástrica y falleció a las 24 h del ingreso.

DISCUSIÓN

Aunque la adolescencia es una edad relativamente sana, el grupo de edad comprendido entre 15 y 25 años es el único en el que la tasa de mortalidad no ha disminuido de forma significativa desde 1960³. Esto es secundario a las causas violentas: accidentes y suicidios³. En las últimas tres décadas, la tasa de suicidios real ha aumentado espectacularmente y cada vez a una edad más temprana^{1,6,7}. Estos datos pueden estar subestimados ya que algunos autores⁸ creen que numerosas muertes "accidentales" son realmente suicidios no comunicados como tales a causa del estigma social o por prejuicios religiosos relacionados con este tema. La relación entre los intentos de suicidio y su consumación en adolescentes es muy amplia y oscila entre 50-150/1⁹.

En este trabajo hay que reseñar que sólo son ingresados en nuestra unidad los casos que por su gravedad requieran el empleo de medidas de monitorización y terapia intensiva, pero el número de intentos de suicidio atendidos en nuestro hospital es superior, siendo los de carácter más leve ingresados en otras salas.

La edad media encontrada en nuestros pacientes coincide con la reseñada en la bibliografía médica³. Se observa que los intentos de suicidio son mucho más comunes después de la pubertad, mientras que los pacientes prepuberales pueden tener ideas suicidas, pero

TABLA 3. Sintomatología neurológica

Síntoma	Número de casos (%)
Somnolencia	14 (46)
Coma	3 (10)
Trastornos del lenguaje	3 (10)
Ataxia	1 (3)
Crisis convulsiva	1 (3)
Alucinaciones	1 (3)
Síntomas anticolinérgicos	1 (3)

suelen estar protegidos contra el suicidio por su inmadurez cognitiva. Cuando el comportamiento suicida se observa en la preadolescencia, está casi invariablemente asociado con abuso sexual⁶. Los problemas familiares, los intentos de suicidio maternos y la toxicomanía en los padres fueron los factores de riesgo asociados a adolescentes con intentos de suicidio¹⁰.

En nuestra serie destaca la alta proporción de mujeres (96%). Habitualmente los varones superan a las mujeres en cuanto a suicidios consumados (3/1), mientras que sucede lo contrario respecto a los intentos de suicidio (4 mujeres por cada varón)⁶.

Esta diferencia parece estar relacionada en parte con los métodos empleados por cada sexo. Los varones emplean métodos más letales como arma de fuego o ahorcamiento. Por contra, las mujeres adolescentes suelen intentar el suicidio mediante la ingestión de medicamentos^{4,11}. La explicación del predominio de mujeres ingresadas en nuestra UCIP sería, en primer lugar, las pocas posibilidades de encontrar con vida a un individuo que hubiera empleado métodos letales y, en segundo lugar, la presencia en nuestro centro de una importante unidad especializada en la atención de pacientes con anorexia nerviosa, con el predominio de mujeres que conlleva esta enfermedad.

Resulta preocupante la existencia de intentos previos en más de la mitad de los casos encontrados. Generalmente el pediatra subestima la importancia de un intento previo "menor" sin riesgo para la vida del paciente, y existe un alto riesgo de repetidos comportamientos suicidas en adolescentes con intentos previos de suicidio¹². Así, en un estudio realizado en 100 niños de menos de 16 años, la tasa de repetición del intento autolítico durante un año de seguimiento era del 20%¹³. De hecho, la mayor parte de intentos de suicidio son impulsivos y con escaso potencial lesivo. El motivo parece ser un deseo de llamar la atención, comunicar algo o escapar de una situación difícil, aunque no resulta fácil distinguir las verdaderas tentativas de suicidio de las llamadas de atención o de conductas de tipo histérico. Sólo un tercio de adolescentes que intentan suicidarse desean realmente la muerte⁶, pero esto no impli-

ca que se le reste importancia. Al menos un 50% de los adolescentes suicidas han realizado intentos previos y en estudios de seguimiento la tasa de repetición del intento fue del 6-15% por año, siendo el riesgo de consumación del 0,1-10%⁶. Una de las pacientes fallecidas, mencionada en nuestro trabajo, había realizado dos intentos de suicidio en los años anteriores y encontramos a un paciente que a los 14 años de edad ya había realizado cuatro intentos previos. Por tanto, no debe olvidarse que uno de los factores de riesgo más importantes en el adolescente suicida es la presencia de un intento previo. Besseghini realiza una revisión de los factores precipitantes, asesoramiento del riesgo de suicidio y una descripción de los tratamientos¹⁴.

La enfermedad subyacente previa¹⁵ encontrada mayoritariamente, la anorexia nerviosa¹⁶, coincide con las características especiales del origen de los pacientes ingresados en nuestro hospital y que hemos señalado anteriormente. En la sociedad actual, que valora la delgadez como la forma femenina ideal, las niñas reaccionan a menudo negativamente frente a la pubertad porque en las mujeres ésta implica un aumento de la adiposidad, de ahí el aumento progresivo de la anorexia nerviosa coincidiendo con el inicio del desarrollo puberal¹⁷.

Una gran parte de los casos presentaban conflictos familiares¹⁸, pero el fracaso escolar constaba como desencadenante específico en un solo caso.

En 4 pacientes existía alguna enfermedad psiquiátrica de base: depresión, psicosis maniaco-depresiva (2 casos) y trastorno obsesivo-compulsivo. Todos presentaban un importante componente depresivo, lo que sugiere que la detección precoz y el tratamiento efectivo de los adolescentes con trastornos depresivos pueden ser una profilaxis eficaz contra las ideas suicidas de dichos pacientes¹⁹.

El método empleado para el intento suicida que encontramos coincide con el perfil trazado del adolescente que intenta suicidarse: adolescente mujer que ingiere drogas o medicación en su hogar o en la escuela en presencia de otros o en situaciones que pueden ser fácilmente descubiertas⁸. Los fármacos empleados frecuentemente son el tratamiento seguido por la víctima (antidepresivos o benzodiacepinas) o por otros miembros de la familia. El fácil acceso a una gran cantidad de fármacos en el hogar medio explica la mayor parte de intoxicaciones por combinación de los mismos. Otro método usado con menor frecuencia fue la precipitación al vacío, aunque éste con resultado mortal en un caso e importantes secuelas traumatológicas en otra paciente. En adultos, los intentos de suicidio por precipitación son realizados comúnmente por pacientes con trastornos psiquiátricos mayores como esquizofrenia. En niños es menos frecuente, pero el manejo es difícil porque presentan una elevada morbimortalidad²⁰. Los cortes en la muñeca habían sido un antecedente personal en varios casos.

Según el método de intento de suicidio utilizado cambian las características epidemiológicas y el resultado del mismo. Los niños y los adolescentes mayores tienden a usar métodos más letales, incluso en este grupo de edad, los intentos de suicidio implican más a menudo afectación psiquiátrica, toxicomanía y abuso de alcohol. Las armas de fuego también se asocian con mayor mortalidad²¹.

En cuanto al cuadro clínico acompañante, es normal la aparición de alteraciones del SNC²² teniendo en cuenta la medicación usada. Considerando la alta proporción de pacientes que se intoxicaron con antidepresivos, es llamativo el hecho de que no aparecieran trastornos del ritmo cardíaco en ningún caso.

La prueba de que el grado de intoxicación no fue grave es que el empleo de flumacénilo no superó el 50% de los casos en los que se produjo el consumo de benzodiacepinas.

Las intervenciones terapéuticas ante un intento de suicidio deberían estructurarse en tres niveles, destacando como prioridad el tratamiento de las complicaciones médicas; en primer lugar, se debe proporcionar protección física inmediata al adolescente suicida para que no se produzca un nuevo intento; en segundo lugar, se debe tratar la enfermedad psiquiátrica subyacente y, en tercer lugar, solucionar los problemas sociales y familiares.

Los pacientes pediátricos con emergencias provocadas por trastornos psiquiátricos tienen consideraciones especiales en cuanto a su tratamiento²³. Se han utilizado múltiples terapias distintas en el tratamiento del adolescente suicida como reflejan Greenhill et al²⁴. Son importantes el apoyo y la información del personal sanitario que trabaja en las UCIP para contribuir a la disminución de los intentos de suicidio²⁵.

El pediatra debe estar preparado para considerar seriamente todos los intentos de suicidio y el curso de acción más seguro en la mayoría de los casos es la hospitalización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kachur S, Dotter L, Powell K, Rosenberg M. Suicide: epidemiology, prevention, treatment. *Adolesc Med* 1995; 6: 171-182.
2. Marks A. Management of the suicidal adolescent on a nonpsychiatric adolescent unit. *J Pediatr* 1979; 95: 305-308.
3. Neinstein L. Suicidio. Salud del adolescente. Barcelona: JR Prous Editores, 1991; 833-837.
4. Wannan G, Fombonne E. Gender differences in rates and correlates of suicidal behaviour amongst child psychiatric outpatients. *J Adolesc* 1998; 21: 371-381.
5. Suicide-United States 1970-1980. *MMWR* 1985; 34: 353-357.
6. Brent D. Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatr Rev* 1993; 14: 380-388.
7. Jellinek MS, Snyder JB. Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatr Rev* 1998; 19: 255-264.

8. Tishler C. Adolescent suicide: assessment of risk, prevention, and treatment. *Adolesc Med* 1992; 3: 51-59.
9. Mc Intire NS, Agle CR, Schlicht ML. Suicide and self poisoning in pediatrics. *Adv Pediatr* 1977; 24: 291-349.
10. Pfeiffer CR, Normandin L, Kakuma T. Suicidal children grow up: relations between family psychopathology and adolescents' lifetime suicidal behaviour. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 269-275.
11. American Academy of Pediatrics. Committee on Adolescence. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics* 1988; 81: 322-324.
12. Roberts RE, Roberts CR, Chen YR. Suicidal thinking among adolescents with a history of attempted suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 1294-1300.
13. Kerfoot M, Mc Hugh B. The outcome of childhood suicidal behaviour. *Acta Paedopsychiatr* 1992; 55: 141-145.
14. Besseghini VH. Depression and suicide in children and adolescents. *Ann NY Acad Sci* 1997; 17: 94-98.
15. Hodgman C. Adolescent Depression and Suicide. *Adolesc Med* 1990; 1: 81-95.
16. G. Morandé L. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: ¿una epidemia? *An Esp Pediatr* 1998; 48: 229-232.
17. Litt I. Los pediatras y el desarrollo puberal y psicosocial. *Pediatr Rev (ed. esp.)* 1995; 16: 351-354.
18. Rickert V, Porter-Levy S, Levy R, Porter Rickert C. Psychological and Psychiatric Emergencies: Strategies for Providers. *Adolesc Med* 1993; 4: 193-201.
19. Ryan N, Puig-Antich J, Ambrosini P, Rabrosch H, Robinson D, Nelson B. The clinical picture of Major Depression in Children and Adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 854-861.
20. Le Heuzey MF, Perusson O. Attempted suicide by defenestration in Children and Adolescents. *Ann Pediatr (Paris)* 1993; 40: 526-531.
21. Li G, Ling J, DiScala C, Nordenholz K, Sterling S, Baker SP. Characteristics and outcomes of self inflicted pediatric injuries: the role of method of suicide attempt. *Inj Prev* 1997; 3: 115-119.
22. Wiley J. Drug-related coma in the adolescent. *Adolesc Med* 1993; 4: 149-165.
23. Sater N, Constantino J. Pediatric emergencies in children with psychiatric conditions. *Pediatr Emerg Care* 1998; 14: 42-50.
24. Greenhill LL, Waslick B. Management of suicidal behaviours in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20: 641-666.
25. Mc Manus BL, Kwesi MJ, Dontes AE, Defazio CR, Pietrowski JI, Woodworh PJ. Child and adolescent suicide attempts. An opportunity for emergency departments to provide injury prevention education. *Am J Emerg Med* 1997; 15: 357-360.