

*INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE MEDICINA 10 DE OCTUBRE
HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE DE CENTRO HABANA*

*TITULO: Caracterización de la intoxicación intencional suicida en
adolescentes ingresados en cuidados intensivos (2000-2006).*

*AUTORA: Dra. Ibis de la Caridad Rojo Cásares.
Especialista de I Grado en Pediatría.
Profesora Instructora.*

*TUTORA: Dra. Vivian Rosario Mena Miranda
Especialista de II Grado en Pediatría y Medicina
Crítica. Profesora auxiliar*

*ASESOR: MsC. Dr. Roberto Zayas Mujica
Especialista de II Grado en Pediatría
Master en Toxicología.*

**TRABAJO DE TERMINACION DE LA MAESTRIA PARA OPTAR POR EL
TITULO DE MASTER EN URGENCIAS MÉDICAS
LA HABANA, CUBA. 2007**



“... Intentos fallidos de suicidio pueden significar una petición de ayuda, de ignorarlos pueden ser precursores de posteriores intentos...”

DEDICATORIA:

*Al bienestar y la salud de los
adolescentes.*

AGRADECIMIENTOS:

Al Dr. Wilfredo Llorente Rojo por su valiosa participación en la realización de este trabajo.

A todos los que de una forma u otra han contribuido.

RESUMEN:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo con el objetivo de caracterizar algunos aspectos del comportamiento de la intoxicación intencional suicida en adolescentes ingresados en la UCI del Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana en el período 2000 – 2006. La unidad de análisis se constituyó por un total de 79 pacientes ingresados con ese diagnóstico y se estudiaron algunas variables epidemiológicas, algunos aspectos relacionados con el tóxico, elementos del manejo terapéutico integral, factores de riesgo bio-psico-sociales y la letalidad de las intoxicaciones. Se realizó análisis de frecuencias absolutas y relativas. La intoxicaciones intencionales con fin suicida representaron el 20% de las intoxicaciones en general atendidas en el período, el grupo de edad de 13-14 y el sexo femenino fueron los más afectados (72.1% y 76 % respectivamente), predominando los pacientes provenientes de área urbana (67%). Los tóxicos mas involucrados fueron los medicamentos y entre estos los psicofármacos (43%) y la Carbamazepina (34%); en un 65.8% se utilizó un solo tipo de tóxico (intoxicación monotóxica). El 10.1 % de los pacientes requirió tratamiento dialítico y la evaluación por psiquiatría dentro del servicio de UCI se logró en el 70.8% de los adolescentes intoxicados. Se identificó factores de riesgo en el 91.1 % del total de pacientes evaluados siendo el intento suicida previo (25%), los trastornos de conducta (21.4%), la depresión (21.4%) y la disfunción familiar (16.1%) los factores mayormente involucrados. La letalidad de la intoxicación intencional suicida fue del 3.8%.

INTRODUCCION

Las intoxicaciones exógenas agudas son tan antiguas como la humanidad. Desde épocas remotas el hombre ha estado expuesto a disímiles tipos de venenos (1). Las descripciones más antiguas provienen del Papiro de Ebers, que data de 1500 a.n.e y de la propia Biblia (2). Las primeras recogidas en la literatura médica se remontan al siglo XVIII (3).

Cuando hacemos referencia a la morbilidad del adolescente, tenemos que tener en cuenta las intoxicaciones.

En esta etapa de la vida las intoxicaciones revisten características especiales y un rasgo distintivo es la intencionalidad, siendo la exposición al tóxico de forma voluntaria con un objetivo o finalidad, por lo que se clasifican en suicidas y por consumo de drogas llamadas por algunos autores como recreacionales, constituyendo un gran drama para el adolescente, la familia y la sociedad (4,5).

Para referirnos a la intoxicación intencional suicida debemos valorar dos aspectos: la conducta suicida y las características del adolescente.

El suicidio, definido como el “acto humano de autolesionarse con el fin de perder la vida”, constituye una muerte voluntaria, considerada por la mayoría de los científicos sociales como una conducta compleja que tiene causas biológicas, psicológicas y sociales. Aparece en todas las sociedades desde tiempos más remotos. Durante el imperio Romano se consentía e incluso era considerado como acto honroso. Hoy está condenado por la religión cristiana, judía e islámica. A lo largo de la historia ha variado la actitud de la sociedad ante este acto, las formas y su frecuencia (6).

A nivel mundial, el suicidio ocupa un lugar entre las diez primeras causas de muerte, cada día más de 1000 personas se suicidan en el mundo, lo intentan cientos de miles de cualquier cultura, religión, etnia o posición socioeconómica. Lo intentan más los adolescentes, fundamentalmente del sexo femenino, sin embargo es más letal en el sexo masculino. La ingestión de sustancias

constituye una de las vías más utilizadas, aunque se ha visto por diferentes estudios que la forma de ejecución está en relación con los medios disponibles (7,8).

Existe una tendencia actual de incremento en las tasas de suicidio siendo la población diana los adolescentes y los jóvenes. En Cuba a partir de los años 80 se ha observado una tendencia descendente en las tasas de suicidio. Según datos registrados en 1999 en el grupo de edades entre 15 – 19 años, el suicidio ocupó el segundo lugar en la mortalidad y en el grupo de 10 – 14 años, el lugar quinto, produciendo señales que el suicidio representa la tercera causa de muerte en adolescentes cubanos (9).

La conducta suicida incluye las ideas de muerte, la ideación suicida, las amenazas, los gestos de suicidio o parasuicidio, los intentos y el suicidio consumado (10).

En la génesis de la conducta suicida juega un papel esencial los factores de riesgo considerados como efectos con altas probabilidades de daño o resultados no deseados para el adolescente, teniendo como característica fundamental la interrelación entre ellos, lo que le da un carácter de multifactorialidad (7).

En cuanto a la clasificación de los factores de riesgo, existe diversidad de formas para clasificarlos, aunque en su esencia todas estas se proyectan en el contexto bio-psico-social.

De forma general el adolescente propenso a la conducta suicida, puede tener historia de trastornos en el control de impulsos, agresividad, hostilidad, baja tolerancia a la frustración, demandantes de atención y afecto, trastornos mentales del humor distímico, trastornos incipientes de la personalidad, intentos suicidas anteriores, entre otros factores. En la esfera familiar pueden existir antecedentes de hogares rotos, inestables, disfunción familiar, violencia doméstica y ausencia de padres (11,12).

La adolescencia es un concepto relativamente moderno, definido a mitad del siglo pasado, como una fase específica en el ciclo de la vida humana, estando ligada a los cambios económicos, culturales, sociales y políticos (13).

Es una etapa entre la niñez y la edad adulta que cronológicamente se inicia por los cambios puberales caracterizados por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivas. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones (13).

De acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), trasciende entre los 10 y los 19 años de edad, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 – 14 años) y la adolescencia tardía (15 – 19 años) (9).

Los adolescentes cubanos representan la séptima parte de la población total, proporción similar a Estados Unidos y Canadá. Difieren de los países de la región donde representan la quinta parte (14,15).

Las características propias del adolescente derivadas de las transformaciones bio-psico-sociales presentes en esta fase de la vida, tales como búsqueda de autonomía, independencia, cambios de conducta, variaciones del estado anímico, por mencionar algunas, unido a factores de riesgo, propician conflictos no tolerables, por lo que el suicidio representa una posibilidad de solución (14 - 16).

Las estadísticas de nuestro país basadas en los registros de morbilidad, señalan que por cada suicidio en adolescentes de la fase temprana se realizan 90 intentos, con cifras similares en Estados Unidos donde existe una proporción suicidio/intento de 1/100 (10,15). Si a esto le añadimos que la forma más frecuente de ejecutarlo es la ingestión de sustancias tóxicas, podemos

afirmar que la intoxicación intencional suicida es causa frecuente de morbilidad en los adolescentes (8).

La intoxicación intencional suicida representa un problema de salud a nivel internacional si tenemos en cuenta el incremento de la morbilidad y la trascendencia social de la conducta suicida (8). Es una urgencia médica donde el tiempo es vida y calidad de vida, por lo que la evolución y el pronóstico dependerán en gran medida de la rapidez y la eficiencia del diagnóstico y tratamiento (17).

La mortalidad es baja superando el 0.5 % de las intoxicaciones accidentales. Aproximadamente del 3-7 % requiere ingreso en la UCI por su gravedad, lo cual contrasta con lo expuesto por otros autores que citan cifras en el rango del 10-15%, lo que representa un peligro potencial de muerte y secuelas en el paciente así como la necesidad de invertir recursos económicos cuantiosos destinados a la atención de estos pacientes, hecho que puede evitarse con la aplicación de medidas de prevención (17-20).

El manejo de la intoxicación intencional suicida debe ser multidisciplinario con la participación de pediatras, toxicólogos, nefrólogos y psiquiatras. La conducta suicida constituye una urgencia psiquiátrica frecuente en los adolescentes, por lo que la valoración por psiquiatría debe hacerse lo antes posible una vez que el paciente esté consciente y bien orientado (8, 21, 22).

Las inclinaciones actuales de los índices de peridiocidad o frecuencia son confusos y no totalmente fiables, dado que no existe uniformidad en la recogida de estadísticas y cada país lo registra de una manera diferente, limitándose en su mayoría a estudios en pequeñas muestras, elemento que también es agravado por la repercusión social de la conducta suicida y el hecho de ocultarlo por parte de los familiares.

Teniendo en cuenta la magnitud del problema que representa la intoxicación intencional suicida en adolescentes, grupo poblacional al que el estado ha priorizado y destinado cuantiosos recursos, es que nos vemos motivados a

realizar esta investigación, evaluando el comportamiento del evento y de esta forma contribuir en el manejo integral.

OBJETIVOS

General:

Caracterizar algunos aspectos del comportamiento de la intoxicación intencional suicida en pacientes ingresados en la UCI del Hospital Pediátrico de Centro Habana.

Específicos:

- 1- Caracterizar variables epidemiológicas en la población estudiada en cuanto a morbilidad, edad, sexo y lugar de procedencia.
- 2- Identificar tipo y cantidad de tóxicos involucrados en la intoxicación.
- 3- Describir elementos del manejo terapéutico integral relacionados con los métodos dialíticos y la evaluación por psiquiatría
- 4- Identificar factores de riesgo en la conducta suicida.
- 5- Determinar la letalidad de la intoxicación intencional suicida en la población estudiada.

METODO

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el Hospital Docente Pediátrico de Centro Habana con el objetivo de caracterizar algunos aspectos del comportamiento de la intoxicación intencional suicida en adolescentes que ingresaron con este diagnóstico en la Unidad de Cuidados Intensivos, en el

período comprendido entre el 1 ero de Enero del 2000 al 31 de Diciembre del 2006.

Del universo de adolescentes con edades entre 10-19 años, con diagnóstico de intoxicaciones exógenas intencionales suicidas atendidos en el servicio, se seleccionó la muestra objeto de estudio donde se incluyeron aquellos adolescentes que se intoxicaron con fin suicida cuyas historias clínicas contaban con la totalidad de los datos necesarios para nuestra investigación, quedando conformada nuestra unidad de análisis por un total de 79 pacientes.

Para la realización de este estudio se consultaron los Registros de Morbilidad Continua de los años 2000 – 2006 del Departamento de Estadística del Hospital Docente Pediátrico de Centro Habana de donde se obtuvo la información general de los pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de intoxicación intencional suicida y se procedió posteriormente, previa coordinación y aprobación por la dirección del hospital y del Consejo Asesor Científico, a la revisión de la totalidad de las historias clínicas, de donde se obtuvo la información necesaria. Para cada paciente se utilizó una planilla de Modelo de Recolección del Dato Primario, que fue confeccionado por la propia autora de acuerdo a los objetivos de la investigación (ANEXO 1). La revisión de las historias clínicas se realizó de manera minuciosa y detallada por la propia autora.

Operacionalización de las variables:

- Edad: Se dividió en tres grupos de edades como sigue: 10 – 12; 13-14; 15 o más.
- Sexo: Se consideró masculino y femenino.
- Lugar de residencia: Se clasificó de acuerdo a las características del lugar de procedencia en área urbana y área rural.
- Tipo de tóxicos: Teniendo en cuenta que las intoxicaciones en esta edad son mayoritariamente por medicamentos y a algunas características propias de disponibilidad de los mismos en nuestro medio decidimos agruparlos en:

Psicofármacos: Se incluyeron dentro de esta denominación todos los medicamentos clasificados como tal en el Formulario Nacional de Medicamentos (23).

Carbamazepina: Uso de este medicamento en particular como tóxico.

Otros medicamentos: Se incluyó cualquier otro medicamento utilizado.

Otros productos: Se consideraron las intoxicaciones por otros productos no medicamentosos.

- Intoxicación monotóxica: Intoxicación provocada por un solo tipo de tóxico.

- Intoxicación politóxica: Intoxicación provocada por dos a más tóxicos a la vez.

- Tratamiento dialítico: Fue valorado el uso en el manejo del paciente de algún tratamiento dialítico. Se dividió en diálisis, hemodiálisis y hemocarboperfusión.

- Evaluación por psiquiatría: Se tuvo en cuenta que el paciente haya sido evaluado por el especialista en Psiquiatría durante su ingreso en la UCI.

- Ingreso por psiquiatría: Se consideró como tal aquellos pacientes que requirieron una vez mejorados y egresado de la UCI ingreso en servicio de Psiquiatría Infantil.

- Factores de Riesgo de suicidio: Se tomaron en cuenta los factores identificados y registrados durante la evaluación psiquiátrica. Se clasificaron por este autor en biológicos, psicológicos - psicopatológicos y sociales (Anexo2).

-Letalidad de la intoxicación: Se registro la totalidad de fallecidos y se calculo la letalidad en porciento.

Una vez recopilada toda la información se procedió a realizar una base de datos en Microsoft Office Excel 2003 y los resultados fueron analizados y expuestos en tablas y gráficos con expresión de las frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS

En la tabla # 1 podemos apreciar que durante el período estudiado las intoxicaciones intencionales con fin suicida han representado un 20 % del total de las intoxicaciones atendidas en la UCI de nuestro hospital, notándose que

en los dos últimos años existe una tendencia al incremento de las mismas reportándose un 31.8 % y un 29 % en los años 2005 y 2006 respectivamente.

Según lo expuesto en el Gráfico # 1 el grupo de edades más comprometido en la intoxicación intencional suicida atendidas en el servicio fue el de 13-14 años correspondiendo a este el 72.1 % de las mismas. Un claro predominio del sexo femenino (76 %) fue representado en el Grafico # 2.

La tabla # 2 nos muestra que el mayor número de adolescentes intoxicados proceden de zonas de residencia urbana, constituyendo el 84.8 % del total.

Como observamos en la tabla # 3 el mayor número de intoxicaciones intencionales suicidas en adolescentes se produjo por medicamentos siendo los psicofármacos los mayormente usados (43%) seguidos de la Carbamazepina que fue utilizada por 27 pacientes para un 34.2 %. En cuanto a la cantidad de tipos de tóxicos usados apreciamos en la tabla # 4 que en nuestro estudio en el 65.8 % de las intoxicaciones se involucraron un solo tipo de tóxico (monotóxicas), predominando sobre las politóxicas.

Del total de pacientes estudiados el 10.1 % necesitó tratamiento dialítico y los métodos más utilizados fueron la hemodiálisis y la hemocarboferfusión que se emplearon en el 5.0 % y el 3.8 % de los pacientes respectivamente. (Tablas # 5 y 6).

Un número importante de pacientes, el 70.8 %, fueron evaluados durante su ingreso en UCI por Psiquiatría según los resultados expuestos en la tabla # 7. En el 91.1 % de los evaluados fueron identificados durante la intervención psiquiátrica factores de riesgo como también vemos en la propia tabla # 8, el 21.4 % requirió ingreso en servicio de psiquiatría infantil.

Observemos en la tabla # 9 que dentro de los factores psicopáticos y psicológicos, el intento suicida anterior (25 %), los trastornos de la conducta (21.4 %) y la depresión (21.4%), fueron los mas frecuentemente identificados en los pacientes adolescentes con intento suicida mediante intoxicaciones.

Consideramos importante señalar también que dentro de los factores sociales la disfunción familiar se identificó en el 16.1 % de los pacientes durante la evaluación psiquiátrica.

En el gráfico # 3 apreciamos que del total de adolescentes intoxicados fallecieron 3 lo que representa una letalidad del 3.8 %. La tabla # 10 presenta la distribución por sexo de los fallecidos observándose una mayor letalidad en el sexo masculino (66.7%) y en el grupo de 13-14 (66.7%).

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el estudio realizado la intoxicación intencional suicida presentó un incremento sustancial, duplicándose en los últimos años estudiados con respecto a años anteriores en el porcentaje que representan estas dentro de las intoxicaciones generales. Comparándolos con otros estudios que la sitúan entre un 10-15 % del total de las intoxicaciones, en la investigación que realizamos supera esta cifra pues constituyó en todo el período un 20 % dentro de las intoxicaciones (17,18,24). Este comportamiento está avalado por la tendencia actual al incremento del suicidio y del intento (25,26).

Predominó en el grupo de 13-14 años comprendido en la fase temprana de la adolescencia que abarca el grupo de 10-14 años. La mayor parte de los autores concluyen que el intento es mayor en la fase temprana de la adolescencia (7,13,15,27).

El sexo femenino resultó el más implicado en la intoxicación intencional suicida, al respecto se plantea en otros trabajos que la relación hembras/varones está en el rango 3:1 para el intento, lo que implica el amplio margen de positividad (28). Además por lo general las féminas utilizan métodos de menos potencialidad (27,28,29).

Existió un elevado porcentaje de pacientes procedentes de zona urbana en este trabajo. De manera general existe un amplio consenso en cuanto a esta

variable epidemiológica se refiere en los diferentes reportes revisados. A favor de este fenómeno se señala algunos aspectos como el proceso de migración interna de los adolescentes de las zonas rurales hacia las urbanas, lo cual incrementa la densidad poblacional de adolescentes en las mismas, y esto se ve sobre todo de manera muy marcada en las regiones de América Latina y el Caribe según publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo cual se sustenta en un mayor número de fuentes de empleo, mejores posibilidades para la educación y la percepción no siempre real de una mayor calidad de vida en las áreas más cosmopolitas (15).

En lo referente al tipo de tóxico los medicamentos fueron los más utilizados de forma general, ocupando los psicofármacos y la carbamazepina el primer y segundo lugar en orden de frecuencias. A nivel internacional se señala que los fármacos constituyen los tóxicos de preferencia que se reportan en las intoxicaciones con fines suicidas. Existe uniformidad en los reportes que refieren que son los psicofármacos los medicamentos más utilizados en estas, predominando sobre otros grupos de medicamentos. Como es lógico, las estadísticas varían de un país a otro en dependencia de su uso, control y disponibilidad (25,27,30). En cuanto a los resultados obtenidos en nuestro trabajo con la Carbamazepina, podemos señalar que en un estudio realizado en el CENATOX, este medicamento antiepiléptico encabezó la lista de medicamentos más frecuentes en la producción de intoxicaciones en edades pediátricas (31). Consideramos que este resultado responde a la alta disponibilidad de este fármaco teniendo en cuenta la diversificación de usos en el tratamiento de la epilepsia y algunas afecciones neurológicas y psiquiátricas.

Con respecto al número de tóxicos empleados, las intoxicaciones monotóxicas fueron las de mayor índice, lo cual concuerda con otros estudios (27). Se señala que la intoxicación polimedamentosa la utilizan más las adolescentes siendo los medicamentos relacionados con el SNC los de mayor uso y aunque son menos frecuentes, su gravedad es mayor teniendo en cuenta el efecto aditivo y el sinergismo de algunas drogas (5,27).

El manejo de la intoxicación intencional suicida es integral teniendo en cuenta el tratamiento de la urgencia toxicológica donde intervienen pediatras, toxicólogos y nefrólogos. La urgencia psiquiátrica representada por la conducta suicida hace imprescindible la valoración por Psiquiatría, sin obviar que en ella juega un papel importante la identificación de los factores de riesgo (8,22,27).

En la población de pacientes estudiados fue necesaria la utilización de métodos dialíticos en el 10.1 %, elemento que no podemos comparar con otros estudios por no encontrar bibliografía sobre la aplicación de los mismos.

Consideramos oportuno señalar que en la aplicación de estos procedimientos existe una tendencia a racionalizar los métodos de extracción, teniendo en cuenta los avances en la esfera de la toxicocinética, la toxicodinámica, la identificación y la cuantificación de un número cada vez mayor de tóxicos así como los factores de eficacia extractiva de los tóxicos como peso molecular, valores de distribución, coeficiente de hidrosolubilidad, entre otros que rigen la efectividad del método unido a las condiciones clínicas del paciente (32).

Al analizar la intervención por psiquiatría en el manejo de estos pacientes estudiados, consideramos que el índice de pacientes que fueron evaluados por esta especialidad en la UCI fue adecuado y oportuno si tenemos en cuenta las características de este servicio. Cazado Flores señala que el manejo del paciente con una intoxicación grave debe incluir el abordaje tanto médico como psico-social (8).

Como elemento de interés en la valoración psiquiátrica figuran la necesidad de ingreso en un servicio de Psiquiatría que representó la quinta parte de los intoxicados evaluados, así como la presencia de factores de riesgo en casi la totalidad de los mismos lo que pone de manifiesto el papel importante de los factores de riesgo en la conducta suicida. Un resultado muy similar se obtuvo en Barcelona, España, donde fue reportado que el 15.2 % de los pacientes con intento suicida requirieron ingreso en servicios de psiquiatría (27). Otros estudios reportan necesidad de ingreso hasta en la tercera parte de los pacientes con intoxicación intencional suicida (18).

Entre los factores de riesgo mayormente identificados en nuestro trabajo podemos mencionar el intento suicida anterior, los trastornos de conductas, la depresión y la disfuncionalidad familiar. Es importante referir que varios de estos factores pueden coexistir en un mismo paciente y que se interrelacionan entre ellos dando el carácter multifactorial del suicidio. También esto refuta la teoría popular de que todo paciente con una conducta suicida debe ser portador de un trastorno psiquiátrico. Es válido resaltar que los intentos suicidas anteriores son considerados por algunos autores como un signo ominoso (33).

La tentativa suicida anterior se identificó en la cuarta parte de los pacientes evaluados. Garrido Romero plantea que de los pacientes con intento suicida la tercera parte lo repite. En otros estudios existe diversidad de criterios situándolos en un rango entre 10-40% (18,27).

La letalidad del intento suicida es relativamente baja, entre 0.09 -1.89 % aunque sus valores varían teniendo en cuenta algunos aspectos entre ellos los problemas de estadística antes mencionados. En nuestro estudio la letalidad fue más elevada que en otros trabajos revisados y el predominio de fallecidos del sexo masculino concuerda con lo expresado en la mayoría de los estudios que hacen referencia a este acápite que plantean que lo intentan más las adolescentes del sexo femenino, pero la letalidad es mayor en el sexo masculino (17,18).

El grupo de edad entre 13 -14 años resultó ser el de mayor letalidad. En las estadísticas nacionales señalan que el grupo de 15-19 es el de mayor tasa de suicidio. Si tenemos en cuenta que por elementos organizativos la mayor parte de los adolescentes de la fase tardía son atendidos en Hospitales Clínico Quirúrgicos, podemos decir que nuestra muestra de 15 - 19 años pudiera no representar la casuística real de intoxicaciones intencionales suicidas en estas edades. Ya en estos momentos y gracias a nuevas normativas, este aspecto está en fase de solución al extender la atención pediátrica hasta los 17 años, 11 meses y 29 días.

Los adolescentes constituyen una parte importante de la sociedad. Las características de esta fase biológica de la vida determinan su expresión de Morbilidad y Mortalidad, por lo que para la salud integral del mismo es necesario un enfoque epidemiológico, clínico y social. La mayoría de las causas que hacen perder la salud o la vida a los adolescentes son evitables y multifactoriales.

Los resultados de nuestra investigación coinciden en muchos aspectos estudiados a los referidos por otros autores, sin embargo consideramos de importancia especial tener en cuenta la evaluación por Psiquiatría desde la propia UCI, lo cual permite la inmediata identificación de factores de riesgo que inciden en la génesis de la conducta suicida. También debemos resaltar el hecho de que esta intervención temprana por parte del psiquiatra sumado al equipo multidisciplinario de atención del paciente intoxicado con fin suicida, contribuye a una atención más integral e inclusive a continuar su asistencia en un servicio de psiquiatría en caso que el paciente lo requiera.

CONCLUSIONES

Los aspectos evaluados en el estudio no difieren a los resultados expresados por otros autores a excepción que la letalidad que resultó ser mayor.

La intoxicación intencional suicida constituye un problema en la salud del adolescente cuya morbilidad esta en ascenso.

La valoración por psiquiatría es imprescindible en estos pacientes, debiendo ser oportuna, lo que nos permite detectar estados psicopáticos que requieren ingreso por la especialidad.

La identificación de los factores de riesgo, tiene una importante implicación clínica en la génesis y prevención de la conducta suicida.

RECOMENDACIONES

Realizar estudios sobre el tema donde se incluyan factores relacionados con la gravedad de la intoxicación intencional suicida.

Crear nuevas estrategias para la implementación de programas más eficaces en la prevención de la conducta suicida.

BIBLIOGRAFIA

1. New York Academy of Medicine. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. December 1999;76(4):512-4.
2. Ortega Villalobos J. Estudio sobre intoxicaciones. México DF. Agosto 2000 (citado febrero 16-2001) disponible en: www.elmedico.net
3. Álvarez Beleti N. Intoxicaciones exógenas agudas en el servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital "Luis Díaz Soto". Tesis para optar por el título de especialista de 1er grado en Pediatría. 1999. ISCOMM.
4. Rojo Cásares I, Pérez Orta A.M, Zayas Mujica R. Intoxicaciones Exógenas Agudas. En: MINSAP. Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud del Adolescentes. La Habana: MINSAP; 1999.
5. Mintegui S. Urgencias Pediátricas en Hospital de Cruces. España. An Pediatr. 2000;45:282-292.
6. Arlaes Nápoles L, Hernández Sorí G., Álvarez Concepción d., Cañizares García T., Conducta suicida factores de riesgo asociados. Rev Cubana Med Integr 1998,14(2):122-6.
7. Rodríguez Méndez O et al. Conducta y factores de riesgo en la adolescencia: Suicidio. En: MINSAP. Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud del Adolescentes. La Habana: MINSAP; 1999 135-8.

8. Molina J.C. Intoxicaciones Agudas. En: Casado Flores J, Serrano A. Urgencias y tratamiento del niño grave. Madrid, España. Ed Ergón;2000: 503-9.
9. MINSAP. Programa Nacional de Atención Integral a la Salud del Adolescente. La Habana, Cuba: MINSAP; 2000.
10. Crespo J.M, Soria J. Suicidio e intento de suicidio. En: Manual del Residente y sus áreas específicas.. Madrid, España. Ed Norma; 1997: 1646-49.
11. Pérez Barrero A. El suicidio, comportamiento y prevalencia. Santiago de Cuba. Ed Oriente; 1996.
12. Mandomingo S et al. Intento de suicidio en la infancia y la adolescencia. Factores de Riesgo. An Pediatr. 1992; 76(6): 429-432.
13. Pineda Pérez S, Aliño Santiago M. El concepto de Adolescencia. En: MINSAP. Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud del Adolescentes. La Habana. MINSAP; 1999: 15-22.
14. Cruz Hernández M. Adolescencia. En: Tratado de Pediatría. Cuba. Ed Ciencias Médicas; 2000: 955-966.
15. Martínez Vásquez N, Córdova Vargas L. Situación de Salud del Adolescente Cubano. En: MINSAP. Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud del Adolescentes. La Habana. MINSAP; 1999: 24-35.
16. Comisión Nacional de Terapia Intensiva Pediátrica. Atención al niño y al adolescente con intento suicida. En: Guías de Prácticas Clínicas de Terapia Intensiva Pediátrica. La Habana. Ed Política. 2001: 128-131.
17. Rojo Cásares I. Intoxicación Exógena en Pediatría. En: Guías de Prácticas Clínicas de Terapia Intensiva Pediátrica. La Habana. Ed Política. 2001: 58-87.
18. Rusa F. Tratamiento general del paciente intoxicado. En: Tratado de Cuidados Intensivos Pediátricos. Madrid, España. 1984: 965.

19. Del Campo Molina E, García Delgado F. Estudio Descriptivo general de intoxicaciones agudas en el hospital clínico de Barcelona. España. CIMC 2000 (citado Enero 14 - 2001) disponible en: www.med0008733narcom.es
20. Center for Disease Control and Prevention Screening Young and Children for Poisoning: Guidance for State and Local Public Health Office. Nov 1997 (citado Enero 26- 2000) disponible en: www.cdc.gov
21. Sosa A. Urgencias Psiquiátricas en la primera atención. Neuropsiquiatría. En: Urgencias Médicas. Guía de Primera Atención. La Habana, Cuba. Ed EciMed. 2004: 122-125.
22. Mandomingo S. Suicidio e intentos de suicidio. Madrid, España. Ed Diaz Santos. 1994: 495-519.
23. MINSAP. Centro para el desarrollo de la farmacodependencia. Psicofármacos. En: Formulario Nacional de Medicamentos. La Habana, Cuba. Ed EciMed. 2006: 447-476.
24. Celis A, Gómez-Lomelí Z, J. Tendencias de mortalidad por traumatismos y envenenamientos en adolescentes. México, 1979-1997. Salud Pública de México 2003;45(supl 1).
25. Rios JC. Epidemiología de las Intoxicaciones que generaron llamadas durante el año 2004 al Centro de Información Toxicológica (CITUC) de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Región Metropolitana. Cuad Méd Soc (Chile) 2005; 45: 256–268.
26. Mandomingo M.J, Catalina M.L. Factores de riesgo en los intentos suicidas en los adolescentes. An Esp Pediatr. 1997; 2: 148-150.
27. Garrido Romero R, García García JJ, Carballo Ruano E, Luaces Cubells C, Alda Díez JA, Pou Fernández J. Intoxicaciones voluntarias como intento de suicidio. An Esp Pediatr 2000; 53: 213-216.
28. Martínez Jiménez A, Moracén Disotuar I, Madrigal Silveira M, Almenaga Aleaga M. Comportamiento de la conducta suicida Infanto Juvenil. Rev. Cub Med Gen Integr 1998;14(6) 554-559.

29. Peña Galván LY, Casa Rodríguez L, Padilla de la Cruz M, Arencibia Gómez T, Gallardo Álvarez M, Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes Rev Cubana Med Milit 2002(3);182-7.
30. Brasil. Sistema Nacional de Información Toxicofarmacológica. Estadística Anual de Casos de Intoxicación. Rio de Janeiro, 1999. Fiocruz. 2000: 6-17.
31. Eduardo I.M, Martínez C, Ramírez SM. Eventos tóxicos en la infancia según consultas telefónicas atendidas en el CENATOX (1994-1997). Rev Cubana Pediatr. 1999; 7 (2): 80-5.
32. Nogué S. Bases del tratamiento de las intoxicaciones agudas. Med Clin (Barc). 1989; 93: 68-75.
33. Barkin RM, Rosen P. Urgencias pediátricas. Guía para el tratamiento Madrid, España. Ed Horcourt Mosby SA, 2000: 775-776.

ANEXO 1

MODELO DE RECOLECCION DEL DATO PRIMARIO

I- GENERALES

Nombre del paciente: _____

Edad (al momento del evento): _____ Sexo: _____

Lugar de residencia: _____

Área urbana: _____ Área Rural: _____

II- RELACIONADO CON EL TOXICO

Psicofármacos: _____ Carbamazepina: _____

Otros medicamentos: _____

Otros productos: _____ ¿Cuál? _____

Intoxicación monotóxica: _____ Intoxicación politóxica: _____

III- RELACIONADO CON EL MANEJO

NEFROLOGIA

Recibió tratamiento dialítico: Si ___ No ___

Tipo de tratamiento dialítico:

Díálisis: _____ Hemodiálisis: _____ Hemocarboperfusión: _____

PSIQUIATRÍA

Evaluación por Psiquiatría: Si ___ No ___

Requirió ingreso por psiquiatría: Si ___ No ___

Factores de Riesgo: Si ___ No ___ ¿Cuál (es)? _____

IV- RELACIONADO CON LA MORTALIDAD

Fallecido: Si ___ No ___

ANEXO 2

Factores de riesgo. Clasificación.

Biológicos:

- Enfermedades malignas
- Enfermedades crónicas
- Minusvalía física

Psicológicos y psicopáticos:

- Autoimagen pobre
- Frustración
- Desesperanza
- Impulsividad
- Trastornos del humor distímico (Depresión)
- Trastornos incipientes de la personalidad
- Trastornos de conducta
- Trastornos de adaptación
- Esquizofrenia
- Conducta suicida

Sociales:

- Familiares: Familia disfuncional, familiares con alteraciones psiquiátricas, familiares con conducta suicida, ausencia de madre y/o padre, disciplina rígida, sobreprotección.
- Escolar: Deserción escolar, bajo rendimiento escolar, dificultades en relaciones con profesores, inadaptación a regímenes escolares.

ANEXO 3: TABLAS Y GRAFICOS

TABLA 1

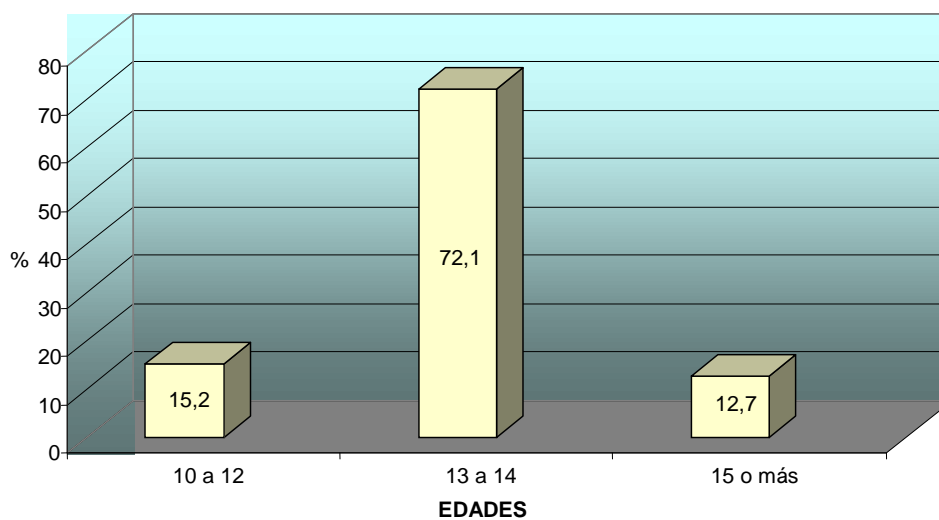
Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Ingresos en la Unidad. UCI-HPCH. (2000-2006).

AÑO	INGRESOS		%
	TOTAL INTOXICACIONES	INTOXICACIONES INTENCIONALES	
2000	38	6	15.7
2001	29	4	13.7
2002	73	12	16.4
2003	62	10	16.1
2004	73	10	13.6
2005	69	22	31.8
2006	51	15	29.4
TOTAL	395	79	20.0

Fuente: Departamento estadística del HPCH. Registros de morbilidad continua.

GRAFICO 1

INTOXICACION INTENCIONAL SUICIDA. DISTRIBUCION POR EDADES. UCI-HPCH. (2000-2006)



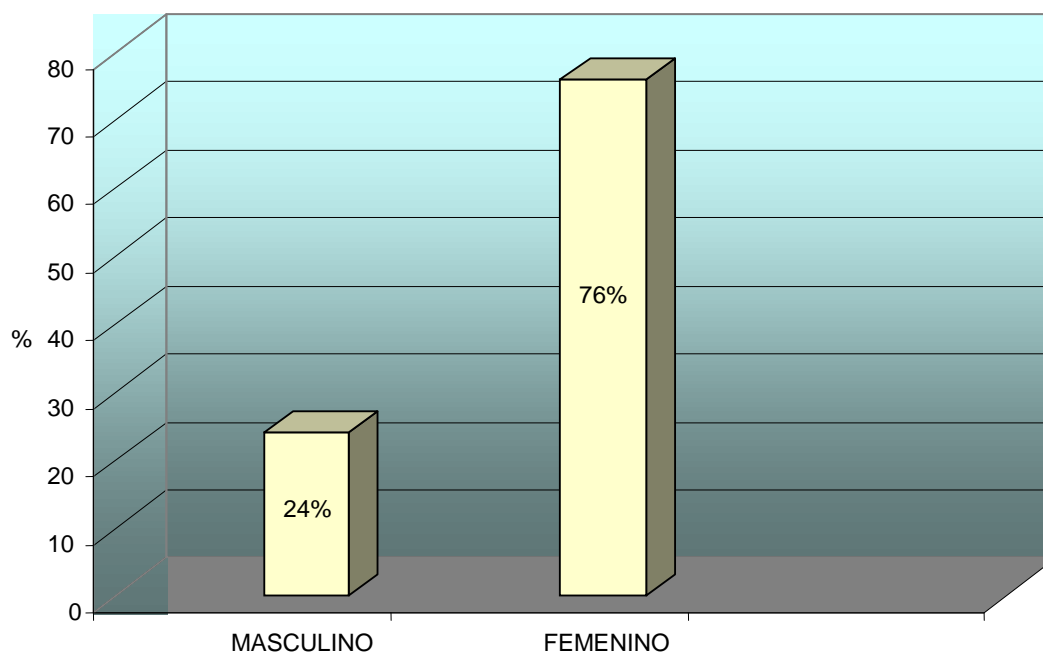
EDADES	N
10-12	12
13-14	57
15 o más	10
TOTAL	79

Fuente: Historias clínicas. HPCH.

GRAFICO 2

INTOXICACION INTENCIONAL SUICIDA. DISTRIBUCION POR SEXO

UCI-HPCH. (2000-2006)



SEXO	N
MASCULINO	19
FEMENINO	60
TOTAL	79

Fuente: Historias clínicas. HPCH.
Modelo de recolección del dato primario

TABLA 2

Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Lugar de Residencia. UCI-HPCH. (2000-2006).

RESIDENCIA	N	%
URBANA	67	84.8
RURAL	12	15.2
TOTAL	79	100

Fuente: Historias clínicas. HPCH
Modelo de recolección del dato primario.

TABLA 3

Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Tipo de Tóxico. UCI-HPCH. (2000-2006).

TOXICOS	N	%
PSICOFARMACOS	34	43.0
CARBAMAZEPINA	27	34.2
OTROS MEDICAMENTOS	23	29.1
OTROS PRODUCTOS	3	3.8

Fuente: Historias clínicas. HPCH
Modelo de recolección del dato primario

TABLA 4

Intoxicación intencional suicida en adolescentes en relación al número de tóxicos. UCI-HPCH. (2000-2006).

No DE TOXICOS	N	%
MONOTOXICO	52	65.8
POLITOXICOS	27	34.2
TOTAL	79	100

Fuente: Historias clínicas. HPCH.

Modelo de recolección del dato primario.

TABLA 5

Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Tratamiento dialítico. UCI-HPCH. (2000-2006).

TRATAMIENTO DIALÍTICO	N	%
RECIBIERON TRATAMIENTO DIALITICO	8	10.1
NO RECIBIERON TRATAMIENTO DIALITICO	71	89.9
TOTAL	79	100

Fuente: Historias clínicas. HPCH

Modelo de recolección del dato primario.

TABLA 6

Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Tipo de tratamiento dialítico. UCI-HPCH. (2000-2006).

TIPO DE TRATAMIENTO DIALITICO	N	%
DIALISIS	1	1.3
HEMODIALISIS	4	5.0
HEMOCARBOPERFUSION	3	3.8

Fuente: Historias clínicas. HPCH.
Modelo de recolección del dato primario

TABLA 7

Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Evaluación por Psiquiatría. UCI-HPCH. (2000-2006).

EVALUACION PSIQUIATRÍA	N	%
EVALUADOS	56	70.8
NO EVALUADOS	23	29.2
TOTAL	79	100

Fuente: Historias clínicas. HPCH
Modelo de recolección del dato primario.

TABLA 8

Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Aspectos clínicos de interés en la evaluación psiquiátrica. UCI-HPCH. (2000-2006).

EVALUACION	N	%
FACTORES DE RIESGO	51	91.1
INGRESOS POR LA ESPECIALIDAD	12	21.4

Fuente: Historias clínicas. HPCH.

Modelo de recolección del dato primario

TABLA 9

Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Factores de riesgo identificados en la evaluación psiquiátrica. UCI-HPCH. (2000-2006).

FACTORES DE RIESGO		N	%*
Biológicos	Epilepsia	3	5.3
Psicopáticos	Intento suicida anterior	14	25.0
	Trastorno de conducta	12	21.4
Y	Depresión	12	21.4
	Trastorno de adaptación	6	10.7
Psicológicos	Trastorno de personalidad	5	8.9
	Frustración	2	3.6
Sociales	Familia disfuncional	9	16.1
	Ausencia de madre y/o padre	6	10.7
	Conducta suicida familiar	5	8.9
	Disciplina rígida	4	7.1
	Familia con enfermedades mentales	3	5.3
	Sobreprotección	3	5.3
	Esfera escolar	4	7.1

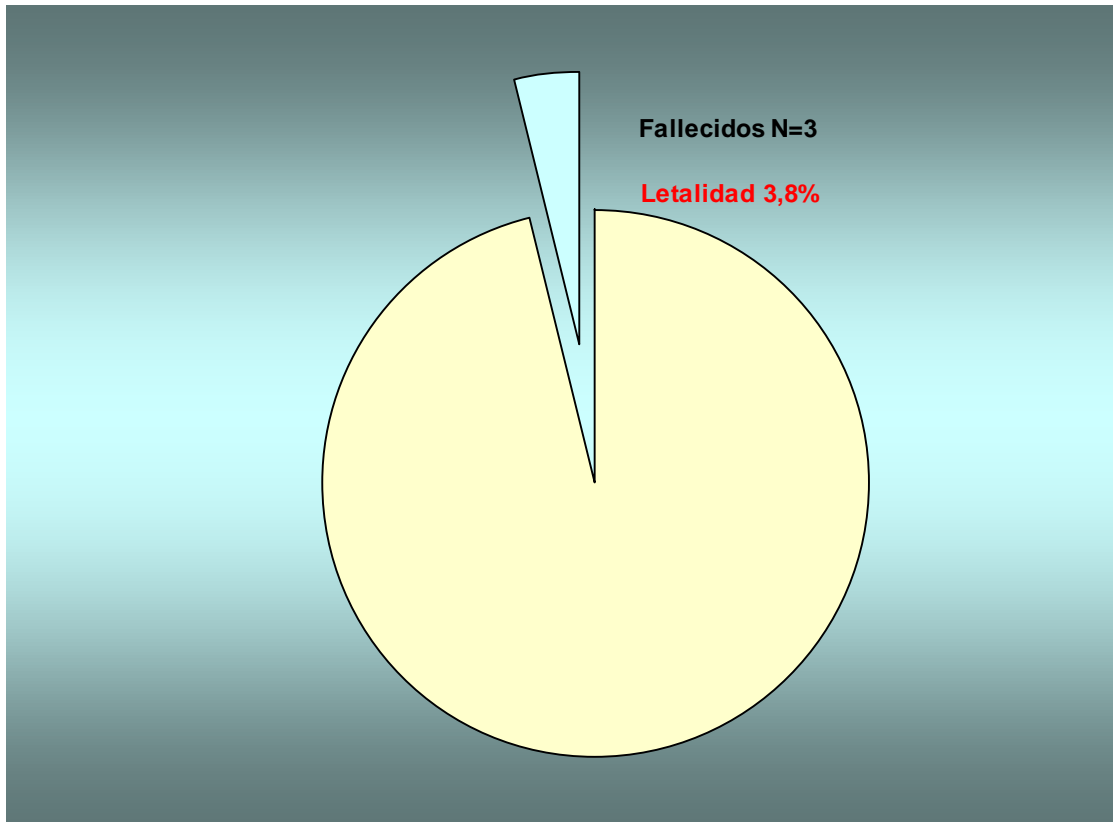
Fuente: Historias clínicas. HPCH.

Modelo de recolección del dato primario

* % calculados sobre el total de pacientes evaluados por Psiquiatría (56 pacientes).

GRAFICO # 3

INTOXICACION INTENCIONAL SUICIDA. LETALIDAD. UCI-HPCH (2000-2006).



Fuente: Fuente: Historias clínicas. HPCH.
Modelo de recolección del dato primario

TABLA 10

Intoxicación intencional suicida en adolescentes. Distribución de fallecidos por grupos de edades y sexo. UCI-HPCH. (2000-2006).

GRUPOS DE EDADES	SEXO MASCULINO		SEXO FEMENINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
10-12	-	-	1	33.3	1	33.3
13-14	2	66.7	-	-	2	66.7
15 o más	-	-	-	-	-	-
TOTAL	2	66.7	1	33.3	3	100

Fuente: Historias clínicas. HPCH.

Modelo de recolección del dato primario.

% calculados sobre el total de fallecidos.