

# **ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL HURH DURANTE 2019.**



---

**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Medicina**

**Proyecto de investigación fin de grado.**



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
RÍO HORTEGA

**AUTORAS (alumnas):** Paula Arteche Velasco (y Lara Calvo Rubio).

**TUTORAS:** Beatriz Martín Pérez (y Susana Sánchez Ramón).

**SERVICIOS IMPLICADOS:**

Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega (HURH).

## ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Objetivos.....	5
3.1 Principal.....	5
3.2 Secundarios.....	5
4. Material y método.....	5
4.1 Diseño del proyecto.....	5
4.2 Ámbito y población de estudio.....	5
4.3 Criterios de inclusión.....	6
4.4 Criterios de exclusión.....	6
4.5 Variables del estudio.....	6
4.6 Recogida de datos y descripción del método.....	6
5. Análisis estadístico de los datos .....	6
5.1 Análisis descriptivo.....	6
5.2 Limitaciones del estudio.....	7
5.3 Aspectos éticos.....	7
5.4 Resultados.....	7
6. Discusión.....	16
7. Conclusiones.....	19
8. Referencias bibliográficas.....	20
9. Anexo.....	22
9.1. Variables del estudio.....	23
9.2. Informe del comité de ética de investigación con medicamentos.....	29
9.3. Póster.....	30

## 1. RESUMEN

**Introducción:** Los intentos de suicidio son una causa importante de consulta en los Servicios de Urgencias y Emergencias. El suicidio constituye la décima causa de muerte en los países civilizados y la séptima causa de años potenciales de vida perdidos. Las conductas suicidas son complejas y tienen un origen multifactorial.

**Objetivos:** Definir el perfil del paciente que acude al Servicio de Urgencias motivado por un intento de suicidio. Conocer los métodos empleados, los factores precipitantes, y el manejo clínico y terapéutico.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, de carácter retrospectivo, con un periodo de recogida de muestras de 1 año (año 2019). Los pacientes deben cumplir los criterios de inclusión y ninguno de exclusión. Se realizó un análisis descriptivo con las pruebas estadísticas correspondientes.

**Resultados:** El 70,1% fueron mujeres. La media de edad fue 40,83 años. En los días entre semana se concentró el 65,5%. La intoxicación medicamentosa fue el modo más usado (72,41%), principalmente benzodiazepinas. El tiempo medio de estancia en el Servicio de Urgencias fue de 6,8 horas. El alta al domicilio se produjo en el 61,5 %.

**Conclusiones:** El perfil del paciente fue el de una mujer, de 40,83 años, con patología psiquiátrica asociada, que acudió a causa de un intento autolítico por intoxicación medicamentosa por benzodiazepinas. Se acompañó de acontecimientos vitales estresantes. Aproximadamente la mitad tuvieron historia de intentos previos.

**Palabras clave:** intento de suicidio, intoxicación medicamentosa, patología psiquiátrica, acontecimientos vitales estresantes, urgencias.

## **2. INTRODUCCIÓN:**

Se define como intento de suicidio la acción por la que una persona trata de provocar su propia muerte de forma intencionada. Es motivado por la desesperación asociada a una enfermedad física, mental, violencia, o por abuso de alcohol y otras sustancias.

Según la OMS, cerca de 800.000 personas se suicidan cada año (1).

Los intentos de suicidio son una causa importante de consulta en los Servicios de Urgencias y Emergencias. El suicidio constituye la décima causa de muerte en los países civilizados y la séptima causa de años potenciales de vida perdidos. Llegando a ser en algunos grupos etarios (15-24 años) la segunda causa de muerte sólo por detrás de los accidentes de tráfico. Los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en España, establecen el suicidio como la primera causa de defunción por causas no naturales, incluso por delante de los fallecimientos por accidentes de tráfico (2).

Según la OMS un intento de suicidio previo no consumado constituye el factor de riesgo individual más importante para el suicidio (1). De esta afirmación nace la importancia desde el servicio de urgencias, de tener un plan de actuación adaptado a la situación y una valoración psiquiátrica precoz para establecer las mejores medidas.

Las conductas suicidas son complejas y llevan implicados múltiples factores biológicos, psicológicos, genéticos, de personalidad, sociales y culturales, dada su alta incidencia constituyen un problema de salud importante a nivel mundial (3). Existen algunos factores que pueden ser protectores contra el suicidio como pueden ser las creencias religiosas, red social fuerte (amigos y familiares), autoestima alta, etc.

Su importancia radica en su prevalencia no despreciable, como se aprecia en los datos recogidos en países de todo el mundo, donde los intentos de suicidio abarcan entre el 0,4-4,2% de la población; los pensamientos y los planes de suicidio se presentan en un porcentaje mucho mayor que los intentos (4).

La valoración especializada psiquiátrica en la urgencia es de gran importancia, pues permite al médico establecer el nivel de riesgo de suicidio que presenta el paciente y ofrecerle el mejor seguimiento y tratamiento para evitar posibles recurrencias (3).

Es por ello, que la OMS considera el suicidio una prioridad de salud pública, emitiendo en 2014 su primer informe sobre este tema con el fin de conseguir una sensibilización respecto al suicidio y los intentos de suicidio, para conseguir medidas que apoyen la prevención del suicidio desde un enfoque multidisciplinar a través de la sanidad pública (5).

### **3. OBJETIVOS:**

#### **3.1 PRINCIPAL:**

1. Describir el perfil del paciente que acude al Servicio de Urgencias tras un intento de suicidio.

#### **3.2 SECUNDARIOS:**

1. Conocer y evaluar los métodos empleados en los intentos de suicidio por los pacientes que requieren atención en el Servicio de Urgencias Hospitalario de nuestro ámbito.
2. Determinar cuáles son los factores precipitantes o facilitadores de estas conductas en nuestro medio.
3. Conocer el manejo clínico y terapéutico de los pacientes con intento de suicidio en el Servicio de Urgencias Hospitalario.

### **4. MATERIAL Y MÉTODOS:**

**4.1 DISEÑO DEL PROYECTO:** Estudio observacional descriptivo, transversal, de carácter retrospectivo, con un periodo de recogida de muestras de 1 año (del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019).

**4.2 ÁMBITO Y PROBLACIÓN DE ESTUDIO:** La población de estudio serán los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias Hospitalarias del HURH del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019, para ser atendidos en dicho servicio por intento de suicidio y que cumplan con los criterios de inclusión y ninguno de los criterios de exclusión que se detallan a continuación.

#### **4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL ESTUDIO:**

- Acudir al Servicio de Urgencias a consecuencia de un intento de suicidio durante el periodo de tiempo mencionado.
- Ser mayor o igual a 14 años.

#### **4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL ESTUDIO:**

- Haber consumado con éxito el suicidio previo a la llegada al Servicio de Urgencias del hospital.
- No cumplir alguno de los criterios de inclusión.

#### **4.5 VARIABLES DE ESTUDIO:**

Se registraron 61 variables entre las que se incluyeron los aspectos epidemiológicos, clínicos, analíticos, diagnósticos y terapéuticos de cada paciente (Anexo).

#### **4.6 RECOGIDA DE DATOS Y DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO:**

Se registraron los casos mediante los datos de las historias clínicas de urgencias, que se identificaron utilizando el sistema informático de los Servicios de Admisión de Urgencias – Jimena IV. La recogida de datos del estudio tanto clínicos como epidemiológicos fue realizada bajo la supervisión de las tutoras del estudio, obteniéndose estos a través de la base de datos SI-CLÍNICA y Jimena IV del HURH.

Los datos recogidos fueron volcados en una hoja de recogida de datos (diseño tipo Excel con las 61 variables) diseñada para tal fin.

En todos los casos, en los listados se disoció el nombre del paciente y número de historia clínica, así como cualquier otro dato confidencial, salvaguardando en todo momento la confidencialidad de los pacientes.

### **5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:**

Se analizaron los datos recogidos empleando el programa estadístico SPSS (versión 24.0).

#### **5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO:**

Las variables cuantitativas continuas se describen como media  $\pm$  desviación estándar (DE) y las variables cualitativas en números absolutos y porcentajes. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba de chi cuadrado y, en el caso de que alguna frecuencia esperada fuera inferior a 5, el test de Fisher. Para la comparación de variables cuantitativas se usó la prueba de t de student. Se consideran estadísticamente significativos valores de p inferiores a 0,05.

**5.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO:** La recogida de los datos se vio supeditada a las anotaciones que constaban en la historia clínica de los pacientes.

### **5.3 ASPECTOS ÉTICOS:**

Este trabajo se realizó teniendo en cuenta todas las leyes y normativas aplicables, de acuerdo con los principios éticos internacionales, fundamentalmente la Declaración de Helsinki (versión Fortaleza, Brasil, 2013).

Todos los pacientes del estudio fueron identificados mediante un código. Los datos fueron tratados con absoluta confidencialidad, según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Los pacientes no pueden ser identificados, pues no se incluyen en la base ni nombre, ni apellidos, ni fecha de nacimiento, ni número de registro de Historia Clínica o episodio asistencial (datos codificados o pseudoanonimizados).

El estudio se realizó según lo establecido en el protocolo evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación (CEIC) del Área de Salud de Valladolid Oeste. Dada la naturaleza retrospectiva del estudio y la dificultad para acceder desde el Servicio de Urgencias a los pacientes, se solicitó exención de Consentimiento Informado al Comité. No existe conflicto de intereses ni se dispone de financiación por organismos públicos o privados.

### **5.4 RESULTADOS:**

#### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA:

Los pacientes que fueron incluidos como muestra del estudio fueron 174, lo que supone el 0,2% de las urgencias atendidas en el Servicio de Urgencias HURH durante el año 2019.

La distribución por sexos: El 70,1 % fueron mujeres, y 29,9% fueron hombres. Resultando esta diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,000$ ).

En cuanto a la edad: La media de edad fue 40,83 años, con una DE (18,10). En las mujeres la media fue de 39,62 años, DE (18,26), y en el hombre 43,65 años, DE (17,58); ( $p=0,000$ ).

#### DISTRIBUCIÓN TEMPORAL:

En cuanto a la distribución semanal (Figura 1), el fin de semana fueron atendidos el 34,5% de los pacientes, y entre semana el 65,5%. El miércoles fueron atendidos el 20% de los pacientes ( $p=0,319$ ).

En cuanto a la distribución mensual (Figura 2), se mantuvo constante en todos los meses del año, en el mes de **junio** el 13,8 % ( $p=0,120$ ). En cuanto a la distribución por estaciones, en **verano** acudieron (31,6%) del total de los pacientes ( $p= 0,028$ ).



Figura 1 (izquierda). Distribución semanal del número de pacientes.

Figura 2 (derecha). Distribución mensual del número de pacientes.

### COMORBILIDADES:

Dentro de las comorbilidades (Figura 3), entendidas como antecedentes personales que pueden facilitar las tentativas de suicidio, el (75,28%) tuvieron **patología psiquiátrica**. La patología neurológica (17,24%), el abuso/dependencia de alcohol (13,79%), la dependencia de drogas de abuso/mórficos/benzodiacepinas (9,77%) y la discapacidad intelectual en el (8,62 %) de los pacientes ( $p=0,000$ ).

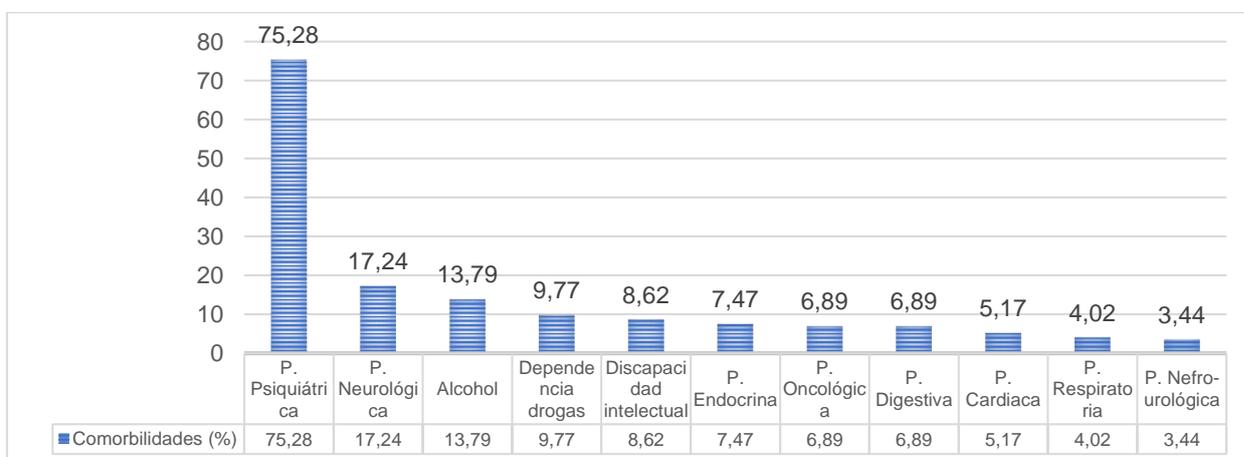


Figura 3. Comorbilidades con más frecuencia asociadas a los intentos de suicidio.

### PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA:

Dentro de la patología psiquiátrica (Figura 4); **el trastorno ansioso depresivo** (24,13%), el trastorno adaptativo (18,39%), la depresión (17,24%), la ansiedad (16,66 %), el trastorno límite de personalidad en el (15,51 %) de los pacientes; con una significación estadística ( $p=0,000$ ).

El 82,8% tenían tratamiento psiquiátrico, ( $p=0,000$ ).

El 77% no tenían antecedentes familiares psiquiátricos, y el 10,3% no estaba registrado, ( $p=0,000$ ).

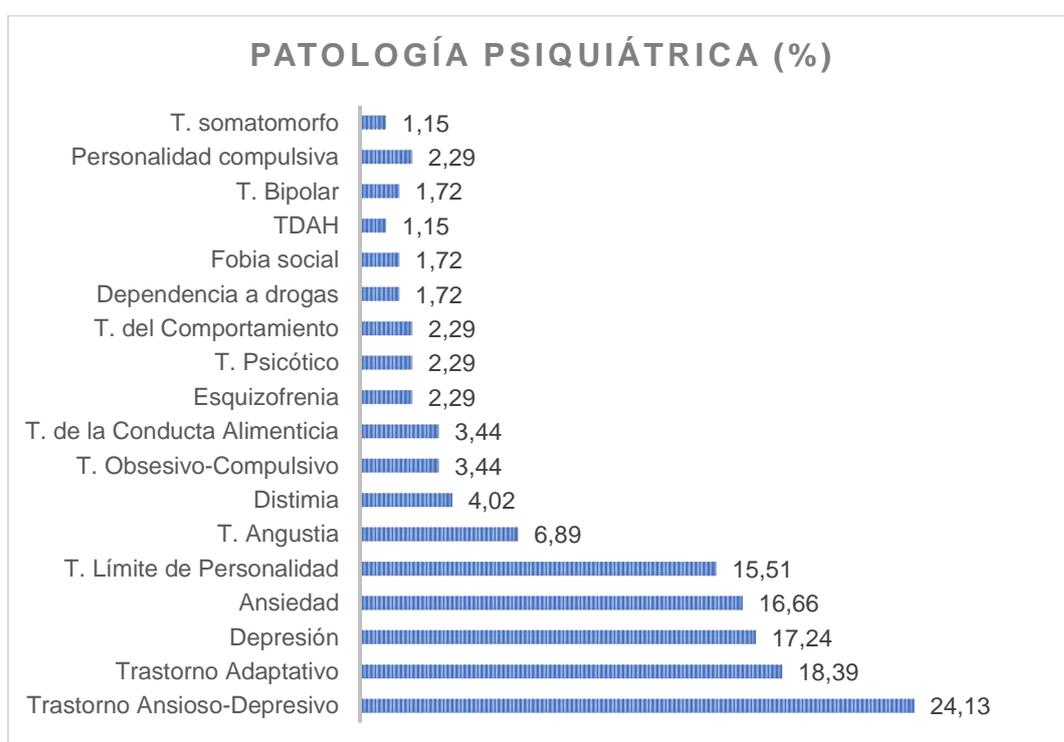


Figura 4. Patología psiquiátrica con más frecuencia asociada a los intentos de suicidio.

### ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES:

El 56,3% tuvieron acontecimientos vitales estresantes asociados al intento de suicidio, y el 43,7% no los tuvieron, esto carece de significación estadística ( $p=0,095$ ).

El **divorcio/ruptura sentimental/problemas de pareja** aparece en (15,51%) de los pacientes. Tener una enfermedad crónica degenerativa/paliativa/oncológica en (9,19%), malos tratos o abusos (5,74%), situación familiar disfuncional (5,74%) y los

problemas afectivos (5,17 %) de los pacientes; con una significación estadística (p=0,000).

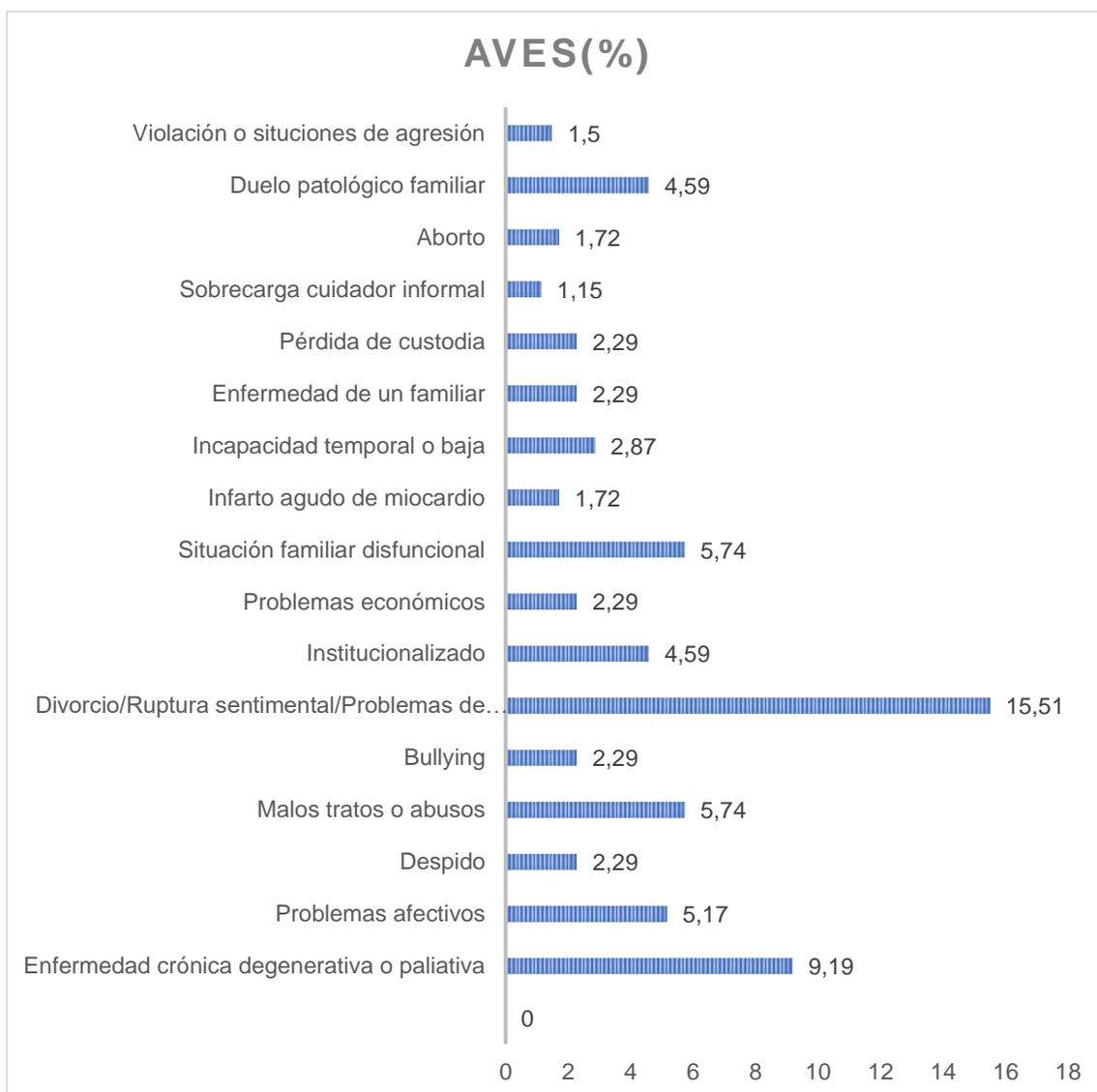


Figura 5. Acontecimientos vitales estresantes (AVES) con más frecuencia asociados a los intentos de suicidio.

#### MODALIDAD:

La **intoxicación medicamentosa** fue el modo utilizado en el intento de suicidio en el (72,41%) de los pacientes. Las heridas por arma blanca (20,11%), los politraumatismos por precipitación (4,59%), la ingesta alcohólica exclusiva (2,87%), la ingesta de cuerpos extraños/metálicos en el (2,29%) de los pacientes (p=0,000).

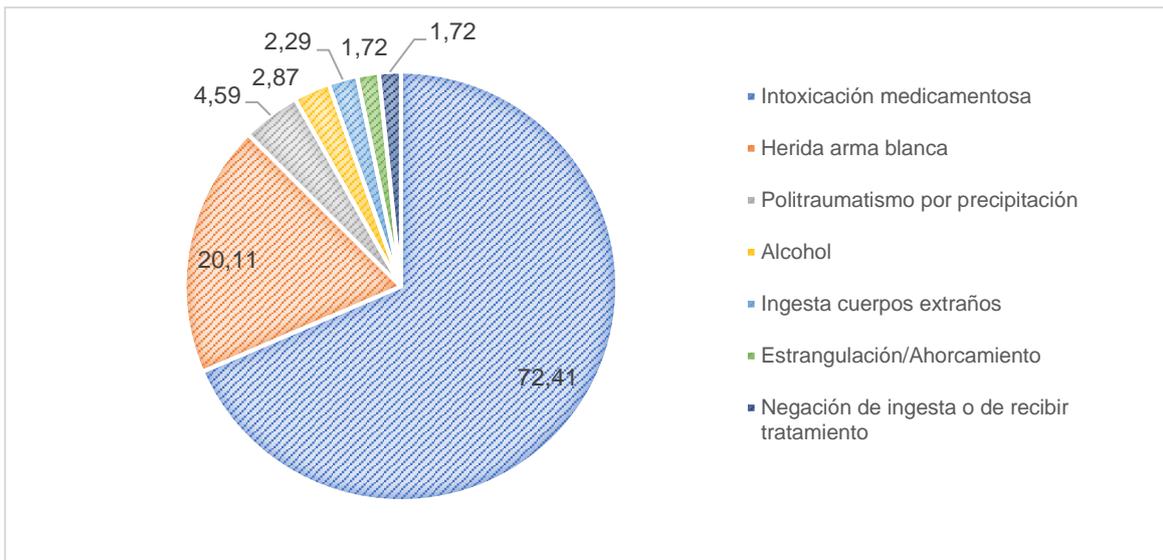


Figura 6. Gráfico representando en porcentaje la modalidad de intento de suicidio.

#### MEDICAMENTOS EN CASO DE INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA:

Las **benzodiacepinas** fueron el método utilizado en el 83,47% de los pacientes. Los antiepilépticos (10,74%), los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (10,74%), y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) en el (5,78%) de los pacientes; con una significación estadística ( $p=0,000$ ), representado en la Figura 6.

La coingesta de alcohol fue positiva en (20,1%) y el (78,2%) no lo consumieron ( $p=0,000$ ).

La coingesta de drogas de abuso fue positiva en (11,5%), y (87,9%) no las consumieron, ( $p=0,000$ ).

El total de pacientes que consumieron drogas de abuso fueron 20, el 40% consumió **cocaína**. Cannabis (30%) de los pacientes; cocaína, anfetaminas y MDMA juntas (20%); anfetaminas con MDMA 1 paciente, y MDMA con opiáceos 1 paciente; con una significación estadística ( $p=0,000$ ).

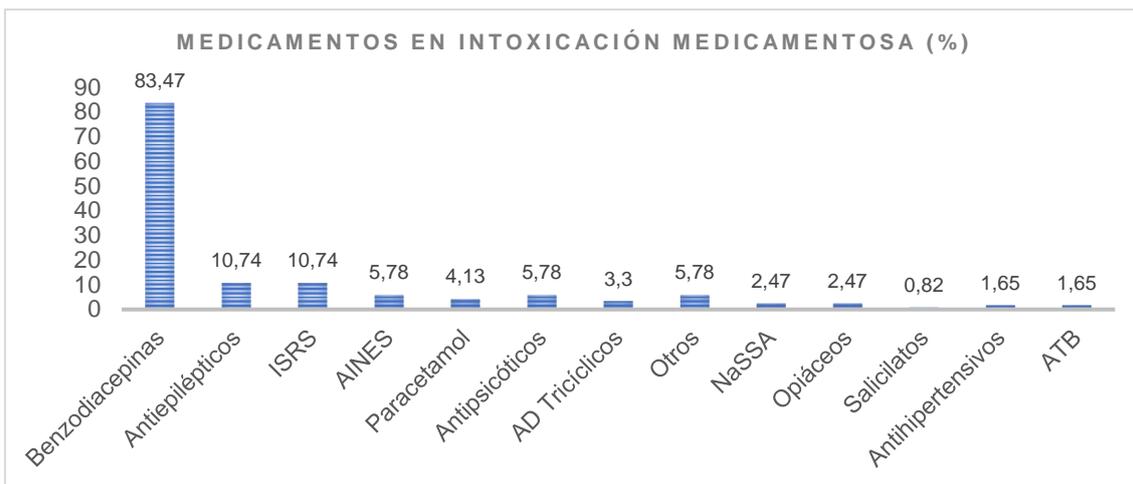


Figura 7. Medicamentos consumidos por los pacientes con intoxicación medicamentosa aguda.

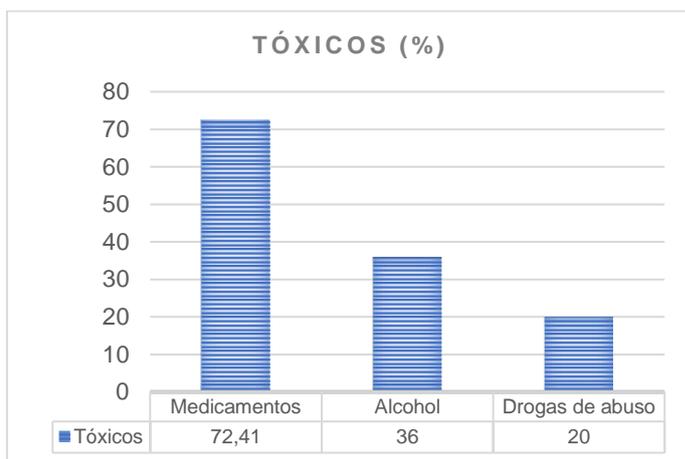


Figura 8. Tóxicos consumidos de forma perjudicial.

### INTENTOS PREVIOS:

En cuanto a los intentos previos de suicidio (49,5 %) no los tuvieron, y (50,6%) tuvieron registros de intentos previos, sin significación estadística ( $p=0,940$ ). En relación con la modalidad del intento de suicidio (59,8%) no usaron la modalidad del intento anterior al actual, y (37,9%) sí usaron la misma ( $p=0,000$ ). Dentro de las modalidades utilizadas en el intento previo, la intoxicación medicamentosa fue usada en el 34,5% y las heridas por arma blanca en el 8 % de los pacientes ( $p=0,000$ ).

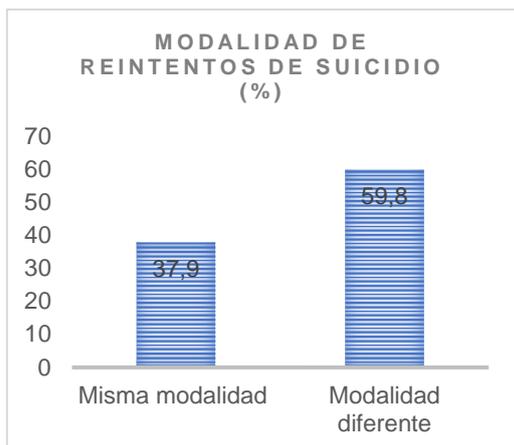


Figura 9. Modalidad del intento de suicidio en relación con los intentos anteriores.

### ATENCIÓN EN URGENCIAS:

#### MODO DE ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS:

Todas las variables presentadas en este apartado, relativas al diagnóstico y tratamiento en urgencias tuvieron una significación estadística de ( $p=0,000$ ).

#### Modo de acudir a urgencias:

El modo de acudir a urgencias fue en soporte vital básico (SVB) (39,1%), en soporte vital avanzado (SVA) (34,5%), por sus propios medios (21,3%) y la custodia policial en 3 de los pacientes.

#### Prioridad en el triaje:

La escala de prioridad de triaje para la atención de los pacientes usada en el Hospital Universitario Río Hortega, comprende del I-V en el cuál, el I es el de máxima prioridad y el V el mínimo.

La prioridad en el triaje de los pacientes que acudieron a urgencias fue (75,3%) la **prioridad III**, la prioridad II (12,1 %), la prioridad IV (8%) y la prioridad I (4%) de los pacientes.

### Clínica:

La clínica que presentaron los pacientes cuando acudieron a urgencias fue **psiquiátrica** (54,59%), neurológica (11,49%), respiratoria (4,02%).

### Escala Glasgow:

Con respecto a la escala de Glasgow (73,6%) obtuvieron una puntuación de **15** en la escala, una puntuación de 14 (8%), una puntuación de 13 (6,9 %) y una puntuación igual o inferior a 8 fue obtenida por (4,6 %) de los pacientes.

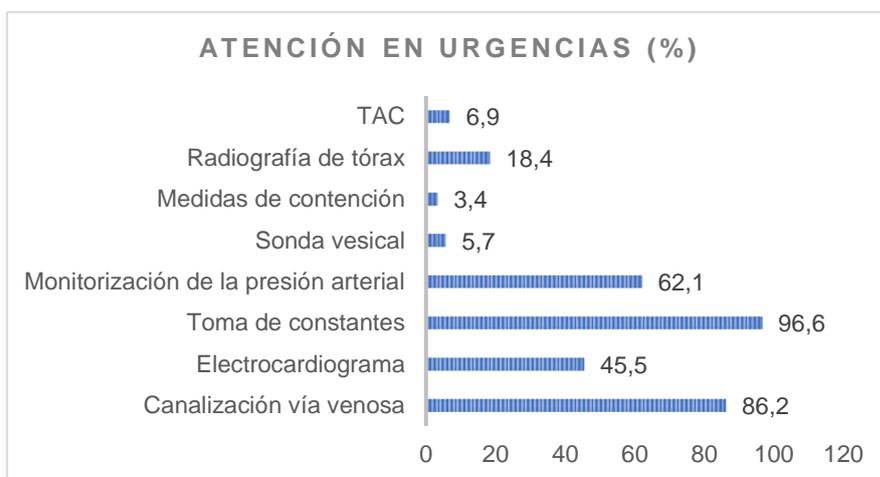


Figura 10. Atención recibida en urgencias.

### Realización de técnicas de enfermería:

La canalización de una vía venosa se realizó en el 86,2% de los pacientes que acudieron a urgencias. Se recogieron muestras de fluidos en el 85,1 %, se les realizó un electrocardiograma al 45,4 % de los pacientes, se procedió a la toma de constantes en el 96,6%, se llevó a cabo la monitorización de la presión arterial en el 62,1%, las medidas de contención fueron necesarias en el 3,4 % y el uso de sonda vesical fue empleado en el 5,7% pacientes.

### Pruebas de imagen:

Se les realizó una radiografía de tórax al 18,4%, una radiografía diferente a la de tórax al 4% de los pacientes, un TAC al 6,9 % de los pacientes; y la ecografía fue realizada a 1 paciente.

### Tratamiento en urgencias:

El tratamiento de tipo sintomático se le proporcionó al 84,5%, sueroterapia intravenosa (71,8%), la oxigenoterapia (5,7 %), la intubación orotraqueal (2,9 %) y la resucitación cardiopulmonar (RCP) por parada cardio-respiratoria en 1 paciente.

La descontaminación digestiva por intoxicación medicamentosa aguda se realizó en el 21,8% pacientes. Entre las técnicas de descontaminación; el **lavado gástrico con carbón activado** (10,9%), carbón activado por vía oral (7,5%), lavado gástrico con sonda orogástrica (3,4 %), y (78,2%) de los pacientes no necesitaron ninguna medida de descontaminación.

El uso de antídoto para revertir la intoxicación fue empleado en el 31 % de los pacientes. Entre ellos, el **flumazenilo** (27,01%), la naloxona (3,44 %), el glucagón que fue administrado a una persona. El 71,83% de los pacientes no necesitaron antídoto.

La valoración psiquiátrica en urgencias, por un especialista en Psiquiatría se le realizó al 85,1% de los pacientes.

El tiempo medio de estancia en el Servicio de Urgencias fue de 6,8 horas.

El destino al alta fue **alta al domicilio** en el 61,5 %, ingreso en el Servicio de Psiquiatría (21,3 %), ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UVI) (6,9%), ingreso en planta convencional (6,3 %) de los pacientes, y 2 de los pacientes fallecieron.

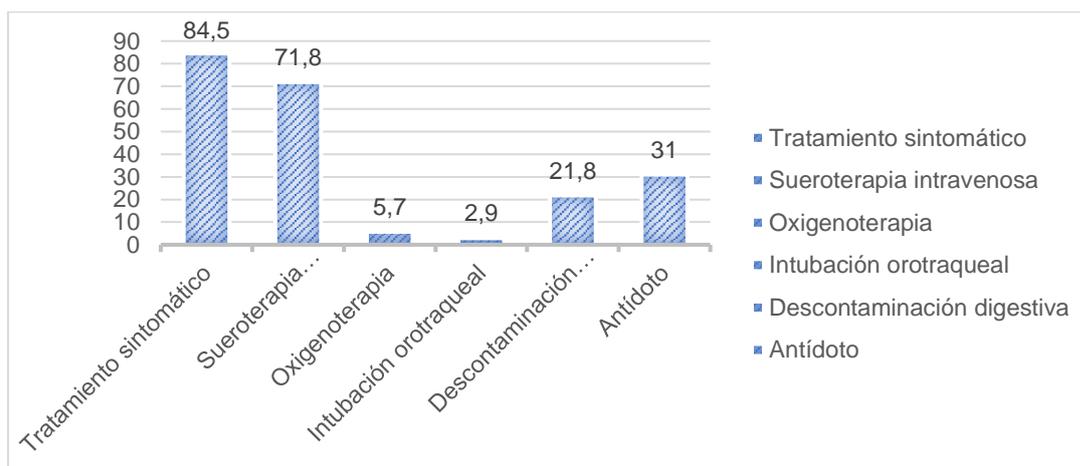


Figura 11. Tratamiento recibido en urgencias por parte de los pacientes con intentos de suicidio.

## 6. DISCUSIÓN:

Este estudio tiene como objetivo la realización de un análisis descriptivo del perfil del paciente que acude a urgencias con un intento de suicidio, así como los métodos empleados, y las intervenciones clínico-terapéuticas.

Dentro de las limitaciones del estudio destacamos el hecho de que la muestra del estudio estaba compuesta por los casos de intentos de suicidio que acudían al servicio de urgencias, sin tener en cuenta aquellos casos que no acudieron a ningún servicio del sistema sanitario, los que acudieron al servicio de atención primaria y no fueron derivados al hospital, y los casos que acudieron a un centro privado.

El Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid atendió a 174 pacientes por intentos de suicidio durante el año 2019, lo que supone un 0,2% de la asistencia, puesto que atendió a 84332 pacientes ese año.

La edad media observada fue de 40,83 años, se confirmó la predominancia de la mujer respecto al hombre en los casos estudiados. La edad es inferior, aunque aproximada a un estudio epidemiológico realizado en la Comunidad de Andalucía en los años 2013-2014, estudio PISMA-ep (6), en el que la edad media fue de 42,8 años, y en el cual había predominancia de mujeres. Comparando con los datos registrados en el CMBD de la Comunidad de Madrid (7), en el que la media de edad fue de 42,3 años, y un predominio de mujeres. El predominio de mujeres también se confirma en un estudio sobre intentos de suicidio en el servicio de urgencias entre 2014-2016 en Colombia (8), y en otro estudio epidemiológico de características muy similares al nuestro, en la Comunidad de Madrid en los años 2007-2008 (4), de igual modo que en el estudio llevado a cabo en Europa, proyecto MONSUE, en el que intervinieron varios países (España, Suecia, Suiza, Italia, Dinamarca, Hungría, Estonia, Bélgica, Alemania y Eslovenia) (9). La edad media de 43,21 años y el predominio de mujeres, también fue registrado en otro estudio español, en Málaga (10). En un estudio realizado en el servicio de urgencias de Asturias (11), los hombres predominaron con un 59,4% sobre las mujeres, y la edad media fue de 43,6 años. Por lo que parece clara la predominancia de las mujeres respecto a los hombres en las conductas de intentos suicidas y una edad media entre los 42 y 43 años, algo superior respecto a nuestra población.

El aumento de la temperatura ambiente y la disminución de las precipitaciones se encuentra en relación con el aumento de los intentos de suicidio, siendo, por tanto, el verano, el momento de mayores tentativas, resultados también obtenido por un estudio realizado en el Centro Médico de la Universidad de Soroka (Israel) (12), y por el

estudio de Asturias (11), donde los intentos de suicidio también fueron más frecuentes en verano. Los intentos fueron más frecuentes en verano y primera, con un repunte en el mes de agosto, según el estudio de Málaga (10), hechos que coinciden con nuestros resultados.

Los intentos fueron más frecuentes los días entre semana (114 casos) que el fin de semana (59 casos). La mayor parte de los casos se produjeron en los días laborables, (300 casos en días hábiles y 65 casos en días festivos) (10), por lo que coincide el aumento de casos los días entre semana.

En cuanto a antecedentes de patología psiquiátrica como comorbilidad, el (75,28%) contaba con uno o más diagnósticos en nuestro estudio, similar al estudio de Madrid (82,5%) (7), y a otro estudio madrileño (60%) (13), y del 74% (14). La patología psiquiátrica más relacionada con los intentos de suicidio en nuestro estudio fueron los trastornos ansiosos depresivos (24,13%), que no son coincidentes con otros estudios, en los cuales la patología más presente fue la depresión 41,9% (15), o los trastornos adaptativos 40% (14); en nuestro estudio los trastornos adaptativos constituyen el (18,39%). Las diferencias pueden deberse a la forma de agrupar las patologías en los diferentes estudios, pues en el nuestro, la depresión mayor (17,24%) es una variable independiente.

De igual modo en otro estudio se asociaron los trastornos mentales con un aumento del riesgo de suicidio en todos los trastornos psiquiátricos estudiados (16). Por lo que concluimos, que todos los trastornos psiquiátricos presentan un riesgo aumentado de intento de suicidio y de suicidio consumado en comparación con la población general, incluyéndose trastornos por abuso de sustancias (17).

El 82,8% de nuestros pacientes recibían tratamiento psiquiátrico previo, que coincide con los datos de un estudio de emergencias madrileño, con un 74% de pacientes con tratamiento psiquiátrico previo (13). Esto se explica por la gran relación de patología psiquiátrica con intento de suicidio, y es lógico pensar que los pacientes presenten tratamiento específico.

La intoxicación medicamentosa fue el modo utilizado en el intento de suicidio por el 72,41% de los pacientes. De igual modo que lo fue en el estudio realizado en Madrid (4), y PISMA-ep (6), siendo el 85,3%, y el 74,4 % en Madrid (7). Cifras que se encuentran muy próximas a las de un estudio sobre riesgo de repetición del intento de suicidio en Galicia (18), en el que la intoxicación medicamentosa fue el método usado en el 76% de los pacientes, así como en los reintentos. La intoxicación medicamentosa fue el modo más frecuente en Asturias (11), destacando entre los

fármacos las benzodiazepinas, como en nuestro estudio; de igual modo, las benzodiazepinas estaban claramente relacionadas con el intento de suicidio, en un estudio Australiano (19). Estos datos coinciden con el proyecto MONSUE, en el cual se apoya la intoxicación medicamentosa como técnica más empleada en los intentos de suicidio en pacientes europeos (9). Todo ello reafirma nuestros resultados de predominio de intoxicación medicamentosa como método del intento de suicidio, y en especial las benzodiazepinas.

Un estudio realizado en el hospital universitario Tahar Sfar Mahdia (Túnez) (20), apoya la intoxicación medicamentosa como método principal, y el predominio de mujeres, pero la edad es bastante inferior que en los estudios anteriormente mencionados; establecen la edad media en 26,6 años, por lo que intuimos que el desarrollo sociodemográfico puede intervenir en este caso.

Los acontecimientos vitales estresantes como desencadenantes de las tentativas acompañaron al 56,3% de los pacientes de nuestro estudio, sobre todo, los problemas de ruptura y problemas de pareja; en general, las dificultades interpersonales parecen ser las principales (21). Según nuestros resultados un 50,6% de los pacientes había tenido una tentativa previa de suicidio, frente al 71% según (3), y en comparación con un 42% en los hombres y un 45% en las mujeres, según los datos europeos recogidos en el proyecto MONSUE (8). Por lo que estos estudios también apoyan su presencia.

En cuanto a los pacientes que acudieron en ambulancia al servicio de urgencias, entre soporte vital básico y soporte vital avanzado, se encuentran el 66% de los pacientes, de igual modo que ocurre en la Comunidad de Madrid, en un 52,6% (4).

El alta al domicilio se produjo en el 61,5%, similar al estudio epidemiológico de Madrid que fue un 66,5% (4), pero algo inferior al de Madrid (7), que fue el 88%. Estas diferencias puede que se deban al plan de actuación propio de cada servicio de urgencias, o a la población acogida en cada estudio. El ingreso en una unidad de cuidados intensivos fue del 6,9%, frente al 3 % en el estudio (4). El juicio diagnóstico al alta de los pacientes era en su mayor parte trastornos del ánimo, pues son las patologías psiquiátricas más relacionadas con el suicidio (4).

Este estudio se ha visto limitado, por otra parte, a la escasez de estudios con el mismo planteamiento, a nivel de estudio de variables y características. El estudio más similar, y por tanto el más citado, ha sido el realizado en la Comunidad de Madrid, el cual se desarrolló sobre una muestra que acogía a una población total de 2,7 millones de habitantes (3). La escasez de trabajos con el mismo planteamiento opino que se debe a que nuestro estudio tuvo un planteamiento muy generalista en el cual se incluyeron

todos los pacientes con intentos de suicidio, que cumplieran los criterios de inclusión, con pocos criterios de exclusión, por lo que hemos obtenidos unos datos muy representativos de la población con tentativas de suicidio en el área de salud especificada; otros trabajos, en cambio, se centran más en una patología psiquiátrica en específico, en rangos de edades, u otras características que nos han limitado la comparación y discusión de nuestros datos. Por otro lado, la realización del parte judicial en estos supuestos se realizó en todos los casos de los pacientes estudiados.

## **7. CONCLUSIONES:**

- El perfil del paciente que acude al Servicio de Urgencias fue el de una mujer, de 40,83 años, con patología psiquiátrica asociada, más frecuentemente trastorno ansioso-depresivo, que acudió a causa de un intento autolítico por intoxicación medicamentosa por benzodiazepinas. En cuanto al modo de acudir a urgencias, lo más frecuente fue en soporte vital básico. Se produjo entre semana y en verano, con más frecuencia.
- Se acompañaba de acontecimientos vitales estresantes, típicamente problemas de pareja/ruptura sentimental/divorcio.
- Los métodos empleados más frecuentemente fueron la intoxicación medicamentosa, y secundariamente las heridas por arma blanca.
- En cuanto al manejo clínico y terapéutico; la toma de constantes y la canalización de una vía venosa fueron necesaria en la mayor parte de los pacientes. El tratamiento más frecuente, fue el de tipo sintomático y sueroterapia intravenosa. La mayor parte de los pacientes precisaron una consulta por un especialista en psiquiatría en el servicio de urgencias y fueron dados de alta al domicilio tras ella. El tiempo medio de estancia en urgencias fue de 6,8 horas.
- La atención de los pacientes que acuden por intento de suicidio al Servicio de Urgencias supone un importante gasto sanitario tanto a nivel de personal, como material y de tiempo.

## **8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. [citado 13 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Arbesú Prieto, JÁ, Sánchez GV, Cuba Vila B, Solís C. Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio. Servicio del Principado de Asturias: Conserjería de Sanidad; 2018 p. 48.
3. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Proceso de prevención y atención de la conducta suicida [Internet]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/>
4. Estudio de la conducta suicida en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad, Salud Mental; 2010 p. 187.
5. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. 2014.
6. Cervilla JA, Ruiz I, Rodríguez-Barranco M, Rivera M, Ibáñez-Casas I, Molina E, et al. Protocolo y metodología del estudio epidemiológico de la salud mental en Andalucía: PISMA-ep. Rev Psiquiatr Salud Ment. 1 de octubre de 2016;9(4):185-94.
7. Bobes García J, Giner Ubago J, Sainz Ruiz J. Suicidio y psiquiatría: Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida [Internet]. Madrid: Tricastela; 2011.
8. Medina M, Velásquez AV, Ribero OJ, Trujillo N. Costos médicos directos por intento de suicidio en pacientes del hospital mental de Antioquia, Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2018;42:e129.
9. MONSUE (European Multicentre Study on Suicidal Behaviour and Suicide Prevention). European Commission; 2010.
10. Moreno-Küstner B, Del Campo-Ávila J, Ruíz-Ibáñez A, Martínez-García AI, Castro-Zamudio S, Ramos-Jiménez G, et al. Epidemiología del comportamiento suicida en Málaga (España): un enfoque desde el servicio de emergencia prehospitalario. Front Psychiatry. 2019;10:111.
11. Fernández-Ibáñez A, Ugalde-Herrá RE, Rodríguez-Getino JÁ, Casas JBG, Díaz-Suárez JC. Epidemiología de las intoxicaciones agudas por sustancias de abuso en Urgencias. Estudio descriptivo en el área IV de Asturias. Adicciones. 2020;

12. Yarza S, Vodonos A, Hassan L, Shalev H, Novack V, Novack L. Comportamiento suicida y características meteorológicas en climas cálidos y áridos. *Environ Res.* 1 de mayo de 2020;184:109314.
13. Pacheco Tabuena T, Robles Sánchez JI. Emergencias extrahospitalarias: el paciente suicida. *Sanid Mil.* diciembre de 2011;67(4):345-53.
14. Torres Lio-Coo V, Josué Díaz L, Rodríguez Valdés NR, Font Darías I, Gómez Arias MB. Conducta suicida en pacientes atendidos en un Centro de Urgencias. *Rev Cuba Med Mil.* septiembre de 2005;34(3):0-0.
15. Durán D, Mazzotti G, Vivar R. Intento de suicidio y depresión mayor en el servicio de emergencia de un hospital general. *Rev Neuropsiquiatr.* 1999;62(3-4):226-41.
16. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagu G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clínica.* 13 de octubre de 2007;129(13):494-500.
17. Chesney E, M Goodwin G, Fazel S. Riesgos de mortalidad por todas las causas y suicidio en trastornos mentales: una meta revisión. *WPA.* 2014;13(2).
18. Espandian A, González M, Reijas T, Florez G, Ferrer E, Saiz PA, et al. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020;13(1):11–21.
19. Ogeil RP, Witt K, Scott D, Smith K, Lubman DI. Trastornos del sueño autoinformados en los servicios de ambulancia por ideación suicida e intento de suicidio entre 2012 y 2017. *J Affect Disord.* 15 de marzo de 2020;265:364-71.
20. Emergencias psiquiátricas: factores asociados con intentos de suicidio. [Internet]. [citado 9 de mayo de 2020]. Disponible en: [https://www.latunisiemedicale.com/article-medicale-tunisie\\_3610\\_fr](https://www.latunisiemedicale.com/article-medicale-tunisie_3610_fr)
21. Fegan J, Doherty AM. Trastorno de ajuste y conductas suicidas que se presentan en el entorno médico general: una revisión sistemática. *Int J Environ Res Public Health.* enero de 2019;16(16):2967.

# **ANEXO**

## VARIABLES:

1) **Sexo:** 0 = Hombre; 1 = Mujer.

2) **Edad:** Podría convertirse en categórica o dicotómica en el análisis posterior.

3) **Consumación del suicidio:** 0 = Fallecido; 1 = Vivo.

4) **Fecha de la asistencia:** tipo día/mes/año – dd/mm/aaaa

5) **Hora de llegada:** Según franja horaria. De 00:00 a 00:59 = 0; De 1:00 a 1:59= 1; De 2:00 a 2:59 = 2; De 3:00 a 3:59= 3; De 4:00 a 4:59=4; 5:00 a 5:59=5; De 6:00 a 6:59 =6; De 7:00 a 7:59= 7; De 8:00 a 8:59=8; De 9:00 a 9:59=9; De 10:00 a 10:59= 10; De 11:00 a 11:59=11; De 12:00 a 12:59=12; De 13:00 a 13:59=13; De 14:00 a 14:59=14; De 15:00 a 15:59=15; de 16:00 a 16:59=16; De 17:00 a 17:59=17; De 18:00 a 18:59=18; De 19:00 a 19:59=19; De 20:00 a 20:59=20; De 21:00 a 21:59=s1; De 22:00 a 22:59= 22; De 23:00 a 23:59= 23.

6) **Día de la semana:** 1 = Lunes; 2 = Martes; 3 = Miércoles; 4 = Jueves; 5 = Viernes; 6 = Sábado; 7 = Domingo.

7) **Fin de semana:** incluyendo dentro del fin de semana del Viernes a las 20:00 a el Lunes a las 8:00; 0 = No; 1 = Sí.

8) **Mes:** 1 = Enero; 2 = Febrero; 3 = Marzo; 4 = Abril; 5 = Mayo; 6 = Junio; 7 = Julio; 8 = Agosto; 9 = Septiembre; 10

= Octubre; 11 = Noviembre; 12 = Diciembre.

9) **Estación:** 1 = Invierno (21 diciembre al 20 marzo); 2 = Primavera (21 marzo al 20 junio); 3 = Verano (21 junio al 20 septiembre); 4= Otoño (21 septiembre al 20 diciembre).

10) **Forma de acudir a urgencias:** 1 = Propios medios; 2 = En ambulancia 112 básica; 3 = En ambulancias 112 avanzada; 4 = Custodiado por policía; 5 = No registrado.

11) **Comorbilidad 1:** 0= No/Sin interés; 1 = Psiquiátrica; 2 = Oncológica; 3 = Cardiocirculatorio; 4 = Respiratorio; 5 = P. Nefro-urológica; 6 = P. Digestiva; 7 = Neurológica; 8 = P. Infecciosa; 9 = Alcohol; 10 = Dependencia drogas de abuso/mórficos/BZD; 11 = Violencia familiar; 12 = P. endocrina; 13 = Dermatológica; 14 = Ginecología; 15 = Traumatológica; 16 = Otorrinolaringológica; 17 = Discapacidad mental (desde bajo CI hasta RM severo, retraso madurativo); 18 = Oftalmológica; 19 = Problemas Coagulación; 20 = Enfermedad autoinmune; 21= Conectivopatía.

12) **Comorbilidad 2:** 0= No/Sin interés; 1 = Psiquiátrica; 2 = Oncológica; 3 = Cardiocirculatorio; 4 = Respiratorio; 5 = P. Nefro-urológica; 6 = P. Digestiva; 7 = Neurológica; 8 = P. Infecciosa; 9 = Alcohol; 10 = Dependencia drogas de abuso/mórficos/BZD; 11 = Violencia

familiar; 12 = P. endocrina; 13 = Dermatológica; 14 = Ginecología; 15 = Traumatológica; 16 = Otorrinolaringológica; 17 = Discapacidad mental (desde bajo CI hasta RM severo, retraso madurativo); 18 = Oftalmológica; 19 = Problemas Coagulación; 20 = Enfermedad autoinmune; 21= Conectivopatía.

**13) Comorbilidad 3:** 0= No/Sin interés; 1 = Psiquiátrica; 2 = Oncológica; 3 = Cardiocirculatorio; 4 = Respiratorio; 5 = P. Nefro-urológica; 6 = P. Digestiva; 7 = Neurológica; 8 = P. Infecciosa; 9 = Alcohol; 10 = Dependencia drogas de abuso/mórficos/BZD; 11 = Violencia familiar; 12 = P. endocrina; 13 = Dermatológica; 14 = Ginecología; 15 = Traumatológica; 16 = Otorrinolaringológica; 17 = Discapacidad mental (desde bajo CI hasta RM severo, retraso madurativo); 18 = Oftalmológica; 19 = Problemas Coagulación; 20 = Enfermedad autoinmune; 21= Conectivopatía.

**14) Patología psiquiátrica 1:** 0 = Ninguno; 1 = Depresión; 2 = Ansiedad; 3 = Trastorno adaptativo; 4 = Esquizofrenia; 5 = Trastorno obsesivo-compulsivo; 6 = Trastorno psicótico; 7 = Dependencia drogas de abuso/opiáceos/BZD y toxicómano; 8 = Trastorno límite de la personalidad; 9 = TCA (Trastorno Comportamiento Alimenticio); 10 = Trastorno ansioso depresivo; 11 = Distimia; 12 = Fobia

social; 13 = Otras fobias distintas de fobia social; 14 = Trastorno narcisista; 15 = TDAH; 16 = Trastorno del comportamiento; 17 = Angustia; 18 = Trastorno bipolar; 19 = Personalidad impulsiva; 20 = Agitación psicomotriz; 21 = Trastorno delirante; 22 = Trastorno somatomorfo; 100 = Otros;

**15) Patología psiquiátrica 2:** 0 = Ninguno; 1 = Depresión; 2 = Ansiedad; 3 = Trastorno adaptativo; 4 = Esquizofrenia; 5 = Trastorno obsesivo-compulsivo; 6 = Trastorno psicótico; 7 = Dependencia drogas de abuso/opiáceos/BZD y toxicómano; 8 = Trastorno límite de la personalidad; 9 = TCA (Trastorno Comportamiento Alimenticio); 10 = Trastorno ansioso depresivo; 11 = Distimia; 12 = Fobia social; 13 = Otras fobias distintas de fobia social; 14 = Trastorno narcisista; 15 = TDAH; 16 = Trastorno del comportamiento; 17 = Angustia; 18 = Trastorno bipolar; 19 = Personalidad impulsiva; 20 = Agitación psicomotriz; 21 = Trastorno delirante; 22 = Trastorno somatomorfo; 100 = Otros;

**16) Patología psiquiátrica 3:** 0 = Ninguno; 1 = Depresión; 2 = Ansiedad; 3 = Trastorno adaptativo; 4 = Esquizofrenia; 5 = Trastorno obsesivo-compulsivo; 6 = Trastorno psicótico; 7 = Dependencia drogas de abuso/opiáceos/BZD y toxicómano; 8 = Trastorno límite de la personalidad; 9 = TCA (Trastorno Comportamiento

Alimenticio); 10 = Trastorno ansioso depresivo; 11 = Distimia; 12 = Fobia social; 13 = Otras fobias distintas de fobia social; 14 = Trastorno narcisista; 15 = TDAH; 16 = Trastorno del comportamiento; 17 = Angustia; 18 = Trastorno bipolar; 19 = Personalidad impulsiva; 20 = Agitación psicomotriz; 21 = Trastorno delirante; 22 = Trastorno somatomorfo; 100 = Otros;

**17) Tratamiento habitual:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**18) Tratamiento psiquiátrico habitual:** 0 = No; 1 = Si.

**19) Antecedentes familiares psiquiátricos:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**20) Modalidad 1:** 0 = no consta; 1 = Intoxicación medicamentosa; 2 = Asfixia por sofocación; 3 = Asfixia por inmersión; 4 = Estrangulación/ahorcamiento; 5 = Herida por arma de fuego; 6 = Herida por arma blanca; 7 = Inhalación humo tubo de escape; 8 = Politraumatismo por precipitación; 9 = Ingestión cáusticos; 10 = ingesta cuerpos extraños/metálicos; 11 = SÓLO Ingesta alcohólica; 12 = Negación de ingesta o de recibir tratamiento; 13 = Ingesta insecticidas; 14 = Autoagresión; 15 = Sofocación por bolsa de plástico.

**21) Modalidad 2:** 0 = no consta; 1 = Intoxicación medicamentosa; 2 = Asfixia por sofocación; 3 = Asfixia por

inmersión; 4 = Estrangulación/ahorcamiento; 5 = Herida por arma de fuego; 6 = Herida por arma blanca; 7 = Inhalación humo tubo de escape; 8 = Politraumatismo por precipitación; 9 = Ingestión cáusticos; 10 = ingesta cuerpos extraños/metálicos; 11 = SÓLO Ingesta alcohólica; 12 = Negación de ingesta o de recibir tratamiento; 13 = Ingesta insecticidas; 14 = Autoagresión; 15 = Sofocación por bolsa de plástico.

**22) Medicamentos en caso de intoxicación medicamentosa 1:** 0 = Ninguno. 1= Benzodiazepinas. 2 = Barbitúricos. 3 = AINES; 4 = Paracetamol; 5 = Agentes anestésicos intravenosos. 6 = Litio. 7 = Digoxina. 8 = Salicilatos; 9 = Antihipertensivos; 10 = AD tricíclicos; 11 = Antiepilépticos; 12 = Antibióticos; 13 = Derivados tiamina; 14 = ISRS (sertralina, fluoxetina...); 15 = AD noradrenérgicos y serotoninérgicos (Mirtazapina); 16 = Antihistamínicos; 17 = inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (Duloxetina); 18 = Antipsicóticos; 19 = Opiáceos; 20 = Anticolinérgicos; 100 = Otros.

**23) Medicamentos en caso de intoxicación medicamentosa 2:** 0 = Ninguno. 1= Benzodiazepinas. 2 = Barbitúricos. 3 = AINES; 4 = Paracetamol; 5 = Agentes anestésicos intravenosos. 6 = Litio. 7 = Digoxina. 8 = Salicilatos; 9 = Antihipertensivos; 10 = AD tricíclicos; 11 = Antiepilépticos; 12 =

Antibióticos; 13 = Derivados tiamina; 14 = ISRS (sertralina, fluoxetina...); 15 = AD noradrenérgicos y serotoninérgicos (Mirtazapina); 16 = Antihistamínicos; 17 = inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (Duloxetina); 18 = Antipsicóticos; 19 = Opiáceos; 20 = Anticolinérgicos; 100 = Otros.

**24) Medicamentos en caso de intoxicación medicamentosa 3:** 0 = Ninguno. 1= Benzodiacepinas. 2 = Barbitúricos. 3 = AINES; 4 = Paracetamol; 5 = Agentes anestésicos intravenosos. 6 = Litio. 7 = Digoxina. 8 = Salicilatos; 9 = Antihipertensivos; 10 = AD tricíclicos; 11 = Antiepilépticos; 12 = Antibióticos; 13 = Derivados tiamina; 14 = ISRS (sertralina, fluoxetina...); 15 = AD noradrenérgicos y serotoninérgicos (Mirtazapina); 16 = Antihistamínicos; 17 = inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (Duloxetina); 18 = Antipsicóticos; 19 = Opiáceos; 20 = Anticolinérgicos; 100 = Otros.

**25) Coingesta de alcohol:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**26) Coingesta de drogas de abuso:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**27) Tipo de drogas de abuso:** Texto libre. 1 = cocaína; 2 = Anfetaminas y MDMA; 3 = Cannabis; 4 = MDMA; 5 = Opiáceos.

**28) Acontecimientos vitales estresantes:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**29) Tipo de acontecimientos vitales estresantes 1:** 0 = Ninguno; 1= Duelo patológico familiar; 2 = Enfermedad crónica

degenerativa/paliativa/oncológica; 3= Problemas afectivos; 4 = Despido o problemas laborales; 5 = Malos tratos o abusos; 6= Violación o situaciones de agresión; 7 = Bullying/mobbing; 8 = Divorcio/Ruptura

sentimental/Problemas de pareja; 9 = Institucionalizado; 10 = Problemas económicos; 11 = Situación familiar disfuncional; 12 = IAM/ictus; 13 = incapacidad/baja laboral; 14 = Enfermedad grave de familiar; 15 = Pérdida de custodia; 16 = Sobrecarga cuidador informal; 17 = Aborto;

**30) Tipo de acontecimientos vitales estresantes 2:** 0 = Ninguno; 1= Duelo patológico familiar; 2 = Enfermedad crónica

degenerativa/paliativa/oncológica; 3= Problemas afectivos; 4 = Despido o problemas laborales; 5 = Malos tratos o abusos; 6= Violación o situaciones de agresión; 7 = Bullying/mobbing; 8 = Divorcio/Ruptura

sentimental/Problemas de pareja; 9 = Institucionalizado; 10 = Problemas económicos; 11 = Situación familiar disfuncional; 12 = IAM/ictus; 13 = incapacidad/baja laboral; 14 = Enfermedad grave de familiar; 15 = Pérdida de custodia; 16 = Sobrecarga cuidador informal; 17 = Aborto;

**31) Intentos previos:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**32) Misma modalidad:** 0 = No, distinta; 1 = Si, misma; 2 = No registrado.

**33) Modalidad intento previo:** 0 = no consta; 1 = Intoxicación medicamentosa; 2 = Asfixia por sofocación; 3 = Asfixia por inmersión; 4 = Estrangulación/ahorcamiento; 5 = Herida por arma de fuego; 6 = Herida por arma blanca; 7 = Intoxicación por metanol; 8 = Politraumatismo por precipitación; 9 = Ingestión cáusticos; 10 = ideación sin llegar a cometerlo. 11= alcohol

**34) Prioridad de triaje:** I=1; II=2; III=3; IV=4; V=5.

**35) Clínica asociada al intento de suicidio:** 0= Ninguna: 1 = Psiquiátrica; 2 = Cardiológica; 3 = Neurológica; 4 =Respiratoria; 5 = Digestiva; 6 = Metabólica; 7= Traumatológica; 8 = Fiebre; 9 = Dermatológica.

**36) Clínica asociada al intento de suicidio 2:** 0= Ninguna: 1 = Psiquiátrica; 2 = Cardiológica; 3 = Neurológica; 4 =Respiratoria; 5 = Digestiva; 6 = Metabólica; 7= Traumatológica; 8 = Fiebre; 9 = Dermatológica.

**37) Glasgow:** 1 a 15; 0 = no registrado.

**Realización de técnicas de enfermería:**

**38) Canalización de vía venosa:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**39 Recogida de muestras de fluidos:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**40) Realización EKG:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**41) Monitorización:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**42) Medidas de contención:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**43) Sonda vesical:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**44) Toma de constantes:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**Realización de pruebas de imagen:**

**45) RX tórax:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**46) Otras RX simple:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**47) Ecografía:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**48) Tac:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**Tratamiento en urgencias:**

**49) Sueroterapia:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**50) Oxigenoterapia:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**51) Intubación orotraqueal (IOT):** 0 = No; 1 =Si, en 112; 2 = Si, en Urgencias.

**52) Precisa de medidas de reanimación cardiopulmonar avanzadas (diferentes a la IOT) por**

**parada cardiorrespiratoria:** 0 = No; 1 = si en 112; 2 = Si, en urgencias.

**53) Realización de medidas de descontaminación digestiva en IMA (Intoxicación medicamentosa aguda):** 0 = No realizada; 1 = lavado gástrico con sonda orogástrica; 2 = Carbón activado vía oral; 3 = Lavado gástrico + Carbón activado.

**54) Administración de antídoto específico:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**55) Antídoto 1:** 0 = Ninguno; 1 = Flumazenilo; 2 = Naloxona; 3 = Glucagón.

**56) Antídoto 2:** 0 = Ninguno; 1 = Flumazenilo; 2 = Naloxona; 3 = Glucagón.

**57) Tratamiento sintomático:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**58) Valoración psiquiátrica en urgencias:** 0 = No; 1 = Si; 2 = No registrado.

**59) Tiempo de estancia en servicio de urgencias:** 0 = De un minuto- 59 minutos; 1= De 1hora a 1hora y 59 minutos; 2 = de 2 horas a 2h y 59 minutos...

**60) Destino al alta:** 1 = Alta al domicilio; 2 = Ingreso en psiquiatría; 3 = Ingreso en UVI; 4 = Ingreso en planta convencional; 5 = Traslado a otro

hospital; 6 = Fuga; 7 = Alta voluntaria; 8 = Fallecimiento.

**61) Realización de parte judicial:** 0 = No; 1 = Si.

## INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm)

Dña. ROSA M<sup>a</sup> CONDE VICENTE, Secretario del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Área de Salud Valladolid Oeste

CERTIFICA:

Que este Comité ha tenido conocimiento del Proyecto de Investigación, Trabajo Fin de Grado (TFG), titulado: “**Análisis descriptivo de los intentos de suicidio atendidos en el Servicio de Urgencias del HURH de Valladolid durante 2019**”, Ref. CEIm: **PI004-20**, Protocolo versión 1.0, y considera que:

Una vez evaluados los aspectos éticos del mismo, acuerda que no hay inconveniente alguno para su realización, por lo que emite **INFORME FAVORABLE**.

Este Proyecto de Investigación será realizado por las alumnas **D<sup>a</sup> Lara Victoria Calvo Rubio** y **D<sup>a</sup> Paula Arteche Velasco**, siendo sus tutoras en el Hospital Universitario Río Hortega la **Dra. Beatriz Martín Pérez** y la **Dra. Susana Sánchez Ramón**.

Lo que firmo en Valladolid, a 31 de Enero de 2020

ROSAMARIA  
CONDEVICENTE  
- DNI 09296839D

Firmado digitalmente por ROSA MARIA CONDE VICENTE.  
Identificación de la persona que firma:  
ROSA MARIA CONDE VICENTE  
SECRETARÍA TÉCNICA DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIM) DEL ÁREA DE SALUD VALLADOLID OESTE  
Módulo de Investigación y Desarrollo Científico y Tecnológico  
Hospital Universitario Río Hortega  
Valladolid

**Fdo. Dña. Rosa M<sup>a</sup> Conde Vicente**  
**Secretario Técnico CEIm**

# ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO ATENDIDOS EN URGENCIAS DEL HURH DURANTE 2019

Trabajo de Fin de Grado - Facultad de Medicina UVa - Curso 2019-2020

Autoras: Lara Victoria Calvo Rubio y Paula Arteché Velasco.

Tutora: Beatriz Martínez Pérez. Co-tutora: Susana Sánchez Ramón.



Universidad de Valladolid  
Facultad de Medicina



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
RÍO HORTEGA

Los intentos de suicidio son una causa importante de consulta en los Servicios de Urgencias y Emergencias. constituye la décima causa de muerte en los países civilizados y la séptima causa de años potenciales de vida perdidos. Según la OMS aproximadamente 800.000 personas se suicidan cada año. Consideramos que sería interesante la realización de un estudio epidemiológico de las demandas por conducta suicida atendidas en el Servicio de Urgencias del HURH durante 2019 para su comparación con los datos ya publicados a nivel nacional e internacional

## OBJETIVOS

### PRINCIPAL:



Describir el perfil del paciente que acude al Servicio de Urgencias tras un intento de suicidio.

### SECUNDARIOS:



- Conocer y evaluar los métodos empleados en los intentos de suicidio por estos pacientes.
- Determinar cuáles son los factores precipitantes o facilitadores.
- Conocer el manejo clínico y terapéutico de las tentativas de suicidio y la carga asistencial que suponen.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Tipo de estudio:** Estudio observacional descriptivo, transversal, de carácter retrospectivo, con un periodo de recogida de muestras de 1 año (del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019).

### Criterios de inclusión:

- Acudir al Servicio de Urgencias a consecuencia de un intento de suicidio durante el periodo de tiempo mencionado.
- Ser mayor o igual a 14 años.

### Criterios de exclusión:

- Haber consumado con éxito el suicidio previo a la llegada al Servicio de Urgencias del hospital.

## RESULTADOS

174  
atenciones

0,2% del total de atenciones en Urgencias durante 2019.

70,1% ♀ vs 29,1% ♂ (p=0,000) 40,83 ± 18,108 años media de edad.

La mediana del tiempo de estancia en el Servicio de Urgencias fue de 5 horas (RIC 3 – 10 horas). El mínimo tiempo de estancia fue inferior a 1 hora y el máximo fue de 26 horas.

**Distribución temporal:** el 34,5% de las atenciones tuvieron lugar durante el fin de semana. El día con mayor incidencia fue el Miércoles. La estación que acumuló mayor incidencia fue verano (p < 0,028), en concreto el mes de Junio (13,8%).

La comorbilidad más frecuentemente presente (75,28%) fue la psiquiátrica (p=0,00). Siendo el trastorno ansioso depresivo el más frecuente (24,13%), seguido del trastorno adaptativo (18,39%) y depresión (17,24%).

Figura 1. Representación de las comorbilidades presentes en estos pacientes.

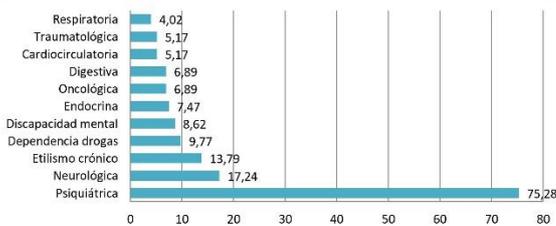


Figura 2. Representación de los estresores relacionados con las tentativas suicidas.

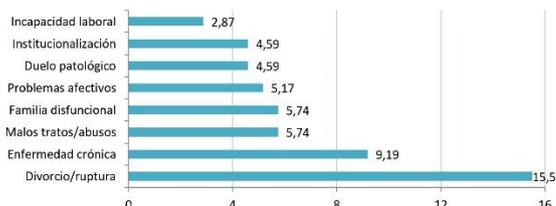
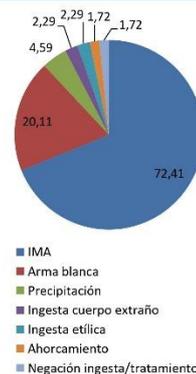


Figura 3. Resumen de los métodos más empleados para llevar a cabo el intento de suicidio



En los casos de intoxicación medicamentosa aguda (IMA) el fármaco mayormente empleado fueron las benzodiazepinas (83,47%).

Figura 4. Atención recibida en el Servicio de Urgencias

Técnicas de enfermería	n	%	p
Toma de constantes	168	96,6	0,000
Monitorización	108	62,1	0,001
Canalización vía venosa	150	86,2	0,000
Recogida de muestras	148	85	0,000
ECG	79	45,4	0,000
Medidas de contención	6	3,4	0,000
Sondaje	10	5,7	0,000
Pruebas de imagen	n	%	p
Radiografía de tórax	32	18,4	0,000
Otras radiografías	7	4	0,000
TAC	12	6,89	0,000
ECCO	1	0,57	0,000
Tratamiento en urgencias	n	%	p
Sueroterapia	125	71,8	0,000
Oxigenoterapia	10	5,7	0,000
Intubación orotraqueal	5	2,9	0,000
Reanimación cardio-pulmonar	1	0,57	0,000
Descontaminación	No requerida	136	78,2
	Lavado gástrico	6	3,4
	Carbón activado	13	7,5
Antídoto	LG + CA	19	10,91
	Ninguno	125	71,83
	Flumazenilo	47	27,01
	Naloxona	6	3,44
Glucagón	1	0,57	
Sintomático	147	84,5	0,000
Interconsulta psiquiatría	148	85,1	0,000

Figura 5. Forma de llegada a urgencias de los pacientes a estudio.



## CONCLUSIONES

- El perfil del paciente es el de una mujer de 40 años, con patología psiquiátrica asociada, que acude a Urgencias por una intoxicación aguda por benzodiazepinas, que acude al hospital en ambulancia en día de diario y es dada de alta al domicilio tras una estancia en urgencias de 6,83 horas.
- El métodos más empleado fue la intoxicación por benzodiazepinas, seguida de cortes con arma blanca. Asociando ingesta de alcohol en la quinta parte de los pacientes y de algún tipo de droga en la décima parte de la muestra.
- Hasta un 75,28% padecía comorbilidad psiquiátrica, siendo la más frecuente el trastorno ansioso-depresivo.
- El acontecimiento vital estresante más frecuentemente hallado en la muestra fue la ruptura sentimental.
- El tratamiento recibido en urgencias por la mayoría de los pacientes consistió principalmente en sueroterapia y tratamiento sintomático.
- El 85,1% fue valorado por psiquiatría antes de ser dado de alta.