

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



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

TRABAJO DE FIN DE GRADO

GRADO EN MEDICINA

CURSO 2019-2020

Autora: Lara Victoria Calvo Rubio

Tutora: Dra. Beatriz Martín Pérez.

Co-tutora: Dra. Susana Sánchez Ramón.



**FACULTAD
DE MEDICINA**



**HOSPITAL UNIVERSITARIO
RÍO HORTEGA**

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	3
MATERIAL Y MÉTODOS.....	3
Diseño.....	3
Ámbito y población de estudio.....	3
Criterios de inclusión.....	4
Criterios de exclusión.....	4
Variables a estudio.....	4
Descripción del método.....	4
Recogida de datos.....	4
Análisis estadístico de los datos.....	5
Limitaciones del estudio.....	5
Aspectos éticos.....	5
RESULTADOS.....	6
Análisis descriptivo de la muestra.....	6
Distribución temporal.....	6
Antecedentes del paciente.....	7
Acontecimiento vital estresante.....	9
Método empleado en el método de suicidio.....	9
Llegada a urgencias.....	11
Clínica asociada.....	12
Atención en urgencias.....	12
Evolución y destino de los pacientes.....	13
DISCUSIÓN.....	13
CONCLUSIONES.....	16
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
ANEXOS.....	20

RESUMEN

Introducción: El suicidio supone una parte importante de la carga asistencia atendida en Urgencias. Las enfermedades mentales y determinados estresores son considerados factores de riesgo.

Objetivos: Describir el perfil del paciente que acude al Servicio de Urgencias del HURH de Valladolid tras una tentativa de suicidio, conocer los métodos empleados, así como factores de riesgo y patrón temporal.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo de los intentos de suicidio atendidos en el Servicio de Urgencias del HURH de Valladolid durante 2019.

Resultados: Se produjeron 174 tentativas de suicidio, siendo mujeres el 70,1% y la edad media fue de $40,83 \pm 18,18$ años. El 73,6% llegó en ambulancia. El 75,28% presentaba antecedentes psiquiátricos, principalmente trastorno ansioso-depresivo. El método más empleado fue intoxicación medicamentosa por benzodiazepinas seguido de auto-lesión con arma blanca. Se observó que en el 56,3% existía algún estresor, siendo el principal la ruptura sentimental. Más de la mitad de estos pacientes había realizado intentos previos. El 61,5% fue dado de alta y 21,3% ingresó en planta de psiquiatría. Se registraron 2 fallecimientos.

Conclusiones: El perfil del paciente de nuestro estudio es una mujer en torno a los 40 años con patología psiquiátrica que acude en ambulancia por intoxicación aguda por benzodiazepinas y es dada de alta en menos de 7 horas.

Los datos obtenidos son difíciles de extrapolar y comparar con otras series, dada la heterogeneidad y falta de consenso en los criterios establecidos por los autores.

Palabras clave: Suicidio, método, intoxicación medicamentosa, enfermedad mental, urgencias.

INTRODUCCIÓN

El suicidio, entendido como el acto por el cual una persona trata de provocar su propia muerte de manera intencionada, además de ser una de las urgencias más graves a las que puede enfrentarse el personal sanitario, es también un grave problema de salud pública. La OMS calcula que aproximadamente 800.000 personas se suicidan cada año, siendo mayor el número de tentativas que se producen (1).

En cuanto a la frecuencia de esta problemática, el suicidio constituye la décima causa de muerte en países civilizados y la séptima causa de años de vida potenciales perdidos. En la franja de edad entre los 15 y 24 años, llega incluso a ser la segunda causa de mortalidad, siendo la primera los accidentes de tráfico.

Se considera que la etiología es multifactorial. Existen una serie de factores que se consideran de riesgo, como: sexo varón (aunque las mujeres cometan más tentativas, son los hombres los que consuman mayor número de suicidios), edad avanzada, sobretudo en personas mayores de 65 años (aunque en los últimos años se han incrementado las tasas de suicidio en población joven), presencia de enfermedad física crónica, dolorosa o incapacitante, situaciones como el desempleo o la viudedad, síntomas psicóticos, aislamiento social, intentos previos, etc.

Ante un paciente que acude al servicio de urgencias tras una conducta suicida, es primordial asegurar su supervivencia. Los servicios hospitalarios de urgencias son en muchos casos el primer contacto entre estos pacientes y el sistema sanitario, por ello es importante la actitud que tome el médico, que debe ser empática, y evitar la creación de sentimientos de culpa. Ante un paciente que ha cometido una tentativa de suicidio y tras haber logrado su estabilización, es importante la evaluación psiquiátrica completa antes de ser dado de alta, para valorar el seguimiento posterior que requiere, así como la eventual necesidad de ingreso hospitalario, ya que los pacientes con elevado riesgo de repetición se controlan mejor ingresados.

De la importancia de este problema surge en 1999 el programa SUPRE, lanzado por la OMS para la prevención del suicidio. Se trata de una iniciativa mundial que consta de una serie de instrumentos dirigidos a determinados grupos sociales y profesionales como educadores, profesionales sanitarios, gobiernos, legisladores, etc para la prevención del suicidio.

En 2014, la OMS emitió también su primer informe sobre esta problemática para lograr una mayor sensibilización respecto al suicidio y conseguir el establecimiento de medidas preventivas desde un enfoque multidisciplinar a través de la sanidad pública.

En nuestra área de salud existen una serie de protocolos de actuación estandarizados (2). El IV plan de Salud de la comunidad de Castilla y León se estableció con el fin de lograr un proceso con el que atender a los pacientes con conducta suicida. En este plan se establece el protocolo de actuación a seguir por cada uno de los profesionales sanitarios, para conseguir identificar a tiempo a las personas en riesgo de suicidio y con ello disminuir el número de tentativas, así como su letalidad, mediante la

coordinación de los diversos niveles asistenciales. De esta manera se incluyen una serie de protocolos de actuación para derivación y el seguimiento adecuado de estos pacientes.

Ante los datos expuestos consideramos que sería interesante la realización de un estudio epidemiológico de las demandas por conducta suicida atendidas en servicio de urgencias del HURH de Valladolid a lo largo del año 2019, que permita comparar los datos recogidos en nuestro medio con otros ya publicados a nivel nacional e internacional. Para ello se examinan las variables sociodemográficas, clínicas y asistenciales de estos pacientes.

OBJETIVOS

PRINCIPAL:

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

SECUNDARIOS:

1. Conocer y evaluar los métodos empleados en la tentativa 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 y la carga asistencial derivada de estas atenciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO: Estudio observacional, descriptivo, transversal, de carácter retrospectivo, de un año, desde el 1 de Enero de 2019 al 31 de Diciembre de 2019.

ÁMBITO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO: La población diana son los pacientes que recibieron atención sanitaria tras un intento de suicidio en el Servicio de Urgencias Hospitalarias del HURH de Valladolid desde el 1 de Enero de 2019 al 31 de Diciembre

de 2019 que cumplan todos los criterios de inclusión y ninguno de los criterios de exclusión siguientes:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Acudir a consecuencia de un intento de suicidio durante el periodo de tiempo ya mencionado al Servicio de Urgencias del HURH de Valladolid.
- Edad 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.

VARIABLES A ESTUDIO

Se han registrado 61 variables de tipo epidemiológico, clínicas, analíticas, de gestión del proceso actual, de tratamiento y de evolución final. Estas variables se encuentran recogidas en el *Anexo 1*.

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). Así mismo, se cumplimentó la base de datos en una hoja de Excel que incluía todas las variables del estudio. La recogida de datos del estudio tanto epidemiológicos como clínicos fue realizada bajo supervisión de la tutora del mismo, obteniendo éstos a través de la base de datos SI CLÍNICA y Jimena IV del HURH.

En cada caso, los datos fueron tratados de manera totalmente confidencial, sin que exista la posibilidad de identificar a los pacientes del estudio, puesto que no se incluyeron nombre, apellidos, fecha de nacimiento ni número de registro del episodio asistencial, disociándose el nombre del paciente y el número de historia clínica, así como cualquier otro dato confidencial, con el objetivo de salvaguardar la confidencialidad de los pacientes en todo momento.

RECOGIDA DE DATOS

Una vez recogidos los datos epidemiológicos y clínicos de la muestra, a través de la base de datos del HURH (SICLÍNICA), fueron volcados en una hoja de recogida de Excel diseñada para este fin.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Los datos recogidos han sido posteriormente analizados con el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 24.0.

Análisis descriptivo:

En cuanto a las variables cuantitativas continuas, éstas se describen como media \pm desviación estándar (DE), y en los casos en los que se consideró preciso se expresan como mediana y rango intercuartílico (RIC). Las variables cualitativas se describen como frecuencias absolutas o relativas y como porcentajes.

Estadística analítica bivalente:

Para el estudio de la asociación entre variables cualitativas se realizó la prueba de Chi cuadrado y, en el caso de que alguna frecuencia esperada resultase ser menor de 5 se utilizó el test exacto de Fisher. Para el estudio de las diferencias entre medias de muestras independientes, se ha usado la prueba de la t de Student, si es para 2 grupos, y el test de ANOVA, si es para más de 2 grupos. Se ha considerado estadísticamente significativo $p < 0,05$.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Propias del diseño:

- Los estudios descriptivos no permiten obtener pruebas de causalidad, pero en cambio sí que permiten medir o estimar los fenómenos y generar nuevas hipótesis que puedan ser confirmadas en posteriores estudios analíticos.
- La falta de homogeneidad en las definiciones de algunas de las variables del estudio, así como las diferencias en los criterios de inclusión, con respecto a otros estudios ya publicados puede provocar dificultades añadidas a la hora de comparar los resultados con los de otros estudios.

Propias de la fuente de datos:

- Al ser un estudio retrospectivo, la recogida completa de datos de la Historia Clínica realizada en Urgencias puede verse dificultada por la falta de datos en algunas variables. A pesar de ello, estos estudios son también necesarios para poder evaluar las condiciones de práctica clínica habitual.

ASPECTOS ÉTICOS



Este trabajo se ha llevado a cabo conforme a las leyes y normativas vigentes aplicables, de acuerdo con los principios éticos internacionales, basándose principalmente en la Declaración de Helsinki en su última versión (Fortaleza, Brasil, 2013).

RESULTADOS

Estudio descriptivo de la muestra:

De todos los pacientes atendidos en 2019 en el Servicio de Urgencias del HURH, 174 cumplieron los criterios de inclusión para nuestro estudio, suponiendo un 0,20% del total de las urgencias atendidas en 2019. De estos 714 pacientes el 70,1% fueron mujeres y el 29,9% hombres, resultando esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$). La media de edad fue de $40,83 \pm 18,108$ años ($p=0,000$). En mujeres la media de edad resultó ser de $39,62 \pm 18,266$, mientras que en hombres la media de edad fue de $43,65 \pm 17,582$ sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad en relación al sexo ($p=0,180$). En la *Figura 1* aparecen las tentativas de suicidio desglosadas por sexo y edad.

	Total (n=174)		Hombres (n = 52)		Mujeres (n = 122)		
Edad	n	%	n	%	n	%	p
< 18	19	10,9	5	9,6	14	11,5	NS
18-34	46	26,4	11	21,2	35	28,7	NS
35-65	94	54	30	57,7	64	52,5	NS
> 65	15	8,6	6	11,5	9	7,4	NS

Figura 1. Distribución de las tentativas de suicidio en función de la edad y el sexo.

Distribución temporal:

En cuanto a la distribución semanal (*Figura 2*), el día con mayor incidencia de atención sanitaria por intento de suicidio fue ser el miércoles, con un 20,1% sin haberse hallado diferencias significativas ($p=0,348$). El 34,5% tuvieron lugar a lo largo del fin de semana (comprendido desde la 22:00 del viernes hasta las 8:00 del lunes) de manera estadísticamente significativa ($p=0,000$).

Respecto a la distribución mensual (*Figura 3*), la estación del año con mayor carga asistencial fue el verano, en concreto el mes de Junio con un 13,8% ($p<0,028$).

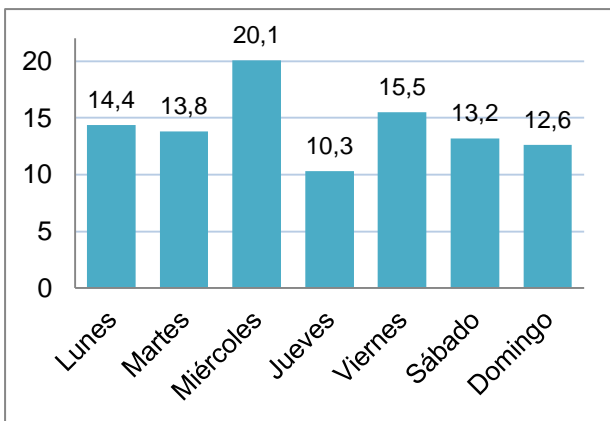


Figura 2. Distribución semanal de los intentos de suicidio atendidos en el Servicio de Urgencias durante 2019.

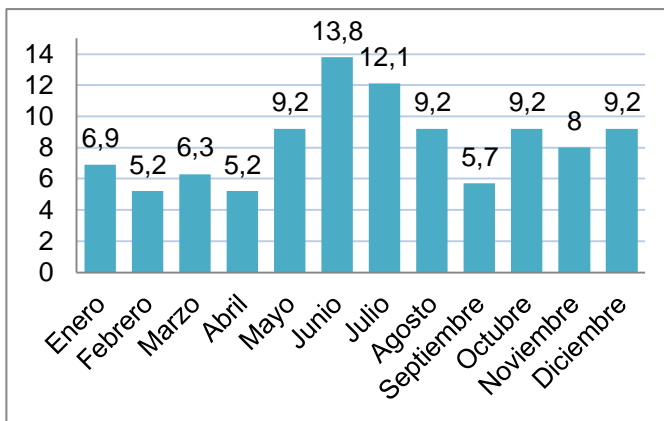


Figura 3. Distribución mensual de los intentos de suicidio atendidos en el Servicio de Urgencias durante 2019

La hora de llegada a urgencias no sigue una distribución establecida, pero se observan dos modas, a las 15 y a las 22 horas. Dividiendo el día en mañana – tarde – noche según los turnos de trabajo del personal sanitario encontramos que un 43,7% acudió a Urgencias a lo largo de la tarde, por la mañana el 35,6% y un 20,7% lo hizo durante el turno de noche, de manera estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

La media del tiempo de estancia en el Servicio de Urgencias fue de 6,83 horas, situándose la mediana en 5 horas (RIC 3 – 10 horas) y la moda en 3 horas. El mínimo tiempo de estancia fue inferior a 1 hora, mientras que el tiempo de estancia máxima ascendió hasta las 26 horas. En total la suma del número de horas de estancia en urgencias de estos pacientes fue de 1189 horas en un año.

Antecedentes de los pacientes

Respecto a la existencia de comorbilidad en los pacientes a estudio, entendida como antecedente personal que puede suponer un factor de riesgo para el intento de suicidio, el 75,28% presentaba patología psiquiátrica previa.

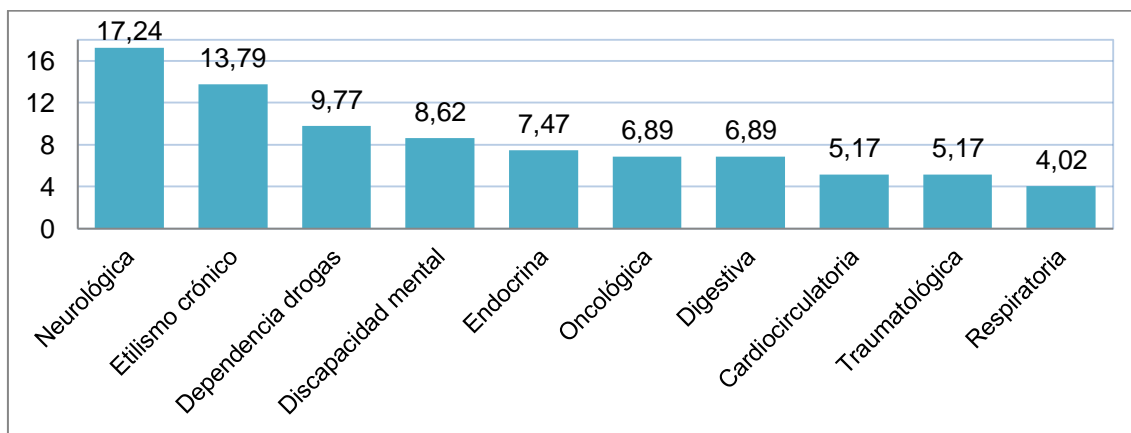


Figura 4. Representación de las 10 comorbilidades más frecuentes en estos pacientes ($p < 0,000$) después de la psiquiátrica (esta última ha sido excluida de la tabla para una interpretación más sencilla).

En la *Figura 4*, se han representado las comorbilidades presentes en estos pacientes. Se han hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo para el etilismo crónico que resultó ser más importante en varones ($p < 0,0051$).

En cuanto a los pacientes con patología psiquiátrica, el trastorno ansioso-depresivo fue el más prevalente, estando presente en el 24,13% de los pacientes de este estudio, además un 17,24% padecía depresión aislada y el 16,66% ansiedad. El trastorno adaptativo, estaba presente en el 18,39% y el trastorno límite de la personalidad, en el 15,51%. Del total de pacientes con antecedentes de patología psiquiátrica, el 43,4% presentaba más de un trastorno de manera concomitante. Se han hallado diferencias estadísticamente significativas en función del sexo para ansiedad que se encontraba presente en el 20,5% de las mujeres ($p < 0,038$), mientras que la esquizofrenia y el TDAH se asocian de manera estadísticamente significativa a la población masculina, presentes en 5,7% y 3,8% respectivamente. Se recoge en la *Figura 5*.

Un 51,1% de los pacientes estudiados tenían antecedentes de tentativas de suicidio, de manera no significativa ($p = 0,879$).

Respecto al tratamiento crónico de los pacientes, el 89,7% tenían pautado tratamiento habitual, siendo en el 82,8% tratamiento psiquiátrico ($p = 0,000$).

En cuanto a los antecedentes familiares, 12,6% tenía antecedentes familiares psiquiátricos ($p = 0,000$).

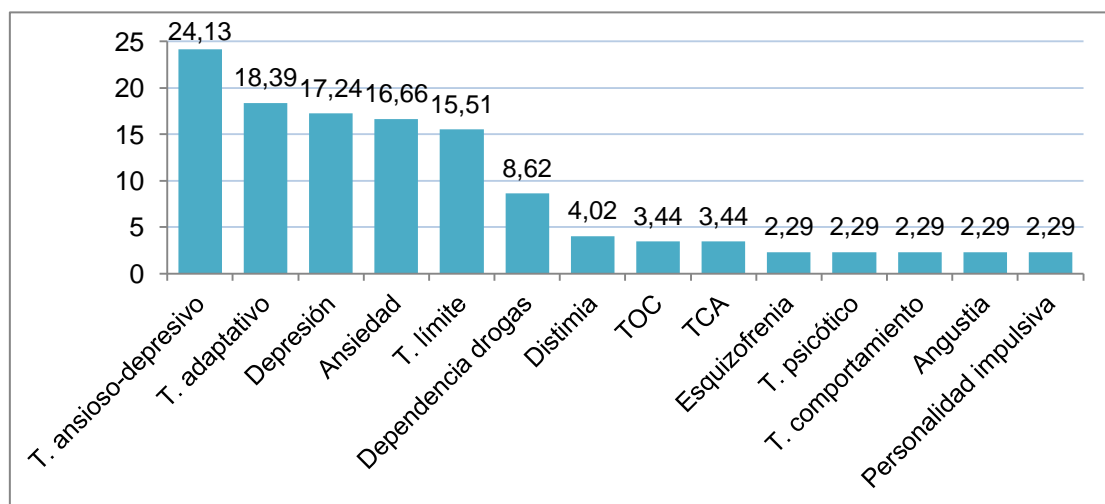


Figura 5. Representación (%) de las comorbilidades psiquiátricas más prevalentes en esta población ($p < 0,000$).

Acontecimiento vital estresante

En el 56,3% de los pacientes del estudio existía algún tipo de acontecimiento vital estresante que podría relacionarse con la tentativa de suicidio de manera no significativa ($p=0,095$). El factor estresante más repetido fue una ruptura sentimental en el 15,51%. En la *Figura 6* se detallan los acontecimientos vitales que se hallaron en los pacientes de la muestra.

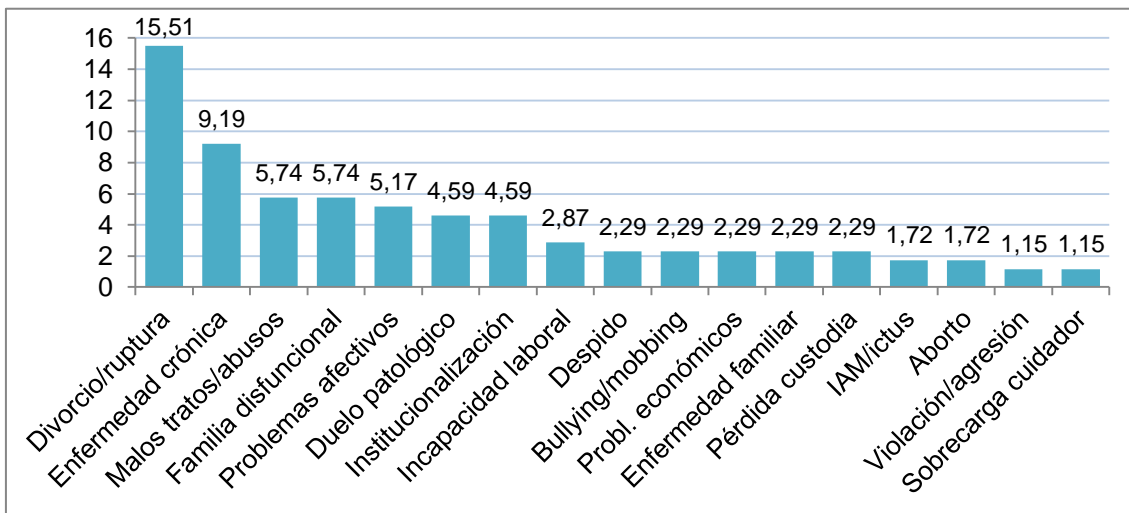


Figura 6. Tabla representativa de los acontecimientos vitales estresantes relacionados con los intentos de suicidio atendidos en nuestro estudio (%).

Método empleado en el intento de suicidio

La distribución de los métodos de suicidio implicados en las tentativas de suicidio observadas en el estudio se detalla en la *Figura 7*.

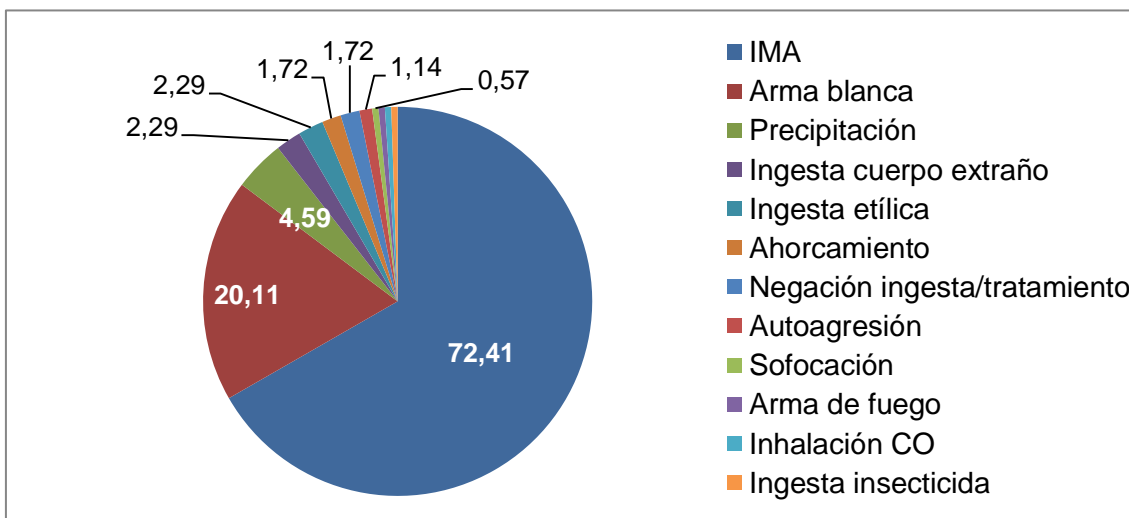


Figura 7. En este diagrama se detallan todas las modalidades de suicidio presentes en el estudio (%).

El 72,41% de los casos se debió a ingesta medicamentosa aguda (IMA), en el 10,31% de éstos se asociaron cortes por arma blanca en diversas partes del cuerpo. Además las heridas por arma blanca fueron también el segundo método más empleado (20,11%) en las tentativas de suicidio, asociado o no a otros. El 4,59% sufrió un traumatismo por precipitación (siendo más frecuente en hombres de manera estadísticamente significativa, como se aprecia en la *Figura 8*).

Modo	Total (N = 174)		Hombres (N = 52)		Mujeres (N = 122)		p
	n	%	n	%	n	%	
IMA	126	72,41	34	65,4	92	75,4	NS
Arma blanca	35	20,11	10	19,3	25	20,5	NS
Precipitación	8	4,59	5	9,6	3	2,5	0,039
Ingesta cuerpo extraño	4	2,29	0	0	4	3,3	NS
Ingesta etílica	4	2,27	2	3,8	2	2,4	NS
Negación ingesta/tratamiento	3	1,72	0	0	3	2,4	NS
Ahorcamiento	3	1,72	2	3,8	1	0,8	NS
Autoagresión	2	1,14	1	1,9	1	0,8	NS
Sofocación	1	0,57	1	1,9	0	0	NS
Arma de fuego	1	0,57	1	1,9	0	0	NS
Inhalación CO	1	0,57	1	1,9	0	0	NS
Ingesta insecticida	1	0,57	1	1,9	0	0	NS

Figura 8. Método empleado en la tentativa de suicidio y comparación por sexo.

El 89,7% de los pacientes empleó un único método, mientras que el 10,3% restante usó más de uno de manera concomitante, ($p < 0,000$).

El 51,1% de los pacientes estudiados habían cometido previamente otro intento de suicidio ($p = 0,879$), empleando el mismo método en el 38% de los casos, mientras que el resto lo intentó con otra metodología de forma estadísticamente significativa.

Respecto al tipo de fármaco más utilizado en las IMAs: las benzodiazepinas (83,47%). ISRS en el 10,74%, con la misma prevalencia se emplearon también antiepilépticos. El grupo de fármacos antidepresivos (incluyendo ISRS, AD tricíclicos y otros) en conjunto supuso el 17,35% de los casos. La distribución de los fármacos empleados en IMAs como intento de suicidio, se describen más detalladamente en la *Figura 9*.

Del total de pacientes atendidos un 20,7% había consumido alcohol, siendo este porcentaje del 30,7% en hombres y 15,6% en mujeres. En el 11,5% se demostró la coingesta de algún tipo de droga. La distribución de las drogas de abuso fue: cocaína

55%, cannabis en un 50% y anfetamina y NMDA en el 25%. Metanfetamina y opiáceos se consumieron en un 5% en ambos casos.

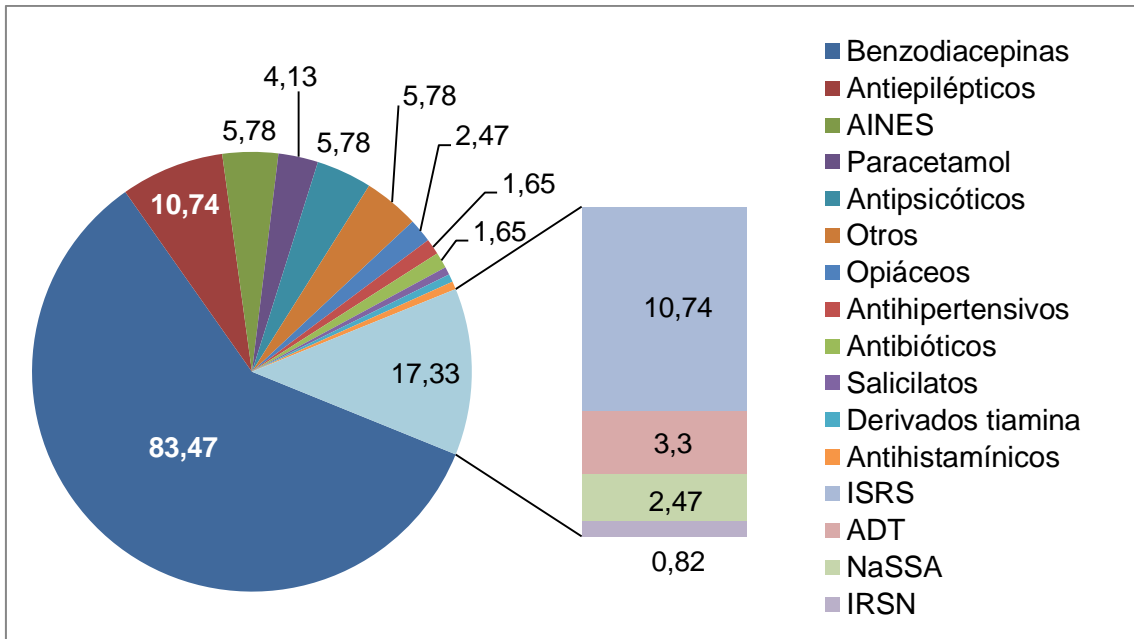


Figura 9. Representación (%) de los fármacos empleados en los casos de intoxicación medicamentosa aguda.

Llegada de urgencias

La forma de llegar a urgencias de estos pacientes se refleja en la Figura 10.

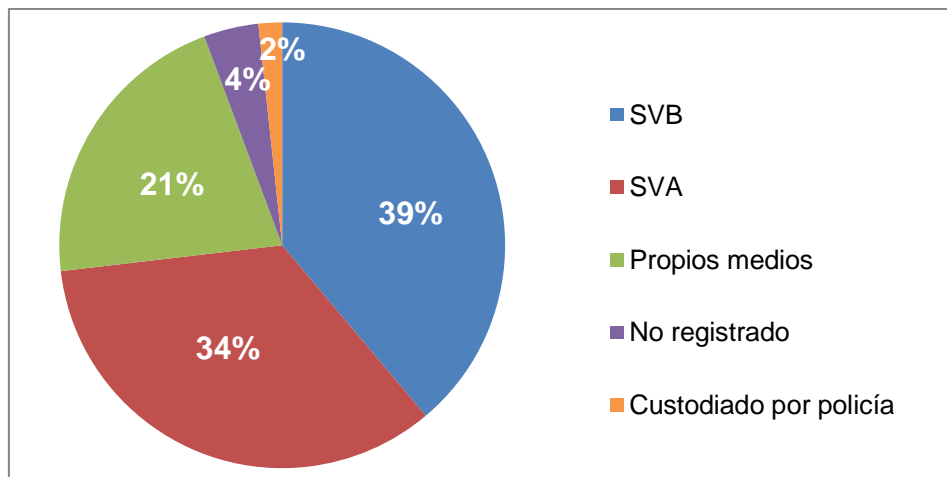


Figura 10. Representación de la manera de llegar a urgencias.

Respecto a la prioridad en triaje de estos pacientes, el 4% suponían prioridad absoluta (I, Resucitación), el 12,1% II (Emergencia), el 75,3% suponía una valoración de Urgencia III y el 8% IV (Urgencia menor). Según SET (sistema español de triaje), que es la escala de triaje utilizada en nuestro medio.

Clínica asociada

La clínica asociada a la tentativa de suicidio que se contempló en los pacientes fue: el 54,6% psiquiátrica, 11,5% neurológica, y el 4% clínica respiratoria. Otra clínica presente fue la metabólica, digestiva, traumatológica y cardiocirculatoria ($p < 0,000$).

Atendiendo a la puntuación en la escala Glasgow del Coma, el 88% mostraba alteración leve de la consciencia, siendo esta puntuación ≥ 13 , el 4% una puntuación entre 9 y 12 y un 5,2% presentaba características de alteración grave siendo su puntuación en la escala de Glasgow ≤ 8 , de manera estadísticamente significativa.

Atención en 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
Ecografía		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	176	78,2	0,000
	Lavado gástrico	6	3,4	
	Carbón activado	13	7,5	
	LG + CA	19	10,91	
Antídoto	Ninguno	125	71,83	0,000
	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 11. Tabla con las técnicas de enfermería, pruebas de imagen y tratamiento realizado en urgencias.

Evolución y destino de los pacientes

Del total de pacientes atendidos en el estudio el 61,5% fue dado de alta al domicilio con seguimiento posterior por Psiquiatría, mientras que el 21,3% fue ingresado en la planta de Psiquiatría. En la *Figura 12* aparece representado el destino final de estos pacientes tras su atención en el Servicio de Urgencias.

Finalmente 2 pacientes fallecieron tras el intento de suicidio, suponiendo una mortalidad del 1,1%.

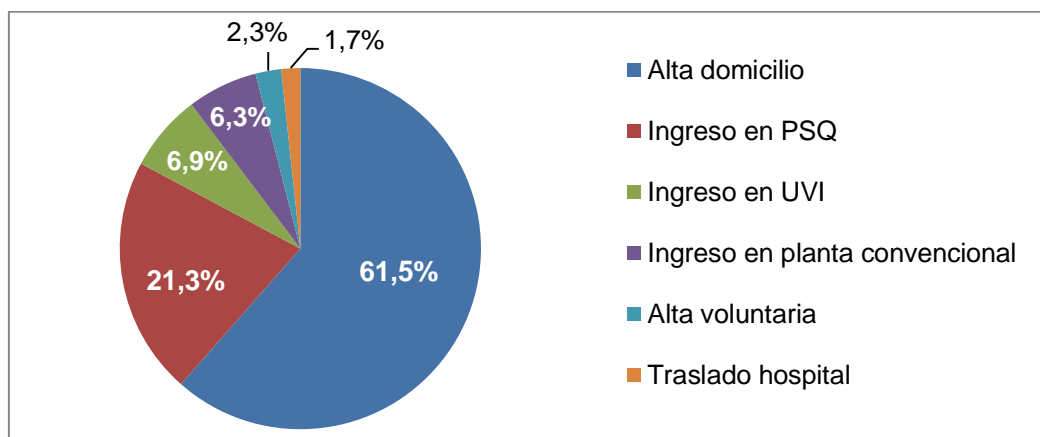


Figura 12. Destino final tras la atención en el Servicio de Urgencias, $p < 0,000$.

DISCUSIÓN

Durante 2019 fueron atendidos un total de 174 pacientes en Servicio de Urgencias Hospitalarias del HURH de Valladolid a causa de intento de suicidio, representando el 0,2% del total de urgencias atendidas, dato que coincide con el que se muestra en el estudio de Vázquez et al (3) para el año 2009 (0,21%) en el que además se aprecia una tendencia ascendente desde el año 2005 (0,14%).

La distribución en cuanto al sexo resultó ser un 70,1% de mujeres frente al 29,9% de hombres, dato que contrasta con el estudio de Azcárate et al (4), en el que el 75,5% de la población estudiada eran hombres. Si bien concuerda con el estudio de Vázquez et al (3) que señala que la frecuencia de tentativas de suicidio es 1,4 veces en mujeres que en hombres, así como otras series (5–15) en los que también se observa una tendencia mayor en mujeres. La edad media observada en la muestra fue de 40,83 años, sin diferencias estadísticamente significativa entre ambos sexos. Este dato es similar a los obtenidos en otros estudios (6,11,15), mientras que en otras publicaciones la edad media es menor (3,5,16). La franja etaria en la que más se repiten las conductas suicidas es entre los 35 y 65 mientras que en el estudio de Vázquez et al

(3) esta franja etaria es la segunda en frecuencia siendo la más afectada entre los 18 y 34 años. Es importante mencionar la falta de homogeneidad en la literatura científica que dificulta la comparación de los diferentes trabajos. Además existen estudios específicos centrados en alguna franja etaria como el de Margarit et al (17) sobre las características de las tentativas de suicidio en adolescentes o el de Valiente et al (18) centrado en adultos mayores de 60 años. En éste último, sobre suicidios consumados en adultos mayores de 60 años se obtuvo que la incidencia fue mayor en varones respecto a mujeres, esto podría guardar relación con el empleo de métodos más agresivos por parte de la población masculina (ya que este estudio se centró en suicidios consumados, omitiendo las tentativas), sin embargo en nuestro estudio se sigue observando prevalencia mayor en mujeres también en esta franja etaria (18).

Si bien existe un patrón estacional para la depresión, ya que cuando disminuye la exposición a la luz solar (durante los meses de invierno), tienden a darse más casos de depresión, las tasas de suicidio por el contrario son más frecuentes en verano, tal y como revela este trabajo. Otros estudios muestran también una mayor prevalencia de estas conductas durante los meses estivales (3,4,10,11). Sin embargo la tendencia en cuanto al día de la semana es divergente y sin diferencias estadísticamente significativas en diferentes trabajos (3,4,11,12), esto puede deberse a diversos factores como la geografía, el clima, la cultura, etc. Varios estudios respaldan que la mayoría de las atenciones requeridas se dieron durante la tarde, tal y como se afirma en nuestro trabajo (6,9,10).

En la mayoría de la bibliografía consultada el método más comúnmente empleado en las tentativas suicidas es la intoxicación medicamentosa (5,7,10,11,14,19–21), siendo el fármaco principalmente implicado las benzodiazepinas conforme afirman otras series (5,8,16), coincidiendo con los resultados obtenidos en nuestro trabajo: algunas de ellas también coincidentes en que el segundo grupo farmacológico más empleado para este fin son los ISRS, si bien otros estudios apuntan a que este segundo grupo lo constituyen analgésicos como el paracetamol (5,16). El hecho de que el método más empleado sea la intoxicación medicamentosa puede deberse, entre otras razones, a la facilidad de acceso a los mismos, dado que gran parte de los pacientes que cometen este tipo de tentativas tenían pautado tratamiento ansiolítico. Sin embargo gran cantidad de estudios afirman que en los casos de suicidio consumado, los datos difieren de los observados en las tentativas, sobretodo en el grupo masculino, siendo en estos casos el ahorcamiento o la precipitación los métodos mayormente usados (4,7,10,20). El hecho de que en nuestro estudio solo se hayan encontrado 2 suicidios consumados explicaría la diferencia observada en cuanto a métodos con otros

estudios que cuentan con un mayor tamaño muestral de suicidios consumados, dado que también el haber consumado el suicidio previo a la llegada a Urgencias se consideró en nuestro trabajo un factor de exclusión.

Así mismo aproximadamente la mitad de nuestros pacientes habían realizado previamente al menos una tentativa de suicidio, dato que coincide con algunos estudios, aunque también puede diferir según las series consultadas, sin embargo, en gran parte de las mismas existe un porcentaje no despreciable de repetición de las tentativas de suicidio como el trabajo de López Steinmetz (22) y otros estudios (3,8,11,14), en algunos casos empleando el mismo método, mientras que en otras ocasiones los pacientes optaron por otro de mayor letalidad. Además estudios como el de Nieto et al (23) hacen hincapié en el papel que tienen los intentos previos de suicidio como predictores de mortalidad en próximas tentativas, incluso en ausencia de ideación suicida.

Respecto a los patologías previas presentes en estos pacientes, en nuestro estudio destaca la patología psiquiátrica, dato consistente con lo observado en la bibliografía consultada (3,7,16,21). De hecho se considera que la presencia de patología mental supone un factor de riesgo para la conducta suicida. Sin embargo no hay consenso en cuál es la manifestación psiquiátrica más prevalente en estos pacientes, y que por tanto comporta mayor riesgo, pudiendo tratarse de depresión, trastorno ansioso-depresivo, dependencia a tóxicos, esquizofrenia... (3,8,9,16). Trabajos como el de Ruiz de Pellón (11) también encontraron diferencias significativas respecto al sexo para el trastorno de ansiedad y esquizofrenia, siendo la primera más frecuente en mujeres y la segunda en varones. La segunda comorbilidad más prevalente en nuestro estudio fue la patología neurológica, seguida del alcoholismo y la dependencia a drogas.

En la literatura científica se mencionan también cuáles son las situaciones que pueden actuar como estresores y terminar condicionando la aparición de una conducta suicida, en este estudio los hemos nombrado como 'acontecimientos vitales estresantes'. En nuestro trabajo el factor estresante que más se repitió fue la existencia de problemas de pareja, además también se halló la presencia de enfermedad crónica, degenerativa o paliativa, malos tratos o abusos. Si bien estos estresores pueden variar según las series consultadas, lo cierto es que varios estudios incluyen también estos mismos factores estresantes como el de Arredondo Almazo (8) además de otros (16,21,23).

En la bibliografía revisada son pocos los artículos en los que se mencionan las medidas sintomáticas y terapéuticas aplicadas a estos pacientes durante la atención

que recibieron en los servicios de Urgencias. En el estudio de Tello et al (16) sobre intoxicaciones medicamentosas atendidas en urgencias, se precisó la administración de antídoto en el 26% de los pacientes, dato similar al obtenido en nuestro trabajo (31%). El porcentaje de pacientes valorados por los profesionales de psiquiatría durante la estancia en urgencias fue similar al detallado en el estudio de Arredondo Almazo (8) donde el 91'9% fue evaluado de manera inmediata por psiquiatría . Este dato no llega a ser del 100% sin embargo debería ser imprescindible esta valoración por el servicio de psiquiatría de urgencias en el momento agudo. Los datos recogidos en nuestro estudio muestra la gran carga asistencial que suponen las tentativas de suicidio y el coste sanitario asociado, incluyendo el tiempo de atención requerido por estos pacientes, el trabajo del personal de enfermería, la realización de pruebas complementarias, etc.

En este estudio se ha valorado también cual fue el destino final de estos pacientes al ser dados de alta del Servicio de Urgencias. Estos datos revelaron que el 61,5% fue dado de alta al domicilio, en la mayor parte de estos casos con seguimiento posterior por el servicio de psiquiatría, el ingreso en la planta de psiquiatría fue preciso en el 21,3%, el 6,9% fue ingresado en la UVI, el 6,3% en planta convencional, solicitando el alta voluntaria en el 2,3% y siendo preciso el traslado a otro hospital en el 1,7%. Algunos de estos datos coinciden con los hallados en diferentes artículos como los de Domínguez-Fernández et al (5), Robles-Bello et al (7) y Arredondo-Almazo (8), aunque difieren según las series consultadas, como es el caso del trabajo de Ruiz de Pellón (11) en el que el 67,4% de las tentativas precisaron ingreso.

Una de las mayores limitaciones del estudio es la posibilidad de haber cometido imprecisiones debido a que realmente hubiera más casos que no precisasen asistencia sanitaria o lo hiciesen fuera de los Servicios de Urgencias, infravalorando de esta manera la incidencia real de estos episodios.

CONCLUSIONES

- El perfil de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del HURH de Valladolid a lo largo del año 2019 a consecuencia de un intento de suicidio es una mujer en torno a los 40 años que acude al hospital en ambulancia en día de diario por intoxicación medicamentosa aguda con benzodiacepinas y que es dada de alta a su domicilio con posterior revisión por el Servicio de Psiquiatría tras una estancia de 6,82 horas en el Servicio de Urgencias.

- El método más empleado en los intentos de suicidio es la intoxicación medicamentosa aguda por benzodiacepinas, seguida de las heridas por arma blanca. Asociándose coingesta de alcohol en la quinta parte de los casos y coingesta de drogas de abuso en una décima parte de la muestra.
- La mayoría de estos pacientes presentan algún tipo de comorbilidad, suponiendo un alto porcentaje de la misma, la patología psiquiátrica previamente diagnosticada (encontrándose en estos pacientes con mayor frecuencia la presencia de trastorno ansioso-depresivo, así como ansiedad o depresión de manera aislada).
- La ruptura sentimental es el acontecimiento precipitante de la conducta suicida más frecuente en nuestro medio.
- El 85,1% fue valorado por los profesionales de psiquiatría antes de ser dado de alta.
- La atención de las tentativas de suicidio, suponen una carga de trabajo a nivel de tiempo y de personal, así como de utilización de recursos y por tanto suponen un gran coste económico para el sistema sanitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Suicidio [Internet]. [citado 2 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Proceso de prevención y atención de la conducta suicida [Internet]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/>
3. Vázquez Lima MJ, Álvarez Rodríguez C, López-Rivadulla Lamas M, Cruz Landeira A, Abellás Álvarez C. Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias. :6.
4. Azcárate L, Peinado R, Blanco M, Goñi A, Cuesta MJ, Pradini I, et al. Características de los suicidios consumados en Navarra en función del sexo (2010-2013). An Sist Sanit Navar. abril de 2015;38(1):9-20.
5. Domínguez Fernández N, Pintor Holguín E, González Murillo AP, Rubio Alonso M, Herreros Ruíz Valdepeñas B. Perfil de los pacientes con intento de autolisis atendidos en un servicio de urgencias hospitalarias. Metas Enferm. 2012;15(6):66-70.

6. Jiménez Hernández M, Castro Zamudio S, Guzmán Parra J, Martínez García AI, Guillén Benítez C, Moreno-Küstner B, et al. Las demandas por conducta suicida a los servicios de urgencias prehospitalarios de Málaga: características y factores asociados. *An Sist Sanit Navar.* diciembre de 2017;40(3):379-90.
7. Robles Bello MA, Sánchez Teruel D. Variables demográficas que predicen el intento de suicidio en población local española. *Arch Med Manizales.* 2020;20(1):107-15.
8. Arredondo Almazo RA. Perfil clínico-epidemiológico y evaluación clínica del riesgo de suicidio de pacientes con intoxicaciones agudas atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza [Internet] [<http://purl.org/dc/dc:miptype/Text>]. Universidad de Zaragoza; 2017 [citado 10 de abril de 2020]. p. 1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=202252>
9. Castro Bouzas M, Talavera Valverde MÁ. Diferencias entre sexos de las personas ingresadas por ideación/tentativa suicida de alto riesgo en el área sanitaria de Ferrol, España. *Rev Argent Clin Psicol.* 2019;
10. Celada Cajal FJ. Evolución de la conducta suicida: estudio autonómico de los intentos de suicidio en Castilla- La Mancha (2006-2015). :161.
11. Ruiz de Pellón Santamaría Á. Estudio descriptivo de pacientes atendidos en un Hospital General tras tentativa suicida en Guipúzcoa, España. 2016;
12. Celada Cajal FJ, Quiroga Fernández A, Mohedano Moriano A, Aliaga Vera I, Fernández Pérez C, Martín Conty JL. Evolución de la tentativa suicida atendida por los Servicios de Emergencias Médicas de Castilla-La Mancha tras la crisis económica. *Emerg Rev Soc Esp Med Urgenc Emerg.* 2018;30(4 (Agosto)):247-52.
13. Mejías Y, García Caro MP, Schmidt J, Quero A, Gorlat B. Estudio preliminar de las características del intento de suicidio en la provincia de Granada. *An Sist Sanit Navar.* diciembre de 2011;34(3):431-41.
14. Parra Uribe I. Estudio de seguimiento a 5 años de las tentativas autolíticas atendidas en el área sanitaria del Vallés Occidental este : comparación de las características psicopatológicas con los suicidios consumados [Internet]. 2017 [citado 11 de abril de 2020]. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/187024>

15. Sierra Quintana E, Martínez Caballero CM. Suicidio y autolesión en el ámbito rural y urbano en emergencias 112 Castilla y León. *Prehospital Emerg Care Ed En Esp.* 2015;5.
16. Duce Tello S, López Martínez E, Navas Serrano V, Piqueras Villaldea M, Jara Peñacoba M, Servián Carroquino R, et al. Intoxicaciones medicamentosas voluntarias atendidas en un servicio de urgencias. *Emergencias.* 1998;10(4):9-17.
17. Margarit Soler A, Martínez Sanchez L, Martínez Monseny A, Trenchs Sainz de la Maza V, Picouto González MD, Villar Cabeza F, et al. Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias. *An Pediatría.* 1 de julio de 2016;85(1):13-7.
18. Valiente Morejón W, Junco Sena B, Padrón Vega Y, Ramos Águila Y, Rodríguez Méndez A. Caracterización clínico-epidemiológica del suicidio en adultos mayores. *Rev Finlay.* junio de 2018;8(2):111-21.
19. López Steinmetz LC. Perfil de métodos en intentos de suicidio: tendencias e implicancias para la prevención. Jujuy, noroeste de Argentina. *Cienc Psicológicas.* diciembre de 2019;13(2):197-208.
20. Giner Ubago J, Medina León A, Giner Jiménez L. Nuevos horizontes en la explicación del suicidio. [Internet]. Vol. 8. Enfoque esitorial S.C; 2018. Disponible en: <https://www.encuentrosenpsiquiatria.com/wp-content/uploads/2019/02/Nuevos-horizontes-en-la-explicacio%CC%81n-del-suicidio.pdf>
21. Bobes García J, Giner J, Saiz Ruiz J. Suicidio y psiquiatría: recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2011.
22. López Steinmetz LC. Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. *Cienc Psicológicas.* junio de 2017;11(1):89-100.
23. Nieto R, Iribarne C, Droguett M, Brucher R, Fuentes C, Oliva P. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN EL HOSPITAL GENERAL. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 1 de noviembre de 2017;28(6):914-22.
24. España Osuna A, Fernández Pérez C. Protocolo de Urgencias Hospitalarias ante conductas suicidas. *Rev Médica Jaén.* 2010;2:29-34.

ANEXO 1. VARIABLES RECOGIDAS.

1. Sexo: Variable excluyente diferenciada en: Hombre/Mujer.

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

3. Consumación del suicidio: Variable excluyente diferenciada en: Fallecido/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: Variable excluyente diferenciada en: Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes, Sábado, Domingo.

7. Fin de semana (incluyendo dentro del fin de semana del Viernes a las 20:00 al Lunes a las 8:00); Variable excluyente diferenciada en: No/Si.

8. Mes: Variable excluyente diferenciada en: Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre.

9. Estación: Variable excluyente diferenciada en: Invierno (21 diciembre al 20 marzo); Primavera (21 marzo al 20 junio); Verano (21 junio al 20 septiembre); Otoño (21 septiembre al 20 diciembre).

10. Forma de acudir a urgencias: Variable excluyente diferenciada en: Propios medios; En ambulancia 112 básica; En ambulancia 112 avanzada; Custodiado por policía; No registrado.

11. Comorbilidad 1: Variable no excluyente diferenciada en: No/Sin interés; Psiquiátrica; Oncológica; Cardiocirculatorio; Respiratorio; Nefro-urológica; Digestiva; Neurológica; Infecciosa; Alcoholismo; Dependencia drogas de abuso/mórficos/BZD; Violencia familiar; Endocrina; Dermatológica; Ginecología; Traumatológica; Otorrinolaringológica; Discapacidad; Oftalmológica; Coagulopatía; Autoinmune; Conectivopatía.

12. Comorbilidad 2: Variable no excluyente diferenciada en: No/Sin interés; Psiquiátrica;

Oncológica; Cardiocirculatorio; Respiratorio; Nefro-urológica; Digestiva; Neurológica; Infecciosa; Alcoholismo; Dependencia drogas de abuso/mórficos/BZD; Violencia familiar; Endocrina; Dermatológica; Ginecología; Traumatológica; Otorrinolaringológica; Discapacidad; Oftalmológica; Coagulopatía; Autoinmune; Conectivopatía.

13. Comorbilidad 3: Variable no excluyente diferenciada en: No/Sin interés; Psiquiátrica; Oncológica; Cardiocirculatorio; Respiratorio; Nefro-urológica; Digestiva; Neurológica; Infecciosa; Alcoholismo; Dependencia drogas de abuso/mórficos/BZD; Violencia familiar; Endocrina; Dermatológica; Ginecología; Traumatológica; Otorrinolaringológica; Discapacidad; Oftalmológica; Coagulopatía; Autoinmune; Conectivopatía.

14. Patología psiquiátrica 1: Variables no excluyente diferenciada en: Ninguno; Depresión; Ansiedad; Trastorno adaptativo; Esquizofrenia; Trastorno obsesivo-compulsivo; Trastorno psicótico; Dependencia drogas de abuso/opiáceos/BZD; Trastorno límite de la personalidad; TCA; Trastorno ansioso depresivo; Distimia; Fobia social; Otras fobias distintas de fobia social; Trastorno narcisista; TDAH; Trastorno del comportamiento; Angustia; Trastorno bipolar; Personalidad impulsiva; Agitación psicomotriz; Trastorno delirante; Trastorno somatomorfo; Otros;

15. Patología psiquiátrica 2: Variables no excluyente diferenciada en: Ninguno; Depresión; Ansiedad; Trastorno adaptativo; Esquizofrenia; Trastorno obsesivo-compulsivo; Trastorno psicótico; Dependencia drogas de abuso/opiáceos/BZD; Trastorno límite de la personalidad; TCA; Trastorno ansioso depresivo; Distimia; Fobia social; Otras fobias distintas de fobia social; Trastorno narcisista; TDAH; Trastorno del comportamiento; Angustia; Trastorno bipolar; Personalidad impulsiva; Agitación psicomotriz; Trastorno delirante; Trastorno somatomorfo; Otros;

16. Patología psiquiátrica 3: Variables no excluyente diferenciada en: Ninguno; Depresión; Ansiedad; Trastorno adaptativo; Esquizofrenia; Trastorno obsesivo-compulsivo; Trastorno psicótico; Dependencia drogas de abuso/opiáceos/BZD; Trastorno límite de la personalidad; TCA; Trastorno ansioso depresivo; Distimia; Fobia social; Otras fobias distintas de fobia social; Trastorno narcisista; TDAH; Trastorno del comportamiento; Angustia; Trastorno bipolar; Personalidad impulsiva; Agitación psicomotriz; Trastorno delirante; Trastorno somatomorfo; Otros;

17. Tratamiento habitual: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

18. Tratamiento psiquiátrico habitual: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

19. Antecedentes familiares psiquiátricos: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

20. Modalidad 1: Variable no excluyente diferenciada en: No consta; Intoxicación medicamentosa; Asfixia por sofocación; Asfixia por inmersión; Estrangulación/ahorcamiento; Herida por arma de fuego; Herida por arma blanca; Inhalación humo tubo de escape; Politraumatismo por precipitación; Ingestión cáusticos; Ingesta cuerpos extraños/metálicos; Sólo Ingesta alcohólica; Negación de ingesta o de recibir tratamiento; Ingesta insecticidas; Autoagresión;

21. Modalidad 2: Variable no excluyente diferenciada en: No consta; Intoxicación medicamentosa; Asfixia por sofocación; Asfixia por inmersión; Estrangulación/ahorcamiento; Herida por arma de fuego; Herida por arma blanca; Inhalación humo tubo de escape; Politraumatismo por precipitación; Ingestión cáusticos; Ingesta cuerpos extraños/metálicos; Sólo Ingesta alcohólica; Negación de ingesta o de recibir tratamiento; Ingesta insecticidas; Autoagresión;

22. Medicamento 1 (si IMA): Variable no excluyente diferenciada en: Ninguno, Benzodicepinas; Barbitúricos; AINES; Paracetamol; Agentes anestésicos intravenosos; Litio; Digoxina; Salicilatos; Antihipertensivos; AD tricíclicos; Antiepilepticos; Antibióticos; Derivados tiamina; ISRS; AD noradrenérgicos y serotoninérgicos; Antihistamínicos; Inhibidores recaptación serotonina y noradrenalina; Antipsicóticos; Opiáceos; Anticolinérgicos; Otros.

23. Medicamento 2 (si IMA): Variable no excluyente diferenciada en: Ninguno, Benzodicepinas; Barbitúricos; AINES; Paracetamol; Agentes anestésicos intravenosos; Litio; Digoxina; Salicilatos; Antihipertensivos; AD tricíclicos; Antiepilepticos; Antibióticos; Derivados tiamina; ISRS; AD noradrenérgicos y serotoninérgicos; Antihistamínicos; Inhibidores recaptación serotonina y noradrenalina; Antipsicóticos; Opiáceos; Anticolinérgicos; Otros.

24. Medicamento 3 (si IMA): Variable no excluyente diferenciada en: Ninguno, Benzodicepinas; Barbitúricos; AINES; Paracetamol; Agentes anestésicos intravenosos; Litio; Digoxina; Salicilatos; Antihipertensivos; AD tricíclicos; Antiepilepticos; Antibióticos; Derivados tiamina; ISRS; AD noradrenérgicos y serotoninérgicos; Antihistamínicos; Inhibidores recaptación serotonina y noradrenalina; Antipsicóticos; Opiáceos; Anticolinérgicos; Otros.

25. Coingesta de alcohol: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

26. Coingesta de drogas de abuso: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

27. Tipo de drogas de abuso: Variable no excluyente diferenciada en: Cocaína; Anfetamina y MDA; Cannabis; Metanfetamina; Opiáceos.

28. Acontecimiento vital estresante (AVE): Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

29. Tipo de AVE 1: Variable no excluyente diferenciada en: Ninguno, Duelo patológico familiar, Enfermedad crónica degenerativa/paliativa/ oncológica, Problemas afectivos, Despido o problemas laborales, Malos tratos o abusos, Violación o situaciones de agresión, Bullying/ mobbing, Divorcio/Ruptura sentimental/Problemas de pareja, Institucionalización, Problemas económicos, Situación familiar disfuncional, IAM/ictus, Incapacidad/baja laboral, Enfermedad grave de familiar, Pérdida de custodia, Sobrecarga cuidador informal, Aborto.

30. Tipo de AVE 2: Variable no excluyente diferenciada en: Ninguno, Duelo patológico familiar, Enfermedad crónica degenerativa/paliativa/ oncológica, Problemas afectivos, Despido o problemas laborales, Malos tratos o abusos, Violación o situaciones de agresión, Bullying/ mobbing, Divorcio/Ruptura sentimental/Problemas de pareja, Institucionalización, Problemas económicos, Situación familiar disfuncional, IAM/ictus, Incapacidad/baja laboral, Enfermedad grave de familiar, Pérdida de custodia, Sobrecarga cuidador informal, Aborto.

31. Intentos previos: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

32. Misma modalidad: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

33. Modalidad intento previo: Variable no excluyente diferenciada en: No consta; Intoxicación medicamentosa; Asfixia por sofocación; Asfixia por inmersión; Estrangulación/ahorcamiento; Herida por arma de fuego; Herida por arma blanca; Intoxicación por metanol; Politraumatismo por precipitación; Ingestión cáusticos.

34. Prioridad de triaje: Variable excluyente diferenciada en I, II, III, IV, V.

35. Clínica asociada al intento de suicidio: Variable no excluyente diferenciada en: Ninguna; Psiquiátrica; Cardiológica; Neurológica; Respiratoria; Digestiva; Metabólica; Traumatológica; Fiebre; Dermatológica



36. Clínica asociada al intento de suicidio: Variable no excluyente diferenciada en: Ninguna; Psiquiátrica; Cardiológica; Neurológica; Respiratoria; Digestiva; Metabólica; Traumatológica; Fiebre; Dermatológica.

37. Glasgow: 3 a 15; 0 = no registrado.

38. Canalización de vía venosa: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

39. Recogida de muestras de fluidos: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

40. Realización EKG: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

41. Monitorización: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

42. Medidas de contención: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

43. Sonda vesical: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

44. Toma de constantes: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

PRUEBAS DE IMAGEN

45. RX tórax: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

46. Otras RX simple: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

47. Ecografía: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

48. TAC: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

49. Sueroterapia: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

50. Oxigenoterapia: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

51. Intubación orotraqueal (IOT): Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

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. Descontaminación digestiva en IMA (Intoxicación medicamentosa aguda): Variable excluyente diferenciada en: 0 = No realizada; 1 = lavado gástrico con sonda orogástrica; 2 = Carbón activado vía oral; 3 = Lavado gástricos + Carbón activado.

54. Administración de antídoto específico: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

55. Antídoto 1: 1 = Flumazenilo; 2 = Naloxona;; 3 = Glucagón;

56. Antídoto 2: 1 = Flumazenilo; 2 = Naloxona; 3 = Glucagón;

57. Tratamiento sintomático: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

58. Valoración psiquiátrica en urgencias: Variable excluyente diferenciada en: Si/No/No registrado.

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

60. Destino al alta: Variable excluyente diferenciada en: Alta al domicilio; Ingreso en psiquiatría; Ingreso en UVI; Ingreso en planta convencional; Traslado a otro hospital; Fuga; Alta voluntaria; Fallecimiento.

61. Realización de parte judicial: Variable excluyente diferenciada en: No/Si;

ANEXO 2. INFORME DEL CEIm.



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

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

CERTIFICA:

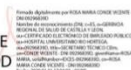
Que este Comité ha tenido conocimiento del Proyecto de Investigación, Trabajo Fin de Grado (TFG), titulado: “Análisis descriptivo de los intentos de suicidio atendidos en el Servicio de Urgencias del HURH de Valladolid durante 2019”, Ref. CEIm: PI004-20, Protocolo versión 1.0, y considera que:

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^a Lara Victoria Calvo Rubio** y **D^a Paula Arteché 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



Fdo. Dña. Rosa M^a Conde Vicente
Secretario Técnico CEIm



ANEXO 3. ABREVIATURAS Y SIGLAS

- HURH: Hospital Universitario Río Hortega.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- IAM: Infarto agudo de miocardio.
- IMA: Intoxicación medicamentosa aguda.
- AINE: Antiinflamatorio no esteroideo.
- ISRS: Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.
- ADT: Antidepresivo tricíclico.
- NaSSA: Antidepresivo serotoninérgico y noradrenérgico específico.
- IRSN: Inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina.
- ECG: Electrocardiograma.
- TAC: Tomografía axial computerizada.
- LG: Lavado gástrico.
- CA: Carbón activado.
- SVA: Soporte vital avanzado.
- SVB: Soporte vital básico.
- PSQ: Psiquiatría.
- UVI: Unidad de Vigilancia Intensiva.

ANEXO 4. MINIATURA PÓSTER.

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.



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.

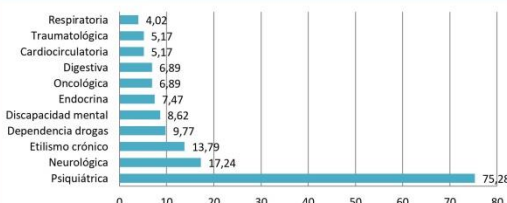
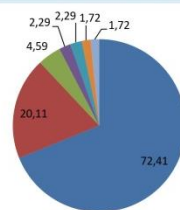


Figura 3. Resumen de los métodos más empleados para llevar a cabo el intento de suicidio



En los casos de intoxicación medicamentosa aguda (IMA) el fármaco mayormente empleado fueron las benzodiacepinas (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
ECO	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
	LG + CA	19	10,91
Antídoto	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 benzodiacepinas, 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 benzodiacepinas, 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.