



Suicidio y urgencias hospitalarias SMS. 2013 – 2020



Imagen: © GRIS. Created by Nomada Std. Produced by Devolver Digital

Mayo de 2022



Suicidio y urgencias hospitalarias. Servicio Murciano de Salud. 2013 – 2020.

APOYO ADMINISTRATIVO Y EDICIÓN: Mónica Garay Pelegrín.

MANTENIMIENTO DE LA BASE DE DATOS DEL CMBD Y ELABORACIÓN DEL FICHERO DE ESTUDIO: Eva María Victoria Méndez.

CODIFICACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA: Sara Blázquez Hidalgo y M^a José Martínez García

ANÁLISIS Y REDACCIÓN DEL DOCUMENTO: Rocío García Pina y Juan Francisco Monteagudo Pérez.

REVISIÓN:

Pilar Ros Abellán.

Josefa Celdrán Lorente (*).

José María Cerezo Corbalán (*).

Fuensanta Robles (*).

Loreto Medina (*).

José Martínez Serrano (*).

Joaquín A. Palomar Rodríguez.

(*). Gerencia de Salud Mental.

EDITA: Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al ciudadano. Consejería de Salud. Región de Murcia.

CITA RECOMENDADA: Suicidio y urgencias hospitalarias. Servicio Murciano de Salud. 2013 – 2020. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 2203. Murcia: Consejería de Salud; 2022.

AGRADECIMIENTOS: A todos los profesionales de la salud que, al realizar su labor, han permitido la obtención de la información necesaria para la elaboración de este informe.

Puede acceder a información relacionada en <http://www.murciasalud.es/cmbd> o solicitar una copia de este documento y/o de las tablas en formato electrónico a: cmbd@listas.carm.es. Si desea recibir las publicaciones relacionadas que se elaboren puede mandar un correo electrónico a cmbd@listas.carm.es indicando en 'asunto': suscripción informes

© Se permite la reproducción parcial o total, siempre que se indique la fuente.

Antes de imprimir este documento, piense si es necesario. Puede ser impreso en blanco y negro.



Resumen ejecutivo:

El suicidio se encuentra entre las 20 primeras causas de muerte en el mundo, superando a la malaria, el cáncer de mama y los homicidios. En España, es la principal causa de muerte no natural, con una media de 10 suicidios al día. En 2020 se registraron 3.941 muertes (8,3 por 100.000 habitantes, 7,8 en 2019), la mayor tasa desde 2014 y duplicando a los accidentes de tráfico. El análisis desde diferentes perspectivas podría detectar señales de alerta para facilitar la toma de decisiones encaminadas a reducir sus cifras de mortalidad.

Desde el Registro Regional del CMBD, se han identificado las personas que han visitado las urgencias hospitalarias y/o han sido ingresadas por motivos relacionados con el suicidio (códigos diagnósticos incluidos en el CCS 662 'Suicidio y lesiones autoinflingidas intencionadamente') en los hospitales del Servicio Murciano de Salud (y un concertado) durante los años 2013 a 2020. Los episodios de internamiento sin visita previa se han considerado visitas a urgencias. La gravedad clínica al contactar con urgencias se ha medido con la proporción de personas que precisaron ingreso hospitalario (cualquier servicio) y en UCI o que fallecieron en el hospital en alguno de estos episodios; y de resolutivez del sistema con la proporción de personas que revisitan y la mortalidad bruta (fuera o dentro del hospital y por cualquier causa) y ajustada (método de Kaplan Meier - KM).

Principales resultados: Entre 2013 y 2020 se han producido 16.431 visitas relacionadas con suicidio en las urgencias hospitalarias (0,3% del total de urgencias; 13,9 visitas anuales por 10.000 habitantes), lo que supone un total de 10.337 personas nuevas, con una media de 1,8 visitas y una tasa de 8,7 personas/10.000 al año (tendencia estable 2015-2019 y ligero repunte en 2020). El 58% eran mujeres y la media de edad en su primera visita de 39,3 años. En su primer contacto el 72,2% de las personas fueron dadas de alta a su domicilio, un 12,8% ingresaron, un 11,4% fueron trasladadas a otro hospital y 0,9% abandonaron las instalaciones sin ser asistidos. Ingresaron en alguno de los episodios el 28,8% (4,7% en UCI), siendo el 49,2% mujeres, la media de edad al primer ingreso de 43,8 años y la tendencia ligeramente ascendente. En 2020 los ingresos descendieron un 8%, pero los de UCI se incrementaron un 8,1%. Fallecieron en el hospital durante alguna de las visitas el 0,8% (media 58 años, 38% mujeres), con una tendencia ascendente desde 2016 (1,2% en 2020) La tasa en mujeres (10,2/10.000) fue un 40% superior a la de los hombres. La de los adolescentes (14-19 años) casi el doble que la del conjunto (16,1/10.000 hab.; 24,5/10.000 mujeres), con un incremento constante, no acompañado de mayor gravedad.

El 29,6% de las personas regresan al menos una vez en el periodo (método de KM), siendo mayor la frecuencia en hombres (31,1%) y en personas de 35-45 años (34%). De media el 2,4% habían fallecido al año del primer contacto y el 5,5% al final del periodo (9,2% considerando el tiempo de seguimiento), siendo mayor en hombres (13,4%) y personas de 65 años o más (43,9%). El diagnóstico de debut más frecuente fue el de 'ideación suicida' (32,9%), sin grandes diferencias por edad y sexo. Estas personas registraron la mayor frecuencia de revisita (31,1% regresan al menos una vez durante el periodo) pero la menor de mortalidad global (8,6%). El 'efecto tóxico' (por exposición a sustancias diferentes a medicamentos) fue el debut menos frecuente (2,8%), siendo estas personas de las que menos revisitan (28,1%) pero las que mayor mortalidad presentan (20%).

Conclusión: La tasa de personas que acuden a urgencias por suicidio es mayor en mujeres, aunque el riesgo de revisita y de fallecimiento es mayor en hombres. En 2013-2019 esta tasa se mantiene estable (excepto 2014) con un ligero ascenso en la gravedad (ingresos y mortalidad intrahospitalaria). Pese al confinamiento, 2020 registra un ligero incremento (mientras que la frecuentación general en urgencias descendió un 31%) y aumentaron levemente los ingresos en UCI y los fallecimientos intrahospitalarios. En los adolescentes se detecta una tendencia ascendente de visitas a urgencias (más marcada en 2020), sin detectar empeoramiento de la gravedad clínica. El debut más frecuente son las ideaciones suicidas, sin diferencias marcadas por sexo y edad, con un riesgo mayor de revisita y menor de muerte que en otras categorías diagnósticas. Sucede a la inversa en las personas que debutan por exposición intencionada a sustancias (diferentes a fármacos). Es prioritario intensificar las medidas preventivo-terapéuticas con el fin de minimizar el impacto que la pandemia haya podido tener y que se podría seguir objetivando en los años venideros.



Introducción:

El suicidio se encuentra entre las 20 primeras causas de muerte en el mundo, superando en número a la malaria, el cáncer de mama y los homicidios. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, cerca de 800.000 personas fallecen debido al suicidio cada año¹. En España, el suicidio es desde 2008 la principal causa de muerte no natural, con una media de 10 suicidios cada día. En 2020 se registraron en España 3.941 muertes por suicidio (8,3 por 100.000 habitantes, 7,8 en 2019), siendo más del doble que las ocasionadas por accidentes de tráfico y la mayor tasa registrada desde el año 2014. La Región de Murcia registró 122 fallecimientos por esta causa (8,1 por 100.000 habitantes), siendo ligeramente inferior a la registrada en 2018 (8,6) y 2019 (8,4) y a la media de España².

El Programa de acción para el impulso y mejora de la salud mental en la CARM 2019-2022³, contempla una línea estratégica para la prevención del suicidio con 9 líneas de acción. En relación a la atención hospitalaria urgente, el objetivo es implantar un formulario de evaluación de la conducta suicida en todos los hospitales públicos de la Región. Junto con otras medidas del Programa, la aplicación del cuestionario y derivación de la persona a los recursos asistenciales disponibles, trata de mejorar la atención a estas personas y en consecuencia reducir las visitas a urgencias por suicidio y la mortalidad por esta causa.

Hay que señalar que el transcurso de la pandemia ha podido impactar en la salud mental de la población en general y en la conducta suicida en particular. Diversos estresores externos, la reorganización del funcionamiento del sistema y la disponibilidad de recursos son factores que pueden haber influido negativamente para hacer frente a esta situación crítica.

Además, existe una preocupación social creciente sobre el aumento de esta patología en población adolescente y juvenil. En el año 2020 el suicidio fue la segunda causa de muerte en el grupo de edad de entre los 15 a los 29 años en España, siendo superado sólo por los fallecimientos ocasionados por tumores. En dicho periodo, 300 personas de entre 15 y 29 años se quitaron la vida, constituyendo un 16,6% del total de fallecimientos de este grupo de edad⁴.

Desde el Registro Regional del CMBD, siguiendo la línea de análisis iniciada en 2017, se realiza un acercamiento a este grave problema de salud desde la asistencia sanitaria hospitalaria con el objetivo de aportar una visión complementaria a la de otros dispositivos asistenciales y a otras fuentes (registro de mortalidad, red de salud mental, etc.). En este informe se muestra la tendencia temporal de la asistencia sanitaria urgente registrada desde el año 2013 hasta 2020, y se analiza el riesgo de las personas de visitar las urgencias, así como la probabilidad de morir (por cualquier causa) a lo largo del periodo de estudio en las personas que han tenido un primer intento desde el año 2013.

¹ [Suicide in the world: global health estimates. WHO, 2019.](#)

² [Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de defunción, sexo y edad.](#) Instituto Nacional de Estadística. Madrid, 2021.

³ [Programa de acción para el impulso y mejora de la salud mental en la CARM 2019-2022](#)

⁴ [Defunciones por causas \(lista reducida\), sexo y edad.](#) Instituto Nacional de Estadística. Madrid, 2021. Disponible en:



Método:

Periodo de estudio: Años 2013 a 2020.

Fuente de los sujetos: Registro Regional del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria, Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano, Consejería de Salud.

Hecho a estudio: Se recogen las visitas a urgencias hospitalarias de las personas asistidos por motivos ligados al suicidio (definido como aquella en que, en cualquier campo diagnóstico, conste un código de la CIE9 o la CIE10ES incluido en el 'CCS 662 Suicidio y lesiones autoinflingidas intencionadamente' salvo el Z91.5 – (CIE10-ES) y V15.59 (CIE9) (Historia personal de suicidio)-, ver anexo). Para completar la posible infranotificación/codificación, teniendo en cuenta que, si han ingresado en internamiento, estas personas en su mayor parte acceden a través del servicio de urgencias, se amplió la búsqueda a las personas dadas de alta tras internamiento con mención de los mismos códigos en los hospitales del Servicio Murciano de Salud o en los concertados, en este último caso que estuvieran financiados por el Sistema Nacional de Salud.

Unión de episodios: Se han relacionado los episodios asistenciales que pertenecen a la misma persona y se realizan en el mismo o en distintos hospitales por el mismo motivo. Para relacionar los episodios, la estrategia de búsqueda fue identificar episodios con el mismo CIP (código de identificación personal de Tarjeta Sanitaria). Esta estrategia de análisis afecta al cálculo de indicadores disminuyendo la frecuentación y aumentando la mortalidad intrahospitalaria.

Otras fuentes de información: Fallecimiento de las personas identificadas: La base de datos poblacional (PERSAN) que, entre otras fuentes ligadas a la asistencia, utiliza la información proveniente del Índice Nacional de Defunciones. Cifras de población y mortalidad: Centro Regional de Estadística, Dirección General de Estrategia y Transformación Digital, Consejería de Presidencia y Hacienda.

Indicadores:

- **Personas distintas:** Para cada año, solo se tiene en cuenta el primer episodio de cada persona.
- **Personas nuevas en el periodo:** Se contabiliza solamente el primer contacto identificado en el periodo estudiado (por ese motivo, en 2013, primer año de la serie, el número de personas nuevas coincide con el de personas nuevas al no poderse excluir ningún paciente por no haber años anteriores). En otras patologías se ha considerado fiable este dato a partir del tercer-quinto año de la serie (2015 o 2017)
- **Frecuentación urgente y hospitalaria:** En tasas por 10.000 habitantes. Se utilizan tasas anuales y tasas medias del periodo. La frecuentación se calcula teniendo en cuenta las "personas nuevas en el periodo" (casos incidentes del periodo), es decir, no incluye reintentos de suicidio de una misma persona a lo largo de los años de estudio. La tasa de ingreso hospitalario (para cualquier servicio y para UCI) se ha calculado teniendo en cuenta las personas que han precisado ingreso en alguno de sus contactos relacionado con suicidio.
- **Mortalidad:** Se calcula la mortalidad total intrahospitalaria (por cualquier causa) durante algún contacto relacionado con suicidio y la mortalidad global por cualquier causa (dentro o fuera del hospital) y hasta el final del periodo de seguimiento.
- **Razón de variación:** En una serie es el resultado de dividir el mayor valor encontrado entre el menor valor. Aunque es una razón, en ocasiones se expresa como porcentaje.



- Razón Mujer/hombre: división entre los valores de los indicadores de referencia por sexo. Aunque es una razón, en ocasiones se expresa como porcentaje.
- Revisitas/reingresos: Se realiza un análisis de las personas que han tenido al menos un segundo contacto relacionado con suicidio, no se contabilizan las revisitas sucesivas. Se han excluido como revisitas las ocasionadas en menos de 24 horas desde el primer contacto por corresponder la mayoría a episodios de urgencias atendidos por especialistas diferentes a los del servicio de urgencias, o traslados a sala de observación dentro del servicio de urgencias y a a otro centro en las primeras 24 horas. Se utiliza el método de Kaplan-Meier, elaborado con SPSS® v. 25. En el denominador se incluyen las personas dadas de alta con vida en el primer contacto. Se han incluido como revisita el siguiente contacto relacionado con suicidio en cualquier hospital de la Región, no sólo en el responsable del alta.
- Mortalidad por cualquier causa: Se calcula a partir de las personas dadas de alta con vida en su primer contacto por el método de Kaplan-Meier.

Validez de la información, limitaciones del estudio:

1.- Sobre la fuente de información:

- El CMBD es una base de datos clínico-administrativa que se basa en la información existente en el informe de alta y la calidad de su codificación. Inexactitudes en el diagnóstico, omisiones en la actividad diagnóstico-terapéutica en el informe de alta o errores en la codificación influyen en los resultados.
- El CMBD de urgencias se recoge desde 2013 en todos los hospitales generales de agudos del SMS. El Hospital Psiquiátrico Román Alberca empezó a remitir la información en el año 2016. Solo existe un hospital general de agudos (privado con concierto sustitutorio con el SMS) que inicio la remisión de la información de urgencias en 2018.
- Exhaustividad: En relación con el Sistema de Información de Asistencia Especializada (SIAE, antes denominado Encuesta de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado) es superior al 97-98% en los últimos años.

2.- Sobre la identificación de las personas asistidos:

- Para identificar a las personas se utilizan variables de identificación personal (ID_PERSAN, CIP, DNI) y en caso de ausencia de esta información el número de historia clínica para un mismo hospital combinado con la fecha de nacimiento de la persona. Esto ha permitido su identificación en PERSAN, su cruce con el INDEF y el seguimiento en cualquier hospital. Esta estrategia aumenta la frecuentación y disminuye el resto de los indicadores elaborados.

3.- Sobre la identificación de los casos asistidos relacionados con el suicidio:

- Urgencias hospitalarias: La codificación del CMBD de urgencias hospitalarias se realiza en base a los literales de los diagnósticos médicos (máximo cinco campos) y a un campo de información administrativa. La codificación se realiza de manera automática (73-77%, gracias a la colaboración del Servicio de Producto Sanitario, Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía) y el resto por codificadores expertos propios. En el periodo analizado la media de codificación es del 92,4%, habiendo mejorado ligeramente desde 2018.



- La codificación del CMBD de internamiento se realiza por personal experto en los hospitales generales de agudos del SMS. Entre los años 2013 a 2015 se codificaron más del 98% de los episodios de internamiento. En los años 2016 y 2017, la codificación global fue del 83,2 y 88,3%. Las personas residentes en las áreas de salud de Murcia Oeste y Cartagena fueron los que presentaron una mayor caída en la codificación de sus procesos (por debajo del 80%). En el Hospital Psiquiátrico Román Alberca son los propios profesionales médicos quienes la realizan, siendo el grado de codificación de los episodios del 100%.
 - Hasta el año 2015, inclusive, la codificación de los procesos asistenciales se ha realizado con la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión, a partir de entonces se introdujo la CIE-10, este hecho ha supuesto un cambio muy importante en la lógica del sistema y en los convenios de codificación. Para poder elaborar una serie temporal con códigos de ambas clasificaciones, se ha usado la estrategia de buscar los relacionados con suicidio a través del Clinical Classification Software (CCS 662, suicidio) que reúne 48 códigos de la CIE-9 y 1.068 de la CIE-10. Este hecho facilita la selección y minimiza los errores mecanográficos, sin embargo, puede introducir cambios en la reagrupación de códigos CIE en el CCS 662. Por otro lado, una vez seleccionados los episodios, se han eliminado aquellos codificados con CIE10ES que tuvieran como único código relacionado con suicidio aquellos de la CIE-10 que indicaran que eran episodios asistenciales subsiguientes al inicial o debidos a secuelas. No es posible realizar esta depuración en los diagnósticos previos a 2016.
 - El análisis de los contactos con la asistencia sanitaria especializada (urgencias hospitalarias e ingresos) probablemente representa un subconjunto de información que sea la punta del iceberg de este grave problema. Existen otros dispositivos del ámbito sanitario (061, Atención primaria, Centros de Salud Mental) y no sanitario (Equipos de Orientación en centros educativos, pej) que pueden estar registrando una realidad diferente a la analizada en este informe. La integración de las diferentes fuentes de información para este problema de salud de gravedad extrema es esencial para tener una visión íntegra del mismo y permitir el mejor abordaje posible contemplado sus múltiples facetas.
- 4.- Limitaciones del análisis de supervivencia: Pueden existir diferencias sistemáticas entre los casos censurados (los que no reingresan o no fallecen) y los no censurados. Si los casos censurados son pacientes en condiciones clínicas más leves, con menor comorbilidad o con mayor accesibilidad a recursos, los resultados del análisis de visitas y de mortalidad podrían resultar sesgados.



Resultados:

Entre los años 2013 y 2020 han sido asistidas en los servicios de urgencias hospitalarias del Servicio Murciano de Salud (y el centro concertado) 14.844 visitas que se relacionan con el suicidio. Como estrategia de recaptación de casos, para identificar a las personas atendidas a lo largo del periodo (casos 'incidentes'), se han considerado como episodios de atención urgente también los de internamiento con mención de suicidio, sin antecedente de episodio previo de urgencias identificado. Se añaden así 1.416 episodios adicionales, con un total de 16.428 episodios de urgencias atendidos relacionados con el suicidio (tabla 1), que suponen un 0,3% del total de urgencias atendidas en el conjunto de hospitales analizados durante el periodo.

Tabla 1. Asistencia sanitaria especializada por suicidio.
Episodios de urgencias y altas hospitalarias. SMS, 2013 - 2020.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2013 - 2020
Episodios urgencias (UCIAS) ^a	1.287	1.758	1.663	1.823	1.980	2.191	1.884	2.261	14.847
Episodios de alta con ingreso (AI)	463	523	477	478	479	563	637	545	4.165
<i>sin episodio UCIAS identificado</i> ^b	240	282	234	119	87	155	309	158	1.584
<i>con episodio UCIAS identificado</i>	223	241	243	359	392	408	328	387	2.581
Total UCIAS + AI	1.750	2.281	2.140	2.301	2.459	2.754	2.521	2.806	19.012
Total episodios UCIAS estimados (a + b)	1.527	2.040	1.897	1.942	2.067	2.346	2.193	2.419	16.431
Frecuentación (episodios estimados/10.000 hab)	10,4	13,9	12,9	13,3	14,1	15,9	14,7	16,0	13,9
Porcentaje (a+b) sobre el total de urgencias SMS	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3

Las 16.431 asistencias relacionadas con suicidio registradas en 2013-2020 corresponden a 10.337 personas atendidas, con una tasa (corregida) de 8,7 personas/10.000 habitantes el periodo, siendo la tendencia bastante estable, con un ligero incremento en 2020 (tabla 2). En contraste, la demanda asistencial urgente general registró una reducción acusada (-31%), atendándose en 2020 282.435 visitas menos que en 2019⁵.

Tabla 2. Asistencia sanitaria especializada por suicidio.
Personas atendidas en urgencias por episodios relacionados con suicidio. SMS, 2013 - 2020

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2013 - 2020
Personas al año (a+b)*	1.260	1.616	1.536	1.575	1.617	1.754	1.691	1.840	12.889
Personas nuevas en el periodo	1.260	1.443	1.251	1.223	1.228	1.320	1.256	1.356	10.337
Tasa (pers. nuevas/10.000 hab)**	8,6	9,8	8,5	8,3	8,4	8,9	8,4	9,0	8,7
% mujeres atendidas	57,6	61,0	59,7	58,7	56,9	57,2	56,0	57,1	58,1
Media de edad (IC 95%) (años)	39,6 (38,8- 40,4)	38,8 (38-39,6)	40 (39,1- 40,9)	39,6 (38,4-40,3)	38,3 (37,4- 39,3)	39,7 (38,7- 40,6)	39,6 (38,7- 40,6)	38,8 (37,8- 39,7)	39,3 (39,0 - 39,6)
Mediana de edad (RI)***	39 (20)	38 (21)	40 (22)	39 (24)	39 (25)	39 (25)	39 (26)	38 (28)	39 (24)
Máx. contactos/ persona	13	14	17	15	23	14	24	14	71
Media contactos/ persona	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6	1,5	1,5	1,8

* Aunque la suma son 12.889 personas, se corresponden con 10.337 personas nuevas en todo el periodo. Ver a y b en tabla anterior**Solo contactos en urgencias y altas sin episodio de UCIAS identificado. Tasas, anualizadas, 10.000 habitantes. ***RI: Rango Intercuartílico

Fuente: Registro del CMDB, Servicio de Planificación. Consejería de Salud. Región de Murcia y Padrón municipal de habitantes, Centro Regional de Estadística.

⁵ [Urgencias Hospitalarias SMS 2013 - 2020. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 2020. Murcia: Consejería de Salud; 2022](#)



Cada persona tuvo entre 1,4 y 1,6 contactos al año y, en el periodo completo, cada persona contactó de media 1,8 veces (contactos acumulados para una misma persona a lo largo de los años). El máximo de contactos registrados al año por persona fue de 23, en el año 2017. Para el total del periodo se registró un máximo de 71 contactos relacionados con suicidio, incluyendo urgencias e ingresos.

Como indicadores indirectos de la gravedad en las personas que solicitan atención urgente se han analizado las urgencias con ingreso hospitalario, con ingreso en UCI y el fallecimiento dentro del hospital durante cualquiera de los episodios relacionados con suicidio de una misma persona (tabla 3).

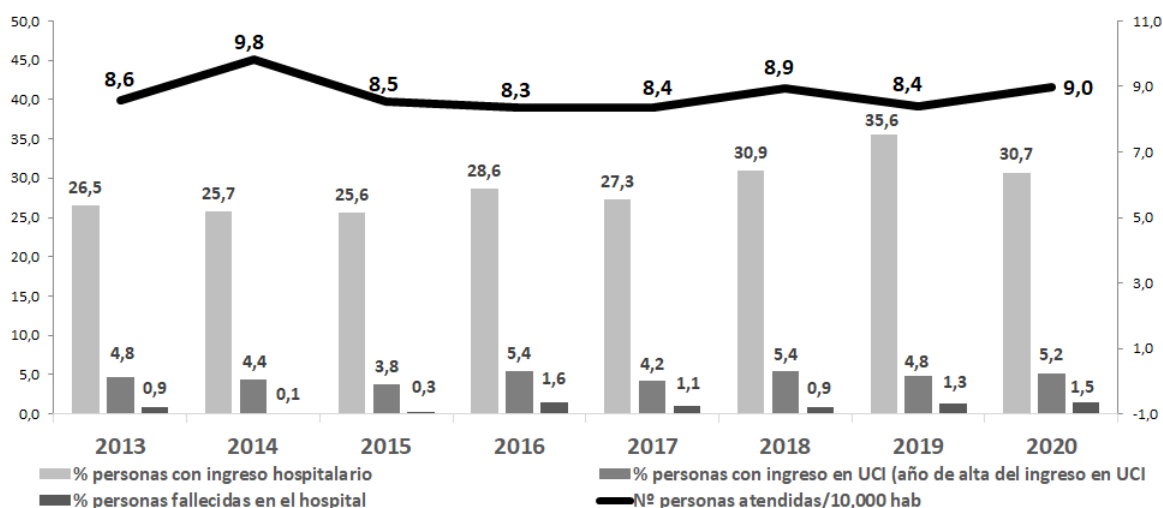
Durante el periodo analizado el 28,8% de las personas que acudieron a urgencias por motivos relacionados con suicidio precisaron ingreso, con una leve tendencia ascendente en 2013-2019 (figura 1) y descenso en 2020 (30,7%). El 4,7% de las personas atendidas en el periodo fueron ingresadas en UCI durante alguno de estos contactos, siendo la tendencia ligeramente ascendente (5,2% en 2020). La mortalidad intrahospitalaria en el periodo fue del 0,9% para el conjunto del periodo, con una ligera tendencia ascendente desde 2016 (1,5% en 2020). La mortalidad general bruta (dentro o fuera del hospital y por cualquier causa) fue de un 5,5% para el periodo 2013-2020 (posteriormente se realiza un análisis específico de este indicador).

Tabla 3. Asistencia sanitaria especializada por suicidio.
Indicadores de gravedad de los episodios relacionados con suicidio. SMS, 2013 – 2020.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2013 – 2020
Nº personas* con ingreso	334	371	320	350	335	408	447	416	2.981
Tasa de ingreso*/10.000 h.	2,3	2,5	2,2	2,4	2,3	2,8	3,0	2,8	2,5
% Mujeres con ingreso	52,5	45,8	48,0	50,4	47,1	50,3	50,2	48,6	49,2
Media de edad al ingreso (IC 95%)	42,3 (40,9-43,8)	41,2 (39,7-42,8)	42,9 (41-44,8)	44,4 (42,9-46)	44 (42,4-45,6)	44,5 (43-46,1)	45,7 (44,1-47,3)	44,4 (42,7-46)	43,8 (43,3-44,4)
Nº personas* estancia UCI	60	63	47	66	51	71	60	70	488
% personas estancia UCI	4,8	4,4	3,8	5,4	4,2	5,4	4,8	5,2	4,7
Nº muertes intrahospital.	11	2	4	19	13	12	16	21	98
% muertes intrahosp.	0,9	0,1	0,3	1,6	1,1	0,9	1,3	1,5	0,9
Media de edad muertes intrahosp. - (IC 95%)	53,8 (45-62,6)	41,5 (-244-327)	40,8 (21,6-59,9)	51 (40,9-61,1)	65,3 (53,7-76,9)	62,7 (45,9-79,5)	59 (47,6-70,4)	63,3 (55,9-70,7)	58 (53,9-62)
% Mujeres fallecidas	36,4	100	25	40	50	33,3	50	18,8	37,9
Muerte cualquier lugar ⁺	105	95	95	84	59	59	46	25	568
% exitus ⁺	8,3	6,6	7,6	6,9	4,8	4,5	3,7	1,8	5,5

*Referidos a las 10.337 personas nuevas identificadas en todo el periodo a través de sus contactos en urgencias y altas sin episodio de UCIA identificadas. Fuente: Registro del CMBD, Servicio de Planificación. Consejería de Salud. Región de Murcia. ⁺Índice Nacional de Defunciones. Ministerio de Sanidad de España. Año referido al año de visita a urgencias, no al año de fallecimiento.

Figura 1. Asistencia sanitaria especializada por suicidio.
Tasa de personas que acuden a urgencias (corregida) e indicadores de gravedad. SMS, 2013 – 2020



Fuente: Registro del CMBD, Servicio de Planificación. Consejería de Salud. Región de Murcia

Distribución por edad y sexo:

En el total del periodo, el 58,1% de las personas atendidas en urgencias fueron mujeres, con una tasa un 40% superior a los varones (10,2 vs 7,3 personas/10.000 hab). La media de edad de las personas asistidas fue de 39,3 años (en su primer contacto), siendo infrecuente el diagnóstico en menores de 14 años (tabla 4). Aunque el número de personas asistidas es mayor entre los 35 a 44 años de edad, la tasa más elevada se registra entre las personas de 14 a 19 años, hecho atribuible a las mujeres adolescentes (24,5 mujeres atendidas/10.000), la mayor de las observadas y tres veces superior a la de los varones de su misma edad.

El 49,2% de las personas que precisaron ingreso en algún episodio fueron mujeres. La media de edad al primer ingreso fue de 43,8 años, y en las personas fallecidas durante un episodio relacionado con suicidio fue de 58 años, siendo el 38% mujeres (tabla 3).

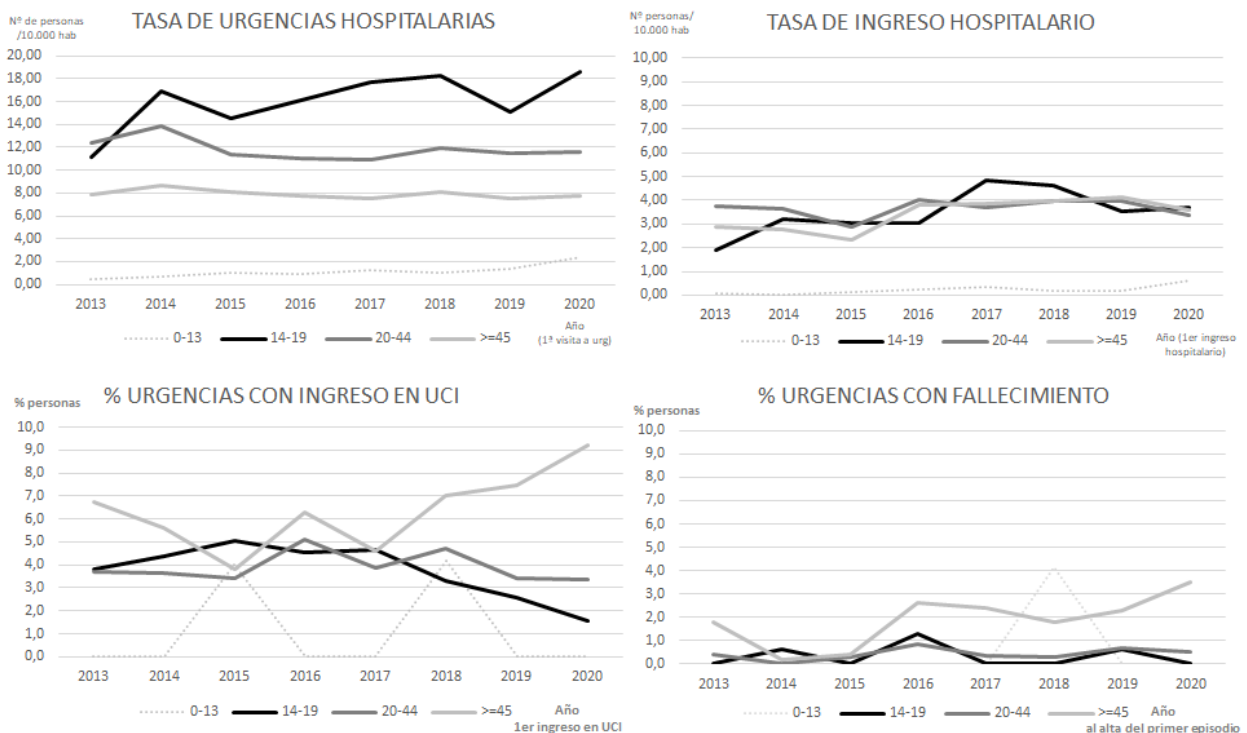
Tabla 4. Asistencia sanitaria especializada por suicidio.
Distribución por edad (al primer contacto) y sexo. SMS, 2013 – 2020

Grupo de edad	Personas nuevas 2013 - 2020			Tasa anualizada por 10.000 hab			Razón Tasa Mujer/Varón
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	
0 - 13	52	168	220	0,5	1,8	1,1	3,4
14 - 19	326	932	1.258	8,1	24,5	16,1	3,0
20 - 24	348	498	846	10,2	15,5	12,8	1,5
25 - 34	854	1005	1.859	10,6	13,1	11,8	1,2
35 - 44	1094	1237	2.331	10,3	12,8	11,5	1,2
45 - 54	943	1165	2.109	10,4	13,4	11,8	1,3
55 - 64	375	575	950	6,0	8,9	7,5	1,5
65 y más	342	420	762	4,4	4,2	4,2	1,0
Total	4.334	6.000	10.334*	7,3	10,2	8,7	1,4

*En tres casos se desconoce la edad o el sexo. Fuente: Registro del CMBD, Servicio de Planificación. Consejería de Salud.

A lo largo del periodo estudiado se observa una tendencia creciente de la tasa de urgencias (corregida) en el grupo de edad de menores de 20 años (figura 2), sobre todo en los adolescentes (14-19 años), y hasta de 2017 en la tasa de ingresos en este último grupo de edad. El porcentaje de personas atendidas que han precisado algún ingreso en UCI o que han fallecido se ha incrementado en los mayores de 45 años (6,8% de ingresos en UCI en 2013 al 9,2% en 2020; 1,8% de fallecidos en urgencias en 2013 al 3,5% en 2020). En menores de 20 años este porcentaje se ha reducido (3,4% de ingresos en UCI en 2013 y 1,2% en 2020).

Figura 2. Asistencia sanitaria especializada por suicidio.Frecuentación urgente (corregida) e indicadores de gravedad por edad.SMS, 2013 - 2020.



Fuente: Registro del CMBD, Servicio de Planificación. Consejería de Salud. Región de Murcia

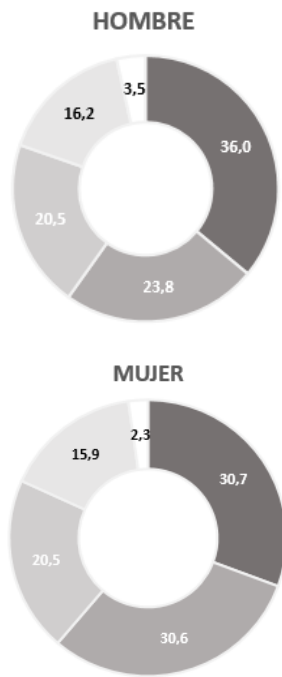
Aproximación diagnóstica:

Durante el primer episodio asistencial atendido (“debut” del problema de salud), el diagnóstico relacionado con suicidio más frecuentemente identificado (códigos CIE-9 y CIE10ES seleccionados como diagnóstico principal o secundarios) es el de ‘ideaciones suicidas’ (32,9%), seguido por el ‘envenenamiento’ (referido a fármacos y sustancias biológicas) y las ‘lesiones autoinfligidas’ (27,8% y 20,5% respectivamente, figura 3). Un porcentaje menor de personas son atendidas en su primer episodio por un ‘efecto tóxico’ (referido a la exposición a otras sustancias diferentes fármacos, p.ej sustancias cáusticas, pesticidas, gases, etc.).

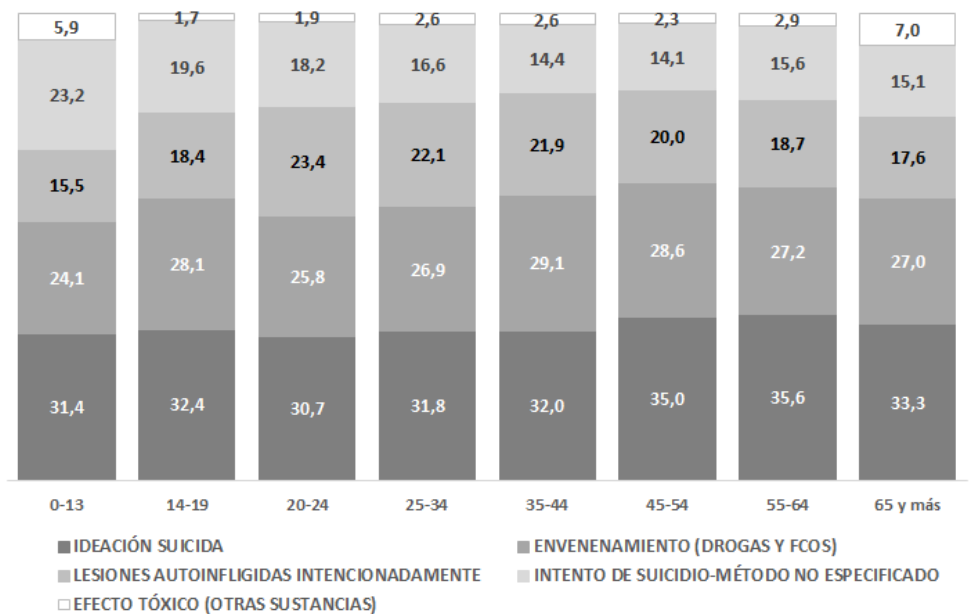
Durante el periodo analizado, en los hombres la ideación suicida es más frecuente que en las mujeres (36% de los diagnósticos relacionados con suicidio registrados durante el primer episodio) y en las mujeres es más frecuente el envenenamiento que en los hombre (30,6%). No se observan grandes diferencias diagnósticas por edad. Quizás mencionar que en los menores de 14 años y en las personas de más de 65 años es más frecuente que en otras edades el efecto tóxico (por exposición a sustancias diferentes a fármacos).

Figura 3. Asistencia sanitaria especializada por suicidio.
% de diagnósticos relacionados con suicidio registrados en el primer contacto. SMS, 2013 - 2020.

A.- Distribución por sexo



B.- Distribución por edad



El cambio en el sistema de codificación clínica a partir de 2016 (de CIE-9MC a CIE-10ES), ha afectado a la codificación del suicidio, siendo los datos de algunas patologías poco comparables respecto a la etapa previa. Por este motivo se muestran datos desde el año 2016 (6.383 personas) y además, para sintetizar, los diagnósticos principales del primer contacto registrado se han agrupado siguiendo el Clinical Classification Software (CCS) basada en la CIE-10ES (tabla 5).

En el episodio de 'debut' los diagnósticos que con mayor frecuencia motivaron la asistencia fueron los incluidos en la categoría CCS denominada 'Suicidio y lesiones autoinfligidas intencionadamente' (82,2%), seguido otros 'trastornos mentales' (11,5%), sobre todo 'Trastornos del humor' (que incluye la depresión), 'ansiedad' y 'esquizofrenia/otros trastornos psicóticos', y finalmente por las 'Lesiones e intoxicaciones/envenenamientos' (3,7%). El resto de diagnósticos presentan una frecuencia residual.



Tabla 5. Asistencia sanitaria especializada por suicidio.
Primer diagnóstico del episodio inicial de la persona. SMS, 2013-2020

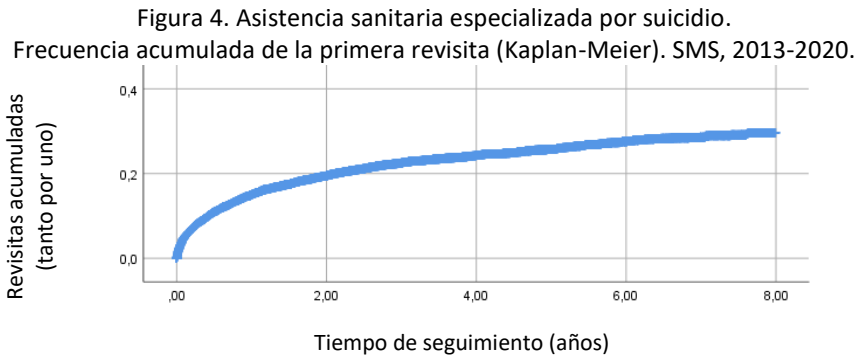
Clasificación CCS	2016	2017	2018	2019	2020	2016-2020
05- Trast. Mental, comportamiento y desar neur. (excepto Suicidio)	132	138	160	165	137	732
650- Trastorno de adaptación	14	9	12	11	11	57
651-Trastorno de ansiedad	20	17	20	18	22	97
652-Deficit de atención, conducta y tr comp. disruptivo	4	2	9	5	3	23
653-Delirio, demencia, amnesia y tr cognitivos	1	1	2	0	0	4
654-Tr. del desarrollo	0	0	0	0	1	1
655-Tr. grales diagnosticados infancia/niñez/adolescencia	0	1	0	2	2	5
656-Tr. del control de impulsos	0	0	1	1	2	4
657-Trastorno del humor	37	49	46	53	40	225
658-Trastorno de la personalidad	13	10	15	19	10	67
659-Esquizofrenia y otros tr. Psicóticos	16	22	22	16	14	90
660-Trastorno relacionado con el alcohol	13	13	11	8	12	57
661-Trastornos relacionados con el abuso de sustancias	11	11	18	25	15	80
670-Trastornos mentales-miscelánea	3	3	4	7	5	22
662-Suicidio y lesiones autoinfligidas intencionadamente	1.008	1.016	1.091	998	1.134	5.247
16- Lesiones e intoxicaciones	45	37	39	56	57	234
227-Lesión de la médula espinal	0	0	0	0	0	0
228-Fracturas de cráneo y cara	0	2	1	1	3	7
229-Fractura de miembro superior	0	1	0	0	3	4
230-Fractura del miembro inferior	3	3	0	1	0	7
231-Otras fracturas	1	2	3	1	3	10
232-Esguinces y torceduras	0	0	0	1	0	1
233-Lesión intracraneal	4	0	1	3	5	13
234-Traumatismo o lesión interna por aplastamiento	2	1	2	4	3	12
235-Heridas abiertas de cabeza, cuello y tronco	3	4	4	10	4	25
236-Heridas abiertas en extremidades	10	5	8	12	9	44
237-Complicación de dispositivo, implante o injerto	1	0	1	3	0	5
238-Complicaciones de proced. quirúrgicos o at. sanitaria	0	0	0	0	0	0
239-Lesión superficial, contusión	0	0	2	2	0	4
240-Quemaduras	0	1	0	0	1	2
241-Envenenamiento por agentes psicotrópicos	2	5	1	2	3	13
242-Enven. otros medicamentos y drogas	8	5	3	2	4	22
243-Enven. por sustancias no medicinales	2	2	4	1	6	15
244-Otras lesiones y afecciones debidas a causas externas	9	6	9	13	13	50
suma 3 cat	177	175	199	221	194	966
Total	1.223	1.228	1.320	1.256	1.356	6.383

Estudio de seguimiento. Revisitas:

Se han excluido de este análisis las personas con un segundo contacto registrado en menos de 24 horas, ya que la mayoría corresponden a un episodio atendido en puerta de urgencias posteriormente ingresado, se traslada a observación o a otro hospital en el mismo día (648 personas). En el total del periodo han realizado 2 o más visitas relacionadas con suicidio (a cualquier hospital de la Región) 2.281 personas, con un seguimiento de 31.820,6 años-persona (media 3,08 años IC95% 3,03-

3,12; mediana 2,6 años, máximo 8 años). En las primeras 24-72 horas revisitaron el 0,8% (82 personas), el 4,4% a los 30 días (455), el 14,2% al año (1.471) y el 21,3% a los 5 años (2.198).

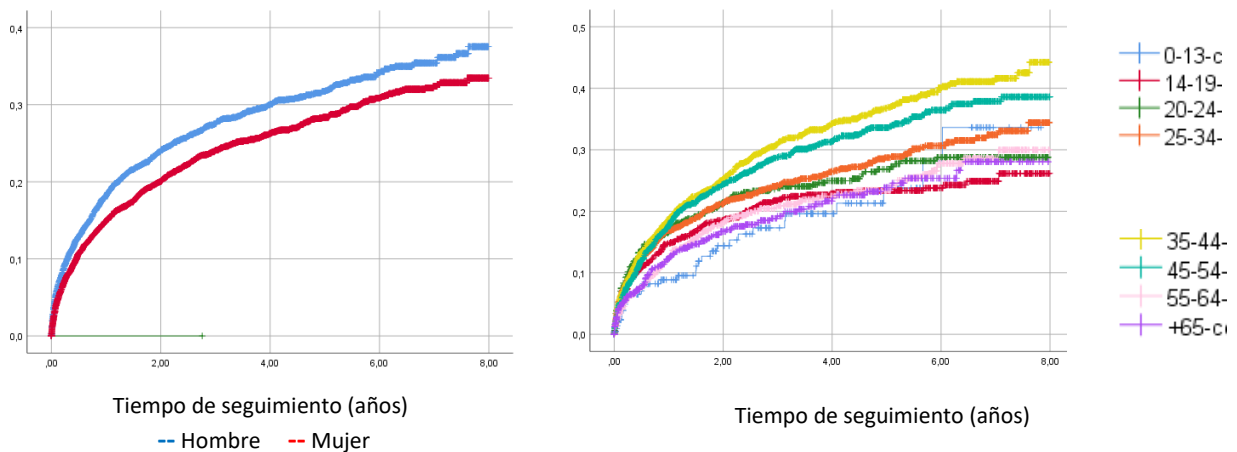
Mediante un análisis de Kaplan-Meier (que tiene en cuenta el tiempo de seguimiento hasta la revisita, fallecimiento o fin del periodo para cada persona) se ha estimado que la probabilidad de haber consultado una segunda vez a los 8 años de seguimiento es del 29,6% (figura 4). El tiempo medio hasta la primera revisita es de 1,13 años IC95% (1,01-1,19), mediana 0,56 años (Rango Intercuartílico 1,45).



Los hombres registran una probabilidad de consultar una segunda vez a los 8 años de seguimiento del 31,3%, ligeramente superior a la de las mujeres (28,4%), siendo la diferencia de riesgos estadísticamente significativa (Log Rank $p=0,003$). La media de tiempo hasta la primera revisita es de 1 año en el primero de los casos (mediana 0,4 años) y de 1,2 años para las mujeres (mediana 0,6).

Atendiendo a la edad, las personas con mayor probabilidad realizar al menos una nueva visita en el periodo son las de 35-44 años (35,7%), seguidas de las de 45-54 años (32,0%) y las que menos las de los menores de 14 años y los mayores de 65 (24,5% en ambos casos), siendo la diferencia del riesgo entre grupos de edad (figura 5) estadísticamente significativas (Log Rank $p<0,0001$).

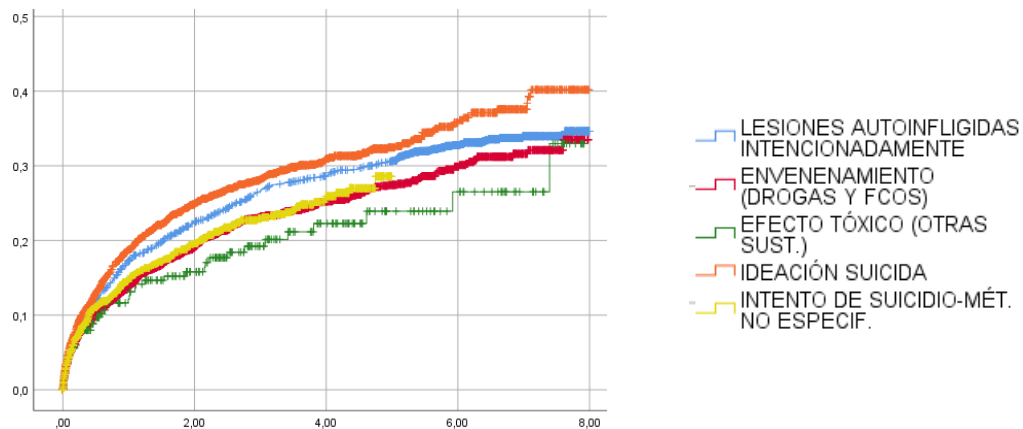
Figura 5. Asistencia sanitaria especializada por suicidio.
Riesgo acumulado de revisita según edad y sexo. SMS, 2013-2020.



En relación a la categoría diagnóstica (basada en el diagnóstico principal o secundarios del episodio de debut), la ideación suicida es el diagnóstico más frecuente en el primer contacto y también el que mayor probabilidad tiene de registrar al menos una visita en los siguientes 8 años (33,1%, figura 6), siendo la media de tiempo transcurrido hasta la primera visita de 0,97 años (IC95% 0,89-1,07; mediana 0,5). En el resto de categorías diagnósticas (lesiones autoinfligidas, envenenamiento y efectos tóxicos) la probabilidad de visita es similar (28-29%). En el caso del intento de suicidio sin método especificado la probabilidad de visita en todo el periodo es menor (24,8%). La media de tiempo transcurrido hasta la primera visita es superior en el caso de las lesiones autoinfligidas (1,4 años IC95% 1,3-1,6; mediana 0,75). Las diferencias de riesgo de visita entre categorías se muestran en la figura 6 y son estadísticamente significativas (Log Rank, $p < 0,0001$).

Figura 6. Asistencia sanitaria especializada por suicidio.

Riesgo acumulado de visita por categoría diagnóstica del primer episodio. SMS, 2013-2020.



El patrón de mayor frecuencia de visitas en las personas que presentan ideación suicida como diagnóstico en su primer contacto se mantiene entre los diferentes grupos de edad, excepto para los menores de 20 años que presentan mayor frecuencia de visitas cuando el diagnóstico es de envenenamiento y en los de 35-44 años y 55-64 años en los que las visitas son más frecuentes si presentaban 'efecto tóxico' (por exposición a sustancias diferentes a fármacos).

No es adecuado comparar estos resultados con los obtenidos en los estudios habituales basados exclusivamente en registros de urgencias hospitalarias, ya que en este análisis se combinan urgencias y altas con internamiento (los indicadores de urgencias excluyen a los ingresados).

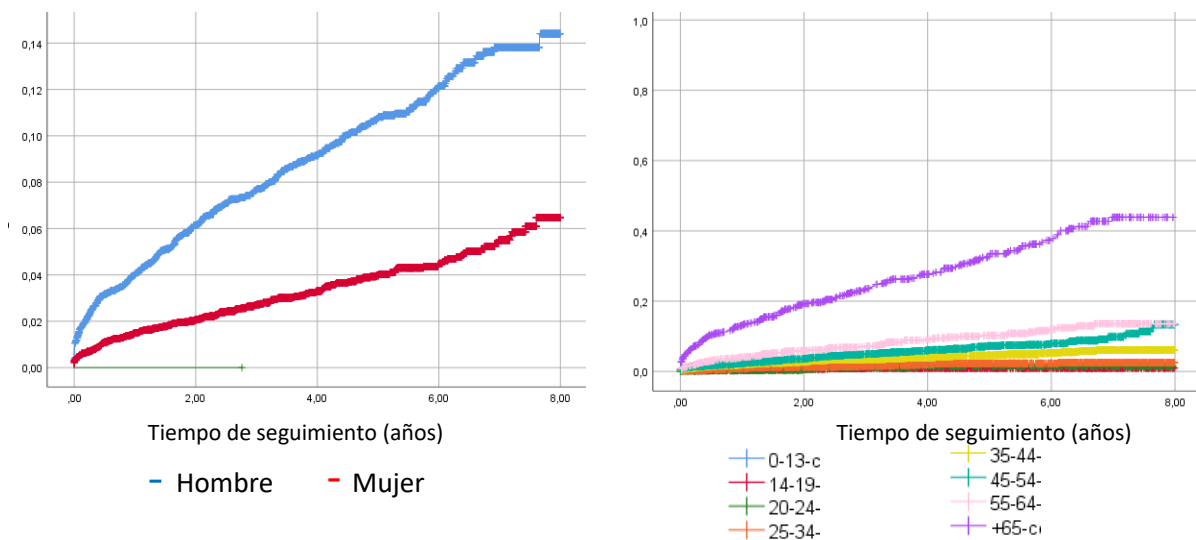
Estudio de seguimiento: Mortalidad (por cualquier causa).

Se ha observado una mortalidad global tras el alta con vida del 5,5% (568 personas, tabla 3 del informe), siendo del 0,9% a los 30 días del alta, 2,4% al año y del 5,0% a los 5 años, con una media de 1,9 años transcurridos desde el primer contacto hasta el fallecimiento (IC95% 1,8-2,1, mediana 1,3).

La probabilidad de morir estimada por el método de Kaplan-Meier se sitúa en el 9,2% tras un periodo de seguimiento máximo de 8 años (39.739,6 años-persona, media de 3,8 años IC95% 3,8-3,9, mediana 3,7). La probabilidad de fallecer tras un contacto por suicidio durante 2013-2020 es del 13,4% en los hombres (367 fallecidos), mientras que en las mujeres es del 6,3% (201 fallecidas), siendo el riesgo mayor en los primeros (figura 7) y estadísticamente significativo (Log Rank $P < 0,0001$).

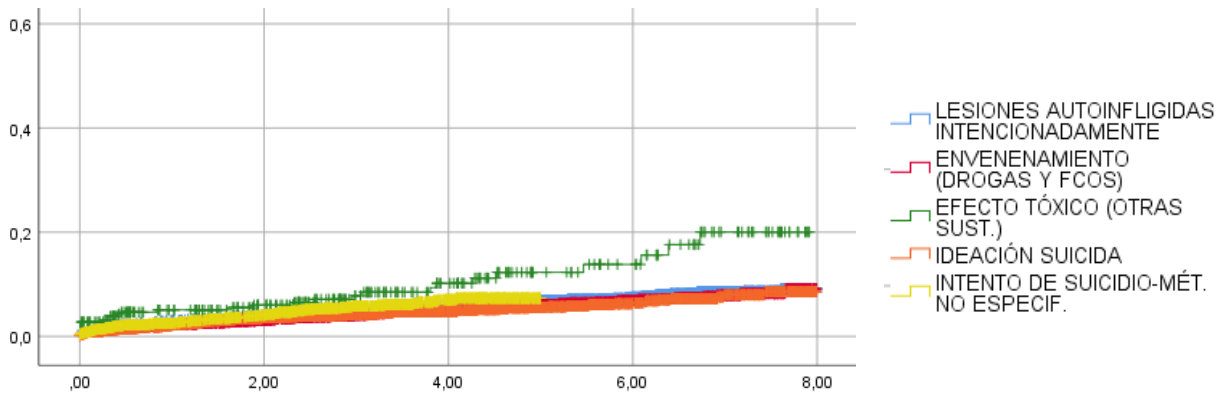
Existe además un gradiente de riesgo de fallecimiento en función de la edad que tenía la persona en su episodio de 'debut' (figura 7), siendo la probabilidad de fallecer durante el periodo del 43,8% en las de más de 65 años de edad (204), del 13% en las de 45-64, del 6,1% en las de 35-44 años (96 fallecidos) y menor del 3% en las personas menores de 35 años (56 fallecidos). Entre las personas que fallecieron durante el periodo de seguimiento, la media de tiempo transcurrido desde su primer episodio hasta el fallecimiento ronda entre 1,8 y 2,3 años en las personas mayores de 20 años, siendo máxima en el grupo de 45-54 años. En los menores de 20 años la media de tiempo desde el primer episodio hasta el fallecimiento es de 1 año (13 casos registrados en todo el periodo).

Figura 7. Asistencia sanitaria especializada por suicidio.
Riesgo acumulado de fallecimiento tras la 1ª visita (Kaplan-Meier). SMS, 2013-2020.



Por categoría diagnóstica, el mayor riesgo de fallecer a lo largo del periodo se registra entre las que acuden por primera vez con "efecto tóxico" (de sustancia diferentes a fármacos), siendo la probabilidad del 20%. Para el resto de categorías la probabilidad de fallecer tras el primer contacto es similar en todas ellas (rondando el 8-9% a lo largo del periodo). La menor probabilidad de fallecimiento se registra entre las personas que acuden por primera vez con ideación suicida. Las diferencias de riesgo entre categorías se muestran en la figura 8 y son estadísticamente significativas (Log Rank, $p < 0,0001$). El tiempo medio hasta el fallecimiento es similar en todas las categorías (1,7 a 2,3 años), excepto para la categoría "intento de suicidio" en la que es de 1,2 años.

Figura 8. Asistencia sanitaria especializada por suicidio.
Riesgo acumulado de fallecimiento por categoría diagnóstica (Kaplan Meier). SMS, 2013-2020.



Distribución por área de salud de residencia de la persona:

Las áreas cuyos residentes presentan mayor tasa de urgencias atendidas por motivos relacionados con suicidio son el Área de Cartagena (10,2 personas por 10.000 habitantes) y Mar Menor (9,6). El área de Cartagena se encuentra estabilizada por encima de la media regional desde 2015 y ha sufrido un pequeño incremento en 2020, mientras que la de Mar Menor se encontraba en ligero descenso desde 2014, pero ha sufrido un incremento del 29,8% en 2020. Esta última presenta además uno de los mayores porcentajes de personas con algún ingreso en UCI durante un contacto relacionado por suicidio (tabla 6).

Las áreas de Lorca y Vega Media son las de menor tasa registrada en el periodo, esta última con una tendencia descendente hasta 2017 y un incremento del 31,4% en 2020. Lorca por su parte presenta además el porcentaje más bajo de ingreso en UCI a lo largo del periodo (2,6%), pero uno de los más elevados de fallecimiento en intrahospitalario durante algún episodio relacionado con suicidio (1,3%).

La mayoría de las áreas de salud que no disponen de Servicio de Psiquiatría en su hospital presentan menores tasas de personas atendidas en urgencias hospitalarias (Noroeste, Altiplano, Vega Alta). Sin embargo, hay que destacar que de toda la región el área que registra mayor incremento en todo el periodo es la del Noroeste (+11,4% de media al año), con uno de los porcentajes de personas precisan ingreso en UCI más elevado (5,9%), pero uno de los más bajos de fallecimiento intrahospitalario (0,43%, dato no ajustado por la edad de la población residente).

Para la correcta interpretación de la información hay que tener en cuenta la infracodificación que afecta a algunos hospitales (Arrixaca, Cartagena y Noroeste), al Hospital Psiquiátrico Román Alberca (con CMBD de urgencias desde 2016 y un 60,7% de codificación de media), y al Área de Salud de la Vega Media (hasta 2018, por no estar incluidas las urgencias de un hospital con concierto sustitutorio que suponen el 6% del total de visitas a urgencias en la Región en 2018-2020, pero aproximadamente el 50% de las registradas entre los dos hospitales del área ⁶).

⁶ [Urgencias Hospitalarias SMS 2013 - 2020. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 2020. Murcia: Consejería de Salud; 2022](#)



Tabla 6. Asistencia sanitaria especializada por suicidio.
Personas atendidas según área de salud de residencia (en su primer episodio) e indicadores de gravedad
(en alguno de los episodios). SMS, 2013 - 2020.

Área de salud de residencia	Servicio Psiquiatría (*)	Tasa 2013	Tasa 2014	Tasa 2015	Tasa 2016	Tasa 2017	Tasa 2018	Tasa 2019	Tasa 2020	Tasa 13 - 20	% Ingr. UCI 13-20	% Mortalidad Intrahosp 13-20
Murcia Oeste	Si	10,7	9,3	8,5	8,5	7,6	7,6	8,0	7,7	8,5	4,1	0,85
Cartagena	Si	3,8	13,8	11,3	10,9	10,9	11,1	9,3	10,6	10,2	4,6	1,03
Lorca	Si	7,3	6,8	6,9	7,5	6,1	8,4	8,0	6,4	7,2	2,6	1,29
Noroeste	No	5,5	6,7	5,6	8,4	9,1	11,6	8,4	9,6	8,1	5,9	0,43
Altiplano	No	9,7	9,7	7,6	6,6	9,2	9,0	7,8	7,1	8,3	4,0	0,25
Vega Media	Si	9,3	7,9	6,4	6,3	5,9	6,6	6,8	8,9	7,3	4,8	0,98
Murcia Este	Si	11,6	9,3	8,3	7,2	8,8	8,2	9,2	8,6	8,9	6,7	0,99
Mar Menor	No	8,8	11,2	10,7	9,2	8,6	9,2	8,3	10,7	9,6	5,1	0,99
Vega Alta	No	12,8	9,9	6,0	6,7	8,4	9,5	7,3	7,8	8,6	4,0	0,53
Total hosp.**		8,6	9,8	8,5	8,3	8,3	8,9	8,4	9,0	8,7	4,7	0,25
Razón de variación***		3,4	2,1	2,0	1,7	1,9	1,8	1,4	1,7	1,4	2,6	5,2

* En el hospital del área de salud. ** En 223 ocasiones se desconoce el área. ***Razón de variación: máximo valor / mínimo.

Fuente: Registro del CMBD, Servicio de Planificación. Consejería de Salud. Región de Murcia

Origen de la demanda de asistencia y destino al alta:

Del total de las 10.337 personas atendidas (urgencias e internamiento), y según consta registrado, en su primer episodio en el 33,4% de la ocasiones la demanda la origina el propio paciente, en un 30,8% los servicios de urgencias extrahospitalarios o en el 112, y en un 13,6% los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP/PAC) y en un 11,3% el servicio de urgencias del propio hospital (los ingresos en internamiento).

En las 10.337 personas identificadas un 72,2% fueron dados de alta con destino a su domicilio en el primer contacto, un 12,8% fueron ingresados en el hospital donde se atendió la urgencia, un 11,4% fueron trasladados a otro hospital y 0,9% abandonaron las instalaciones sin ser asistidos.

Tabla 7. Asistencia sanitaria especializada por suicidio.
Origen de la demanda y destino al alta de las personas atendidas según hospital. SMS, 2013-2020

Hospitales	ORIGEN DE LA DEMANDA							DESTINO AL ALTA					
	Nº personas	Propio pacient	Atención Primaria	Urg. Hosp.	Urg. Extra-H	061	Otro/NC origen	Domi-cilio	Fuga/alta v	Exitus	Traslado otro H.	Ingreso hosp.	Otro
H. V. Arrixaca	1.846	787	89	302	167	477	24	1.437	24	15	44	308	18
C. H. Cartagena	2.718	786	197	342	509	862	22	2.214	62	7	93	335	7
H. R. Méndez	1.001	223	64	122	370	212	10	814	16	6	15	150	0
H. C. Noroeste	384	117	156	9	5	95	2	163	3	0	205	4	9
H. V. Castillo	347	80	47	6	60	152	2	95	27	1	178	18	28
H. M. Meseguer	1.416	473	75	194	27	638	9	1.209	43	5	40	117	2
H. Reina Sofía	1.613	525	132	284	162	485	25	1.112	55	5	112	321	8
H. Los Arcos MM	555	213	21	33	95	189	4	134	16	3	373	28	1
H. V. L. Guirao	286	178	47	4	8	46	3	179	8	0	91	5	3
H. P. R. Alberca	109	19	14	36	6	22	12	53	2	0	23	30	1
H. Molina	55	46	0	8	0	1	0	46	0	0	6	1	2
NC centro	7	1	0	2	1	0	3	3	0	0	3	1	0
Total hosp.	10.337	3.448	842	1.342	1.410	3.179	116	7.459	256	42	1.183	1.318	79

Fuente: CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Salud de la Región de Murcia



Conclusiones:

- En el periodo 2013-2020 no se aprecia una tendencia ascendente de las urgencias por suicidio (sí un incremento en 2014, tras la crisis económica). Se detecta una ligera tendencia ascendente en la gravedad (porcentaje de personas con ingreso y mortalidad intrahospitalaria). Aunque esto podría indicar de manera muy grosera una mejor adecuación del uso de este servicio, también podría constituir un signo de alarma de empeoramiento de la situación de estas personas. En 2020 la tasa de frecuentación no descendió, a diferencia de la tasa general de frecuentación a urgencias de la población (-31%), sino que se incrementó levemente. Se redujo levemente la tasa de personas precisaron un ingreso en alguno de sus episodios, probablemente debido al reajuste del funcionamiento del sistema asistencial en la pandemia, pero aumentó levemente el porcentaje de personas con ingreso en UCI y el de fallecimientos intrahospitalarios durante algún contacto relacionado con suicidio. Las urgencias hospitalarias son un recurso sanitario no específico de fácil acceso, muy condicionado por la demanda del propio paciente (más que por estructura funcional del sistema). Probablemente su uso en los casos de menor gravedad no sea el más adecuado, pero su incremento podría reflejar un empeoramiento de la salud mental de las personas con riesgo de suicidio y/o una mayor dificultad de acceso a otros dispositivos (primaria, salud mental).
- La frecuentación a urgencias por motivos relacionados con suicidio sigue siendo mayor en mujeres que en hombres, aunque el riesgo de revisita y de fallecimiento es mayor en los primeros.
- En los adolescentes se detecta el 2013-2020 una tendencia ascendente de visitas a urgencias (especialmente marcada en 2020), sin empeoramiento de la gravedad clínica (personas que precisaron ingreso en UCI o fallecieron durante alguno de sus episodios) por el momento.
- El cuadro de debut relacionado con el suicidio más frecuente son las ideaciones suicidas, sin diferencias marcadas entre sexos y grupos de edad. Estas personas presentan, en el periodo analizado, un riesgo mayor de revisita y menor de muerte que en otras categorías diagnósticas. Las personas que debutan con efecto tóxico por exposición intencionada a sustancias (diferentes a fármacos) presentan un menor riesgo de revisita y mayor de muerte.
- El suicidio constituye la punta del iceberg de un proceso deterioro de la salud mental de mediana-larga duración. Numerosos estudios han señalado el incremento de la patología mental poblacional a raíz de la pandemia de COVID-19, que puede haber impactado directamente en las personas que se encuentran en situación más extrema en el último año analizado, pero también es posible continuar observando sus consecuencias en los próximos años.
- Desde este análisis se ha pretendido objetivar algunos signos de alerta con el fin de orientar las intervenciones preventivo-terapéuticas más urgentes, pese a que las personas que acuden a los servicios de urgencias de un centro hospitalario son probablemente la punta del iceberg del problema. Otros dispositivos asistenciales de diferente ámbito (educativo, social, etc.) o sanitarios (red de centros de salud mental, 061, etc.) pueden estar detectando otros signos de alerta precoz probablemente con mayor intensidad que la mostrada desde la perspectiva de las urgencias hospitalarias, que debieran ser evidenciados y gestionados con premura atendiendo a los objetivos de la mejora de la salud en la esfera mental y la prevención de las muertes precoces derivadas.