

REUE | Carta científica

Variaciones en las tentativas de suicidio atendidas en un servicio de urgencias durante la pandemia por SARS-CoV-2

Variations in suicide attempts attended by an emergency service during the SARS-CoV-2 pandemic

Autores:

Pablo Pino¹,
Ainara Blay²,
Oriol Pallàs^{1,3},
Francina Fonseca^{2,4,6},
Marta Torrens^{2,4,6},
August Supervia^{1,4}

Filiación de los autores:

¹Servicio de Urgencias, Hospital del Mar, Barcelona, España.

²Departament de Medicina i Ciències de la Salut (MELIS), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España.

³Unitat de Toxicologia del Parc de Salut Mar, Barcelona, España.

⁴Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions- Parc de Salut Mar, Barcelona, España.

⁵Grup de Recerca en Addiccions, Institut Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM), Barcelona, España.

⁶Red de Investigación en Atención Primaria en Adicciones (RIAPAD).

Correspondencia:

August Supervia.
Servicio de Urgencias.
Hospital del Mar.
Pg. Marítim de la Barceloneta,
25-29.
08003 Barcelona, España.

E-mail:

asupervia@parcdesalutmar.cat

Responsabilidades éticas:

Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes, así como el acuerdo de publicación y la cesión de derechos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Agradecimientos:

Los autores agradecen la colaboración de Xavier Duran, estadístico que ha realizado los modelos matemáticos.

Editor responsable:

Guillermo Burillo Putze.

Sr Editor:

Una tentativa autolítica es un acto en el que una persona pretende acabar con su vida, resultado de interacciones complejas entre diversos factores, destacando el sufrimiento psíquico. Puede ocurrir a consecuencia de un malestar mantenido o de forma impulsiva en situaciones críticas, existiendo relación entre suicidio y determinadas condiciones psiquiátricas^{1,2}. En este sentido, la crisis sanitaria provocada por la pandemia por el SARS-CoV-2 condicionó una serie de cambios en la vida cotidiana que repercutió en la salud física y mental de las personas³. En el estado español, el 14 de marzo de 2020 se decretó el estado de alarma, con un confinamiento domiciliario que duró 99 días⁴. El confinamiento se sucedió de una desescalada progresiva, con el objetivo de transicionar hacia la "nueva normalidad". Las consecuencias psicológicas de la pandemia pueden haber repercutido en las tentativas de suicidio que se atienden en los servicios de urgencias (SU), puerta habitual de entrada de muchos de estos intentos⁵⁻⁷.

Estudio de cohortes retrospectivo de las tentativas autolíticas atendidas en el SU de un hospital universitario desde enero de 2018 hasta julio de 2021. Se definieron cuatro periodos: Pre-pandemia (01/01/2018 hasta 13/03/2020, 802 días); Confinamiento (14/03/2020 a 21/06/2020, 99 días); Reapertura (22/03/2020 a 24/10/2020, 121 días); y Nueva normalidad (25/10/2020 a 21/07/2021, 269 días).

Se registraron 656 tentativas de suicidio, 3 de ellas con resultado de muerte, y que fueron excluidas por faltar algunas de las variables analizadas. De los 653 casos analizados, durante el primer periodo se atendieron 413 (tasa de 5,51 casos cada 10 días), durante el confinamiento 36 (3,64 casos/10 días), durante la reapertura 62 (5,12 casos/10 días) y durante la nueva normalidad, 142 (5,28/10 días). Las características demográficas se reflejan en la [Tabla 1](#). La edad media fue de 39,1 (16,2 años), con predominio de varones (67,4%) y nacionalidad española (69,5%). No se observaron diferencias en edad, sexo y procedencia entre los diferentes periodos analizados. El 84,1% de los pacientes tenía algún diagnóstico psiquiátrico previo. El más frecuente era el trastorno depresivo (53,1%). No se observaron diferencias entre periodos, excepto para las personas con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y del espectro autista (TEA), que predominaron durante el confinamiento (16,7% y 11,1%, respectivamente).

El 56,5% de la población estudiada negaba consumo de alcohol y/o sustancias de abuso ilegales en la tentativa de suicidio. Entre los que usaron sustancias tóxicas predominó el policonsumo, con mayor frecuencia durante el confinamiento (44,4%). Los tóxicos más prevalentes fueron el alcohol (10,0%) y el cannabis (3,8%). El consumo de alcohol disminuyó durante el confinamiento (2,8%), mientras que el consumo de cannabis aumentó durante el confinamiento y la reapertura (8,3% y 11,3%).

Aproximadamente la mitad de los pacientes atendidos en todos los periodos ya habían presentado una tentativa de suicidio previa (52,7%), sin observarse diferencias significativas entre periodos.

En la [Tabla 2](#) se muestran las variables correspondientes a los episodios atendidos en cada periodo. En el 50,2% de los casos se activó el código riesgo de suicidio, un programa protocolizado que proporciona atención urgente y seguimiento preventivo a las personas identificadas con elevado riesgo de suicidio⁸. El código se activó en mayor proporción durante el confinamiento (61,1%) y la nueva normalidad (57,0%). En cuanto al método empleado, podemos observar que el mayoritario es el toxicológico en todos los periodos (78,6%). El porcentaje de pacientes que dejaron carta de despedida fue bajo (4,9%). En la mayoría de los casos (83,9%) no se emitió comunicado judicial.

La sintomatología más prevalente fue neurológica

Tabla 1. Características demográficas y antecedentes de los pacientes con tentativas de suicidio

	Pre-pandemia N = 413 n (%)	Confinamiento N = 36 n (%)	Reapertura N = 62 n (%)	Nueva normalidad N = 142 n (%)	Total N = 653 n (%)	Valor de p
Edad						
Media (DE)	3971 (16,74)	40,22 (14,77)	35,47 (15,66)	38,90 (15,15)	39,16 (16,21)	
Mediana (Q1-Q3)	37 (25-50)	38 (30-48)	30,5 (21-49)	37 (27-50)	37 (26 -50)	
Sexo						
Hombre	274 (66,3)	22 (61,1)	42 (67,7)	102 (71,8)	440 (67,4)	0,546
Mujer	139 (33,7)	14 (38,9)	20 (32,3)	40 (28,2)	213 (32,6)	
Procedencia						
España	299 (72,4)	28 (77,8)	41 (66,1)	86 (60,6)	454 (69,5)	0,168
Otros países europeos	35 (8,5)	5 (13,9)	5 (8,1)	14 (9,8)	59 (9,1)	
Asia	7 (1,7)	1 (2,8)	4 (6,5)	2 (1,4)	14 (2,1)	
Marruecos	15 (3,6)	1 (2,8)	1 (1,6)	8 (5,6)	25 (3,8)	
Otros países africanos	3 (0,7)	0	0	2 (1,4)	5 (0,8)	
Latinoamérica	51 (12,3)	1 (2,8)	11 (17,7)	27 (19,0)	90 (13,8)	
Otros	3 (0,7)	0	0	3 (2,1)	6 (0,9)	
Carta de despedida						
Sí	22 (5,3)	0	3 (4,8)	7 (4,9)	32 (4,9)	0,569
No	391 (94,7)	36 (100,0)	59 (95,2)	135 (95,1)	621 (95,1)	
Diagnóstico psiquiátrico previo						
Cualquier diagnóstico	353 (85,5)	30 (83,3)	50 (80,6)	116 (81,7)	549 (84,1)	0,623
Trastorno depresivo	216 (52,3)	21 (58,3)	39 (62,9)	71 (50,0)	347 (53,1)	0,328
Trastorno de ansiedad	169 (40,9)	13 (36,1)	20 (32,3)	53 (37,3)	255 (39,1)	0,549
TCA	26 (6,3)	6 (16,7)	1 (1,6)	8 (5,6)	41 (6,3)	0,029
TUS	150 (36,3)	15 (41,7)	14 (22,6)	50 (35,2)	229 (35,1)	0,156
Trastornos psicóticos	42 (10,2)	7 (19,4)	3 (4,8)	12 (8,5)	64 (9,8)	0,118
Trastorno de personalidad	121 (29,3)	11 (30,6)	17 (27,4)	33 (23,2)	182 (27,9)	0,558
TDAAH	13 (3,1)	0	0	4 (2,8)	17 (2,6)	0,372
Trastorno de la conducta	8 (1,9)	0	1 (1,6)	4 (2,8)	13 (2,0)	0,734
TEA	2 (0,5)	4 (11,1)	2 (3,2)	1 (0,7)	9 (1,4)	< 0,001
Otros diagnósticos	27 (6,5)	2 (5,6)	7 (11,3)	5 (3,5)	41 (6,3)	0,207
Tentativa autolítica previa						
No	200 (48,4)	15 (41,7)	29 (46,8)	65 (45,8)	309 (47,3)	0,848
Sí	213 (51,6)	21 (58,3)	33 (53,2)	77 (54,2)	344 (52,7)	

TCA: trastorno de la conducta alimentaria; TUS: trastorno por uso de sustancias; TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TEA: trastorno del espectro autista.

(45,8%), seguida de los casos asintomáticos (43,3%) y las alteraciones conductuales (10,9%). Las alteraciones conductuales se presentaron en un mayor porcentaje (22,2%) durante el confinamiento, sin hallarse diferencias estadísticamente significativas entre periodos. El 40,4% de los pacientes requirió tratamiento activo, siendo los más empleados el carbón activo (31,2%) y el uso de antidotos (15,5%). El tiempo de estancia en urgencias fue de 13,2 (15,0) horas, sin diferencias significativas entre periodos. La mayoría de pacientes fueron dados de alta (74,7%). De los que ingresaron, lo hicieron en psiquiatría el 13,9% y en la unidad de cuidados intensivos el 4,9%. No se observaron diferencias entre periodos en cuanto al tratamiento, permanencia en urgencias o destino.

Nuestros resultados muestran que durante el confinamiento se produjo

un descenso en las visitas por intentos de suicidio que se atendieron en urgencias, volviendo posteriormente a valores prepandemia. Los pacientes atendidos eran mayoritariamente varones con diagnósticos psiquiátricos previos. Durante el confinamiento aumentaron los pacientes con antecedentes de TCA y TEA, el consumo del cannabis y el policonsumo de sustancias en los pacientes que fueron atendidos por intento de suicidio. También se observó una disminución del uso de alcohol. Diferentes estudios indican las consecuencias de la pandemia del COVID-19 en la conducta suicida. En dos estudios españoles se registró un menor número de casos durante el periodo de confinamiento^{7,9}, en concordancia con el menor número de visitas totales en urgencias durante ese periodo. La recuperación del número de consultas por intentos

de suicidio tras el confinamiento observada en nuestra serie se explicaría asimismo por el aumento en el número de visitas totales. En cambio, y al contrario de lo reflejado en otros estudios⁷, en nuestra serie hubo un mayor número de tentativas de suicidio en varones. En cuanto a las sustancias consumidas en los pacientes que consultaron por intento de suicidio, al igual que se ha comunicado en estudios sobre intoxicaciones en general, durante el confinamiento se observó un descenso de casos en los que el alcohol estaba presente^{10,11}, así como una recuperación, tanto del consumo de alcohol como de drogas de abuso ilegales, en la nueva normalidad¹¹. Esto puede reflejar probables cambios en los métodos de suministro, debido al cierre de tiendas, locales de ocio, aumento de compra *online* u otros motivos, de sustancias legales e ilegales.

Tabla 2. Características clínicas, tratamiento y destino de los pacientes con tentativa de suicidio

	Pre-pandemia N = 413 n (%)	Confinamiento N = 36 n (%)	Reapertura N = 62 n (%)	Nueva normalidad N = 142 n (%)	Total N = 653 n (%)	Valor de p
Activación CRS						0,105
Sí	195 (47,6)	22 (61,1)	28 (45,2)	81 (57,0)	326 (50,2)	
No	215 (52,4)	14 (38,9)	34 (54,8)	61 (43,0)	324 (49,8)	
Método						0,685
Toxicológico	316 (76,5)	30 (83,3)	53 (85,5)	114 (80,3)	513 (78,6)	
No toxicológico	55 (13,3)	4 (11,1)	6 (9,7)	16 (11,3)	81 (12,4)	
Combinación	42 (10,2)	2 (5,6)	3 (4,8)	12 (8,5)	59 (9,0)	
Consumo de sustancias						0,006
No	235 (56,9)	16 (44,4)	38 (61,3)	80 (56,3)	369 (56,5)	
Policonsumo	121 (29,3)	16 (44,4)	10 (16,1)	37 (26,1)	184 (28,2)	
Alcohol	44 (10,7)	1 (2,8)	5 (8,1)	15 (10,6)	65 (10,0)	
Cannabis	7 (1,7)	3 (8,3)	7 (11,3)	8 (5,6)	25 (3,8)	
Cocaína	3 (0,7)	0	2 (3,2)	1 (0,7)	6 (0,9)	
Otros	3 (0,7)	0	0	1 (0,7)	4 (0,6)	
Presencia de clínica						
No	171 (41,4)	16 (44,4)	35 (56,5)	61 (43,0)	283 (43,3)	0,172
Neurológica	197 (47,7)	13 (36,1)	25 (40,3)	64 (45,1)	299 (45,8)	0,433
Respiratoria	26 (6,3)	2 (5,6)	3 (4,8)	8 (5,6)	39 (6,0)	0,968
Cardiovascular	20 (4,8)	2 (5,6)	1 (1,6)	13 (9,2)	36 (5,5)	0,123
Digestiva	44 (10,7)	5 (13,9)	5 (8,1)	15 (10,6)	69 (10,6)	0,841
Alt. conductuales	43 (10,4)	8 (22,2)	4 (6,5)	16 (11,3)	71 (10,9)	0,105
Manejo						
Tratamiento activo	163 (39,5)	16 (44,4)	25 (40,3)	60 (42,3)	264 (40,4)	0,897
IOT-VM	11 (2,7)	1 (2,8)	3 (4,8)	4 (2,8)	19 (2,9)	0,823
Lavado gástrico	4 (1,0)	0	1 (1,6)	1 (0,7)	6 (0,9)	0,863
Carbón activo	124 (30,0)	14 (38,9)	18 (29,0)	48 (33,8)	204 (31,2)	0,606
Antídoto	70 (16,9)	2 (5,6)	8 (12,9)	21 (14,8)	101 (15,5)	0,289
Horas en urgencias						0,163
Media (DE)	12,80 (14,81)	14,17 (13,19)	10,68 (10,74)	15,36 (17,38)	13,23 (15,02)	
Mediana (Q1-Q3)	7,0 (3,0-17,0)	10,5 (4,5-19,0)	7,5 (3,5-15,0)	10,0 (5,0-0,5)	8,0 (3,5-18,0)	
Destino						0,733
Alta domicilio < 12 horas	198 (47,9)	17 (47,2)	36 (58,1)	65 (45,8)	316 (48,4)	
Alta domicilio > 12 horas	112 (27,1)	12 (33,3)	9 (14,5)	39 (27,5)	172 (26,3)	
Ingreso en UH	10 (2,4)	1 (2,8)	3 (4,8)	6 (4,2)	20 (3,1)	
Ingreso en UCI	22 (5,3)	1 (2,8)	3 (4,8)	6 (4,2)	32 (4,9)	
Ingreso en PSQ	54 (13,1)	5 (13,9)	10 (16,1)	22 (15,5)	91 (13,9)	
Otros	17 (4,1)	0	1 (1,6)	4 (2,8)	22 (3,4)	
Comunicado judicial						0,445
Sí	65 (15,7)	4 (11,1)	14 (22,6)	22 (15,5)	105 (16,1)	
No	348 (84,3)	32 (88,9)	48 (77,4)	120 (84,5)	548 (83,9)	

CRS: código riesgo de suicidio; IOT-VM: intubación orotraqueal - ventilación mecánica; CRS: Código riesgo de suicidio; UH: unidad hospitalaria; UCI: unidad de cuidados intensivos; PSQ: psiquiatría.

les. Asimismo, el aumento de las tentativas de suicidio en la reapertura podría ser consecuencia de las repercusiones psicológicas debidas al confinamiento⁷. El aislamiento, los duelos, el miedo a sufrir la enfermedad o la pérdida de trabajo, entre otros factores, afectaron indudablemente la esfera psicológica. Destacar el aumento de activación del código suicidio durante el confinamiento, quizá motivado por la percepción de un probable aumento del riesgo de reincidencia, al existir mayor dificultad de seguimiento asistencial por las vías habituales.

Como limitaciones del estudio figuran su diseño retrospectivo y unicéntrico, no pudiendo extrapolarse sus resultados a otras áreas geográficas. Otra limitación es que no se recogieron datos relacionados con grupos de personas de especial vulnerabilidad, como aquellos que han sufrido abusos previos, migrantes, grupos indígenas, presos y personas del colectivo LGBTI^{12,13}. No obstante, creemos que el número de casos obtenidos da validez a los resultados obtenidos.

En conclusión, la pandemia por COVID-19 y el confinamiento se asociaron a un cambio en la salud mental

y en la frecuencia y patrón de consumo de sustancias, que pudo asociarse a tentativas de suicidio. Existen diferencias entre periodos en cuanto a la presencia de antecedentes psiquiátricos, con mayor proporción de personas con diagnóstico de TEA, y en el consumo de sustancias, con menor implicación del alcohol durante el confinamiento y mayor del cannabis. La detección precoz de la conducta suicida, incluido el abordaje desde urgencias, su estudio y la identificación de factores de riesgo y desencadenantes son fundamentales para ofrecer una respuesta efectiva a este im-

portante problema de salud, en aumento además en el segmento de población joven¹⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruggieri V. Autismo, depresión y riesgo de suicidio. *Medicina (B. Aires)*. 2020;80(Supl 2):12-6.
2. Lilian Salvo G, Ramón Florenzano U, Alejandro Gómez CH. Evaluación y manejo inicial de las ideas e intentos de suicidio en atención primaria. *Rev Med Chile*. 2021;149:913-9.
3. Balluerka Lasa N, Gómez Benito J, Hidalgo Montesinos M, Gorostiaga Manterola A, Espada Sánchez JL, Padilla García JL, et al. Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación. 2020. (Consultado 1 Agosto de 2022). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10810/45924>
4. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. (Boletín Oficial del Estado, núm. 67, de 14 de marzo de 2020). (Consultado 1 Agosto de 2022). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>
5. Nogué S, Ruiz J, Carmona J, Milla J. Epidemiología de la tentativa de suicidio en el Servicio de Urgencias. *Emergencias*. 1989;1:5-8.
6. 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. *Emergencias*. 2012;24:121-5.
7. Benito-Lozano M, Travería-Becker L, Herranz-Duarte I, Criado Gutiérrez I, López Hernández MA. Tentativas suicidas graves asociadas a confinamiento por COVID-19. *Rev Esp Urg Emeg*. 2022;1:53-4.
8. Mortier P, Vilagut G, Puértolas Gracia B, De Inés Trujillo A, Alayo Bueno I, Ballester Coma L, et al. Catalonia Suicide Risk Code Epidemiology (CSRC-Epi) study: protocol for a population representative nested case-control study of suicide attempts in Catalonia, Spain. *BMJ Open*. 2020;10:e037365.
9. Hernández-Calle D, Martínez-Alés G, Mediavilla R, Aguirre P, Rodríguez-Vega B, Bravo Ortiz MF. Trends in psychiatric emergency departments visits due to suicidal ideation and suicide attempts during the COVID-19 pandemic in Madrid, Spain. *J Clin Psychiatry*. 2020;81:2013419.
10. Llorens N, Brimer B, Molina M. Impacto COVID-19 en el consumo de sustancias y comportamientos con potencial adictivo: encuesta del observatorio español de las drogas y adicciones. *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95:e1-14.
11. Caballero-Bermejo AF, Ortega-Pérez J, Frontera-Juan G, Homar Amengual C, Barceló-Martín B, Puiguirguer-Ferrando J. Intoxicaciones agudas atendidas en un servicio de urgencias. De la prepandemia a la nueva normalidad. *Rev Clin Esp*. 2022;222:406-11.
12. Barroso Martínez A. Comprender el suicidio desde una perspectiva de género. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2019;39:51-66.
13. Mateos Herrera A, Vivas Herrera S, Pérez-Calvo C, Ruiz-Duet A, Rodríguez Riesco L. Factores de riesgo para el suicidio en población trans: una revisión bibliográfica. *Rev Est Socioeducativos*. 2022.i10.17
14. Ministerio de Sanidad. Nota de prensa: Carolina Darias anuncia que la línea 024 incluirá un chat para que sea más accesible, especialmente a jóvenes y a adolescentes. Disponible en URL: <https://www.sanidad.gob.es/gabine-te/notasPrensa.do?id=5849>.