

Intoxicaciones con motivación suicida; cumplimiento de la valoración psiquiátrica previa al alta de urgencias

Poisonings with suicidal intent: compliance with psychiatric evaluation prior to discharge from the emergency department

Sr Editor:

El suicidio fue la segunda causa de muerte por causas externas en España en 2024¹. Entre el 30-50 % de fallecidos por suicidio habían consultado previamente a algún punto del sistema sanitario por esta ideación o un intento no consumado, por lo que resulta fundamental que antes de plantear el alta de urgencias se realicen todas aquellas intervenciones que permitan determinar su riesgo, garantizar su continuidad asistencial en el ámbito de la salud mental, así como evitar recurrencias y mortalidad prematura evitable².

En este sentido, hay autores que proponen explícitamente que se realicen intervenciones psiquiátricas en todos los casos de intoxicaciones, autolesiones o ideaciones suicidas, con el fin de disminuir las tasas de suicidio³.

En el año 2006, al promulgar los primeros indicadores de calidad asistencial en la asistencia del intoxicado agudo con motivo suicida, se consideró la evaluación psiquiátrica como un punto clave del proceso

asistencial, y se formuló un indicador específico considerado como centinela dentro de los 24 indicadores propuestos, exigiéndose un 100 % de cumplimiento, focalizando su análisis dentro de la dimensión seguridad de la dimensión clínica⁴.

Con el fin de valorar el grado de cumplimiento de este indicador y analizar las consecuencias sobre la seguridad de los pacientes en los que no se cumple, se planteó este trabajo, fue aprobado por el Comité de investigación del Hospital Son Espases en fecha 19 de marzo de 2026 con el nº de registro CI-1155-26.

Se analizaron retrospectivamente las intoxicaciones que acudieron al servicio de urgencias hospitalario (SUH) verbalizando una motivación suicida cuando solicitaron la asistencia en un hospital de tercer nivel, que dispone psiquiatra de guardia de presencia física las 24 horas, durante un año (1 enero a 31 de diciembre del 2022), y que fueron dadas de alta, o que abandonaron el servicio antes de la misma, y en cuyo informe no se pudo constatar una valoración psiquiátrica en esa consulta.

Se recopilaron variables epidemiológicas y clínicas del episodio de intoxicación, variables de resultado al revisar los 3 años siguientes (fallecimiento, reconsulta, consulta por nueva intoxicación e ingresos). Se excluyó el seguimiento de pacientes que no completaron el proceso asistencial (alta voluntaria o fuga).

De 2.140 intoxicados atendidos en el periodo de estudio (1,4 % de las urgen-

cias), en 495 (23,1 %) constaba una motivación suicida en su valoración inicial, de los que 52 (10,5 %) fueron dados de alta del SUH sin que constase una valoración por psiquiatría (Figura 1). La edad media de estos últimos fue 44,2 ($\pm 16,1$) años, mujeres en el 57,7 %. Los tóxicos de estos episodios fueron principalmente los fármacos en 35 ocasiones (67,3 %), destacando las benzodiazepinas en 25 y el resto de los psicofármacos en 11, el alcohol en 25 (48,1 %) y la cocaína en 3. La coingesta de más de un tóxico se dio en 36 episodios (69,2 %).

La mayor parte de pacientes llegaron durante la tarde o la noche (21 en cada turno) y 10 durante la mañana. La mayoría (33 casos, 63,5 %) en días laborables y el 27,5 % durante el fin de semana o festivos. En 20 ocasiones (38,5 %) en el informe de alta de urgencias no se pudo documentar la participación de un médico adjunto, constando exclusivamente la firma de un médico residente. La estancia media en urgencias fue de 7 horas 46 minutos (intervalo entre 1 y 21 horas), y 17 pacientes (32,7%) que estuvieron 10 o más horas. Se emitieron 3 notificaciones judiciales por fuga, si bien hubo 10 pacientes fugados.

Reconsultaron al SUH 11 pacientes (21,1 %) por nuevo intento de suicidio, con intervalo temporal entre 1 y 306 días, 4 de ellos en los 4 días posteriores. Las reconsultas por intoxicación fueron en 19 pacientes (36,5 %), con idéntico intervalo temporal; 8 de ellos lo

Autores:

Bernardino Comas Díaz¹,
Guillermo Frontera Juan²,
Alexandra Guiu Martí¹,
Gabriel Comas Bosque¹,
Jordi Puiguriquer Ferrando^{1,3}

Filiación de los autores:

¹Servicio de Urgencias, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España.

²Soprote Metodológico e Investigación Clínica, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España.

³Unidad Toxicología Clínica, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España.

Correspondencia:

Jordi Puiguriquer Ferrando.
Servicio de Urgencias,
Hospital Universitari Son Espases.
Carretera de Valldemossa, 79,
Nord, 07120 Palma de Mallorca, España.

E-mail:

jpuiguriquer@gmail.com

Editor responsable:

Montserrat Amigó Tadrín.

DOI:

Xxxxxxxx

hicieron antes de una semana. En todas las reconsultas, excepto en 2, el tóxico implicado fue el alcohol y/o las benzodiacepinas.

Finalmente, 4 (7,7 %) de los 52 pacientes sin valoración por psiquiatría (3 de ellas mujeres con una edad media de 55,2 años), fallecieron en los 3 años posteriores tras la intoxicación suicida, 2 por causas no documentadas, con intervalo superior a 3 meses después del episodio analizado y tras otras consultas a distintos puntos del sistema sanitario (en un caso el fallecimiento sucedió después de un ingreso psiquiátrico). Los otros dos por otras causas médicas (hematoma cerebral espontáneo y proceso séptico). Todos los fallecidos tenían al alcohol como tóxico responsable principal, en la intoxicación aguda suicida por la que fueron atendidos.

Las intoxicaciones suicidas en relación con el total de intoxicados atendidos de nuestro estudio, fueron en porcentaje similares a las publicadas en otros estudios multicéntricos, así como las características epidemiológicas de los pacientes implicados^{5,6}. Sin embargo, los estudios previos no profundizan en el grado de intervención especializada por psiquiatría, tras la asistencia prestada previamente por los profesionales del SUH como sugieren las recomendaciones internacionales. Nuestros resultados demuestran la conveniencia de hacerlo al detectar, no solo un incumplimiento del indicador de calidad al ser dados de alta desde el SUH sin que conste la exigida valoración psiquiátrica (objetivo principal del estudio), sino que además se debe añadir un número relevante de pacientes fugados (4,1 %) o que solicitaron su alta voluntaria (2 %), situaciones que pueden generar conflictos de seguridad clínica asistencial.

El escenario habitual de atención al intoxicado con motivación suicida suele ser complejo al confluir una presentación clínica variable (generalmente por ingestas de diversos tóxicos en el mismo episodio), una situación emocional del paciente perturbada o confusa y una presión asistencial propia de las urgencias, lo que puede condicionar la calidad de la evaluación y la

toma de decisiones. En este contexto la necesidad de una valoración psiquiátrica sistemática obedecería a un estándar de buena práctica, garantizando la seguridad del paciente.

Al no ser un objetivo del trabajo, se desestimó realizar el seguimiento de pacientes que fueron valorados por psiquiatría antes del alta, perdiendo por ello la posibilidad de comparar los resultados de evolución en ambos supuestos. Es conocido que el porcentaje de reconsulta por nuevo intento de suicidio tras una consulta a un SUH está cifrado en un 20 %, en un metanálisis que incluyó cualquier tipo de tentativa suicida⁷, resultado similar al obtenido en nuestro estudio.

Uno de los hallazgos más relevantes de nuestra serie es su elevada mortalidad, exponiendo la vulnerabilidad de este grupo joven de población, destacando el alcohol, generalmente de forma crónica, y las benzodiacepinas. Este dato es especialmente significativo en un contexto social donde existe una creciente banalización del consumo de ambas sustancias, particularmente del alcohol entre la población joven. Se ha establecido una proporcionalidad entre la cantidad de alcohol consumida de forma crónica por persona, con un incremento de la mortalidad por suicidio⁸. Además, el alcohol actúa como facilitador de conductas suicidas al producir desinhibición, deterioro del juicio, impulsividad y fluctuaciones emocionales abruptas. Su consumo puede transformar ideas autolíticas pasivas en actos impulsivos y aumentar la letalidad de los gestos. En consecuencia, la evaluación psiquiátrica una vez resuelto el estado tóxico, si hubiera verbalizado ideación suicida previa, resulta ineludible⁹.

Otro aspecto crítico identificado es la gestión de las altas voluntarias, que en este tipo de pacientes no deben ser consideradas simplemente como una expresión más de su recuperación clínica. La competencia de este paciente para la toma de decisiones siempre debe ser finalmente evaluada por un especialista en psiquiatría.

Las fugas detectadas constituyen otro punto que compromete la seguridad del paciente. Los SUH, por su carácter abierto y su elevada carga asis-

tencial, pueden facilitar la salida no autorizada de pacientes en riesgo. En estos casos, cuando se produce una fuga, la notificación judicial adquiere un papel fundamental para garantizar la protección del paciente y activar los mecanismos legales necesarios para su localización y retorno¹⁰. Esta medida responde no solo a una obligación normativa, sino también a una responsabilidad ética orientada a la preservación de la vida.

En este estudio deben considerarse algunas limitaciones, tales como su carácter retrospectivo (basado en revisiones de documentación no siempre completas), y ser unicéntrico, lo que limita la generalización de los resultados obtenidos. Además, el seguimiento de los pacientes se basa en la revisión de datos accesibles del sistema sanitario público, por lo que no pueden descartarse asistencias en otros puntos (centros privados o pacientes extranjeros que regresaron a sus lugares de residencia habitual). Por todo ello, nuestros hallazgos deben interpretarse con cautela, precisándose estudios más amplios que permitan obtener conclusiones más consistentes. Finalmente, proponemos en algunas recomendaciones orientadas a mejorar la atención a los pacientes que acuden al SUH tras una intoxicación suicida, con el fin de reducir su mortalidad, promover una atención integral, coordinada y basada en la evidencia científica y su seguridad clínica, además de la correcta praxis profesional (Tabla 1).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: Los autores declaran la no existencia de financiación en relación con el presente artículo.

Responsabilidades éticas: Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes, acuerdo de publicación y cesión de derechos de los datos a la Revista Española de Urgencias y Emergencias.

Disponibilidad de datos en abierto: Los datos están disponibles bajo solicitud al autor asignado para la correspondencia.

Contribuciones a la autoría del artículo (CRediT): DDH: BCD: ha participado en la idea inicial, recogida de datos, análisis estadístico y redacción final conceptualización, análisis formal, investigación, y redacción. GFJ: ha participado en la

Tabla 1. Recomendaciones para garantizar la seguridad de los pacientes que acuden al SUH tras una intoxicación con ideación suicida

- Sistematizar la valoración psiquiátrica antes del alta tras una intoxicación suicida, como única herramienta para estimar su potencial riesgo, identificar patología mental subyacente y establecer un plan terapéutico seguro.
- Establecer protocolos específicos para casos de intoxicación con los tóxicos más prevalentes (alcohol y benzodiazepinas), que no subestimen la valoración psiquiátrica una vez resuelta la intoxicación aguda.
- Crear o definir áreas específicas para la espera y la atención de este tipo de pacientes, minimizando la posibilidad de fugas.
- Activar los mecanismos de búsqueda del paciente en caso de fuga, y realizar una notificación judicial caso de no conseguirse su retorno.
- Revisar rigurosamente las solicitudes de alta voluntaria; nunca concederla tras una consulta con ideación suicida inicial, sin una valoración psiquiátrica previa sobre el grado de competencia del paciente.

metodología, análisis estadístico y redacción final. AGM: ha participado en la recogida de datos y revisión. BCB: ha participado en la recogida de datos y revisión. JPF: ha participado en la conceptualización, análisis formal, investigación, metodología y redacción.

Uso de herramientas de inteligencia artificial generativa: Los autores declaran no haber utilizado las herramientas de IA en la elaboración de este artículo.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte en España en 2024. (Consultado el 1 Marzo 2026). Disponible en: https://Defun2024_NOTA_TEC.pdf.
2. Goldman-Mellor S, Olfson M, Lidon-Moyano C, Schoenbaum M. Association of suicide and other mortality with emergency depart-

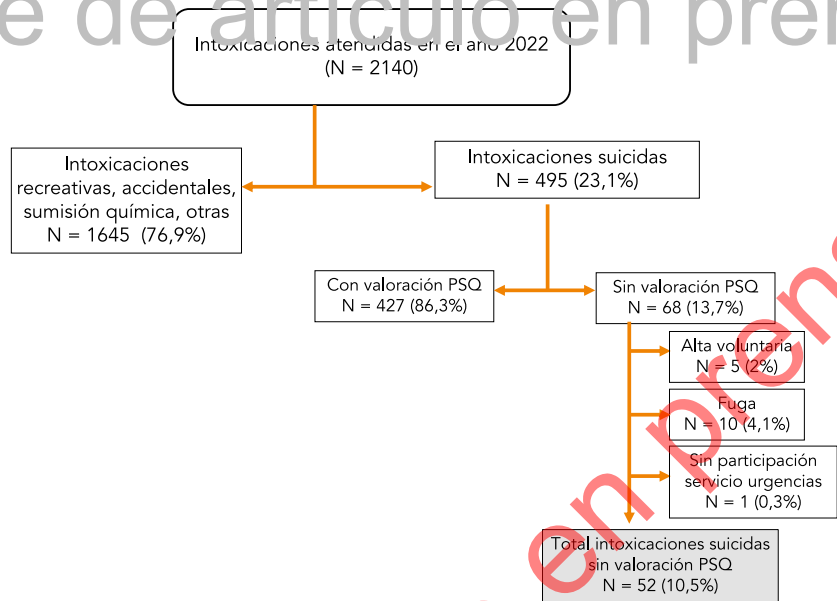


Figura 1. Distribución intoxicaciones atendidas en año 2022 con casos de intoxicación suicida sin constancia final de valoración por PSQ al alta de urgencias.

- ment presentation. JAMA Netw Open. 2019;2:e1917571.
3. Crandall C, Fullerton-Gleason L, Agüero R, LaValley J. Subsequent suicide mortality among emergency department patients seen for suicidal behavior. Acad Emerg Med. 2006;13:435-42.
4. Nogué S, Puiguríguer J, Amigó M. Indicadores de calidad para la asistencia urgente de pacientes con intoxicaciones agudas (Calitox-2006). Rev Calif Asist. 2008;23:173-91.
5. Burillo-Pütze G, Munné Mas P, Dueñas Laita A, Trujillo Martín MM, Jiménez Sosa A, Adrián Martín MJ, et al. Intoxicaciones agudas: perfil epidemiológico y clínico, y análisis de las técnicas de descontaminación digestiva utilizadas en los servicios de urgencias españoles en el año 2006 –Estudio HISPATOX–. Emergencias. 2008;20:15-26.
6. Supervía A, Salgado E, Córdoba F, García Gibert L, Martínez Sánchez L, Moreno A, et al. Carac-

- terísticas de las intoxicaciones agudas atendidas en Cataluña y diferencias según grupos de edad: Estudio Intox-28. Emergencias. 2021;33:115-20.
7. De la Torre-Luque A, Pemau A, Ayad-Ahmed W, Borges G, Fernandez-Sevillano J, Garrido-Torres N, et al. SURVIVE Consortium. Risk of suicide attempt repetition after an index attempt: A systematic review and meta-analysis. Gen Hosp Psychiatry. 2023;81:51-6.
8. Guo K, Jiang H, Shield KD, Spithoff S, Lange S. Alcohol consumption per capita and suicide: A meta-analysis. JAMA Netw Open. 2025;8:e2533129.
9. Isaacs JY, Smith MM, Sherry SB, Seno M, Moore ML, Stewart SH. Alcohol use and death by suicide: A meta-analysis of 33 studies. Suicide Life Threat Behav. 2022;52:600-14.
10. Yuguero Torres O, Pérez Pérez RM. El alta voluntaria y la fuga en los servicios de urgencias: un reto con implicaciones éticas y médico-legales. Emergencias. 2018;30:433-6.