



## **TRABAJO FIN DE GRADO**

**Grado de Medicina**

**Facultad de Medicina – Universidad de Valladolid**

**Escalas de evaluación del riesgo de suicidio: su  
utilidad en la valoración de pacientes que consultan  
a urgencias con ideación o intención autolítica**

**Tutor: Dr. Carlos del Pozo Vegas**

**Cotutora: Ana Gil Contreras**

**Autora: Cayetana González Chamorro Gil**

**Curso 2023/2024**

## **ÍNDICE**

<b>1 RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>2 INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
<b>4 MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>8</b>
<b>4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....</b>	<b>8</b>
<b>4.2 PARTICIPANTES.....</b>	<b>8</b>
4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	8
<b>4.3. INTERVENCIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>4.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....</b>	<b>12</b>
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>12</b>
<b>5.1 ESTUDIO DE LA MUESTRA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.....</b>	<b>12</b>
<b>5.2 ANTECEDENTES PERSONALES.....</b>	<b>13</b>
<b>5.3 INTENTO AUTOLÍTICO POR EL QUE ACUDEN A URGENCIAS .....</b>	<b>14</b>
<b>5.4 LLEGADA A URGENCIAS .....</b>	<b>14</b>
<b>5.5 ESCALAS SAD PERSONS Y mSAD PERSONS.....</b>	<b>14</b>
<b>6 DISCUSIÓN.....</b>	<b>16</b>
<b>7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....</b>	<b>18</b>
<b>8 CONCLUSIONES.....</b>	<b>19</b>
<b>9 BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>20</b>
<b>10 ANEXOS .....</b>	<b>22</b>
<b>10.1 ANEXO 1 .....</b>	<b>22</b>
<b>10.2 ANEXO 2.....</b>	<b>23</b>
<b>10.3 ANEXO 3.....</b>	<b>25</b>
<b>10.4 ANEXO 4.....</b>	<b>26</b>
<b>10.4 ANEXO 5.....</b>	<b>28</b>

## **1 RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** El comportamiento suicida es un problema de salud pública multifactorial, influenciado por diversos factores de riesgo y protectores. Es crucial identificar estos factores para una intervención efectiva, y para ello, puede ser de gran utilidad el uso de escalas de riesgo que permitan evaluar la gravedad del mismo. La implementación de estas herramientas en el ámbito de la salud, especialmente en el servicio de Urgencias, es de suma importancia para mejorar la detección y el manejo de pacientes en riesgo.

**OBJETIVOS:** Evaluar la efectividad de las escalas SPS y mSPS para identificar a pacientes con ideación o intentos suicidas graves, establecer el perfil sociodemográfico de estos pacientes en un servicio de urgencias hospitalario, y ponderar los factores de riesgo y protectores involucrados. Además, determinar el destino de estos pacientes y su evolución en términos de visitas a urgencias tras el evento inicial.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se llevó a cabo un estudio observacional y retrospectivo de 219 pacientes que acudieron a urgencias tras un intento o ideación de suicidio entre el 1 de enero de 2023 y el 30 de junio de 2023. La variable dependiente fue la gravedad del intento de suicidio y se analizaron 26 variables independientes. Se realizó un análisis estadístico para observar la relación entre las variables y la gravedad de los pacientes.

**RESULTADOS:** De los 219 pacientes estudiados, la mayoría (63,01%) fueron mujeres con una edad media de 40,18 años. Las mujeres y los pacientes de mayor edad mostraron una mayor probabilidad de tener un intento o ideación grave con ( $p < 0,001$ , OR 3,22 3,22 (1,819-5,73)) y ( $p = 0,039$ , 1,75 (1,027-2,99)) respectivamente. La falta de entorno social también se asoció con la gravedad ( $p < 0,001$ ). Antecedentes de depresión ( $p < 0,001$ , OR 3,42), intentos previos de suicidio ( $p = 0,029$ , OR 1,81) y consumo excesivo de alcohol ( $p = 0,008$ , OR 2,39) y un plan organizado para el suicidio ( $p < 0,001$ , OR 16,00) se identificaron como factores de riesgo significativos en cuanto a la gravedad de los casos. Entre los factores protectores, se encuentran estar empleado ( $p < 0,001$ , OR 0,293) y residir en áreas rurales ( $p = 0,011$ , OR 0,523). Un 31,96% de los pacientes que acudieron a urgencias fueron ingresados, de los cuales un 20,09% revisitaron el servicio de Urgencias al año por el mismo motivo.

**CONCLUSIONES:** Las escalas SAD PERSONS (SPS) y su versión modificada (mSPS) son herramientas eficaces para identificar a pacientes con ideación o intentos suicidas graves. La adopción de estas escalas en urgencias podría mejorar significativamente la detección y el manejo de pacientes con alto riesgo. Los casos graves son predominantemente mujeres y personas derivadas por facultativos, con una edad promedio mayor que los casos menos graves. Factores como la depresión, intentos previos de suicidio,

alcoholismo, la falta de apoyo social y tener un plan suicida estructurado. Un alto porcentaje de los casos graves requirió hospitalización, y la tasa de visitas a urgencias en un año fue mayor entre estos pacientes.

## **2 INTRODUCCIÓN**

El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial con grandes implicaciones sociales, la OMS calcula que actualmente se producen más de 700 000 suicidios al año en el mundo [1]. La prevención del suicidio es por tanto de vital importancia en el ámbito de la salud pública, ya que este representa una de las principales causas de mortalidad en España y a nivel mundial. En España, el suicidio sigue siendo la principal causa de muerte externa, constituyendo aproximadamente el 22,74% del total de muertes. Esta problemática afecta de manera significativa a diferentes grupos demográficos, evidenciando un incremento de tasas brutas de suicidio con la edad, siendo más pronunciado en hombres, especialmente a partir de los 79 años [2].

La franja de edad comprendida entre los 40 y 59 años representa el número máximo de suicidios, siendo las tasas de suicidio mucho más elevadas en personas mayores de 44 años [2]. Es además relevante notar que, existen disparidades entre los sexos, en cuanto a tasas, metodología preferida por hombres y mujeres, así como entre áreas urbanas y rurales, lo que subraya la necesidad de abordajes preventivos contextualizados. El análisis de datos específicos de Castilla y León recalca lo crucial que es comprender las particularidades regionales en la prevención del suicidio. En hombres mayores de 79 años destaca un incremento significativo en el riesgo de suicidio, mientras que en mujeres no se observan variaciones significativas en base al rango de edad [2].

El análisis de los métodos empleados para consumar el suicidio revela patrones diferenciados por género y localización geográfica. El ahorcamiento es el método más comúnmente utilizado, representando el 45,14% de los casos, seguido por la precipitación desde un lugar elevado, que constituye el 25,77% de los suicidios [2].

Los **factores de riesgo** asociados con el suicidio son variados e incluyen aspectos individuales, familiares y sociales. Entre los factores de riesgo individuales se encuentran el dolor crónico, la discapacidad y los trastornos mentales, como la depresión, el trastorno bipolar y la esquizofrenia, que están estrechamente asociados con el suicidio [3]. El abuso de sustancias es otro factor de riesgo significativo, aumentando la impulsividad y la probabilidad de intentos de suicidio [4].

La historia familiar de suicidio y los antecedentes de trauma psicológico abuso también son factores de riesgo importantes [5]. Sin embargo, entre todos, el principal indicador de

riesgo para futuros intentos suicidas es la existencia de tentativas o intentos autolíticos previos. Se estima que durante los primeros meses después de un intento, el riesgo aumenta considerablemente [2]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que la mayoría de los suicidios han presentado previamente signos de advertencia verbal o conductual, lo cual nos advierte de la importancia de identificar y abordar estas señales a tiempo [1].

Además de los factores de riesgo, existen **factores protectores** que, aunque difíciles de medir, desempeñan un papel crucial en la prevención del suicidio. Los factores protectores pueden ser individuales, como la resiliencia, la capacidad de afrontar el estrés y un sentido de propósito en la vida, así como familiares y sociales, como son el apoyo social y familiar. La existencia de una red de apoyo sólida y la participación en actividades comunitarias pueden reducir significativamente el riesgo de suicidio [6].

En cuanto a implementar estrategias para la prevención de actos autolíticos es tan importante la identificación y atenuación de los factores de riesgo como la consolidación y fortalecimientos de aquellos factores protectores. Sin embargo, la detección temprana y la implementación de intervenciones preventivas se ha visto dificultada debido a la multitud de casos infra-registrados e infra-codificados en historias clínicas [2]. Es importante además comprender que existen diversas clasificaciones para el comportamiento suicida, variando en gravedad (ver Tabla en el Anexo 1) y que los comportamientos suicidas no letales han resultado ser más frecuentes que los fatales [7]. Esto es crucial para identificarlos y clasificarlos correctamente.

En la investigación sobre el comportamiento suicida, es necesario distinguir entre la ideación suicida y el intento de suicidio, ya que ambos conceptos tienen implicaciones distintas en la evaluación y manejo de los pacientes. La ideación suicida se refiere a los pensamientos o deseos de quitarse la vida, sin necesariamente llevar a cabo ninguna acción. Por otro lado, el intento de suicidio implica realizar un acto con la intención de causar la propia muerte, pero que no resulta en la muerte. La diferencia entre estos dos conceptos es fundamental para el manejo del suicidio en el contexto clínico. Los pacientes con ideación suicida requieren una intervención temprana y una evaluación continua para prevenir la progresión hacia un intento de suicidio. Las estrategias de manejo incluyen la evaluación de la gravedad de los pensamientos suicidas, la identificación de factores de riesgo adicionales y la implementación de planes de seguridad personalizados. En contraste, los pacientes que han realizado un intento de suicidio suelen necesitar una atención más intensiva, incluyendo

hospitalización, para tratar las consecuencias físicas del intento y para prevenir futuros intentos [8].

En los últimos años, el abordaje clínico de la salud mental ha sido priorizado y se han desarrollado e implementado planes de acción. En primer lugar, la OMS creó un plan de acción Integral 2013-2020 proponiendo diferentes medidas a los Estados Miembros para fomentar el bienestar mental. En Europa, la Unión Europea implementó el Marco Europeo para la Acción en Materia de Salud Mental y Bienestar [9], con iniciativas enfocadas en la prevención y atención de la salud mental. A nivel nacional, el Ministerio de Sanidad en el 2006 creó la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional además de los planes que ha desarrollado individualmente cada comunidad autónoma [2]. Actualmente, en el ámbito sanitario de Castilla y León, un elemento clave en sus medidas preventivas es la distinción por parte de los profesionales sanitarios de los principales factores de riesgo de comportamientos suicidas. Para ello, se utilizan ciertas herramientas de identificación como son la escala SAD PERSONS y la entrevista diagnóstica MINI [10].

En este contexto, los servicios de urgencias juegan un papel crucial, ya que a menudo son el primer punto de contacto con los pacientes que presentan ideación o intentos suicidas. Es fundamental que los profesionales de urgencias, así como aquellos fuera del ámbito de la psicología y psiquiatría, como médicos de atención primaria, aprendan a identificar y evaluar a los pacientes con mayor riesgo. Establecer criterios de diagnóstico claros y directrices específicas para actuar ante estos casos es esencial para mejorar la intervención temprana.

Aunque el entorno de urgencias ofrece una oportunidad valiosa para la intervención, las estrategias actualmente implementadas en estos servicios siguen estando poco desarrolladas y estudiadas. Los servicios de urgencias tratan a muchos pacientes en riesgo de conducta suicida, por lo que son lugares especialmente importantes para la prevención del suicidio. Las personas con alto riesgo de suicidio a menudo son susceptibles a intentos de suicidio después de su visita a la sala de emergencias. Además, una proporción significativa de las personas que mueren por suicidio recibieron atención en un servicio de urgencias en el período anterior a su muerte [11].

Estudios han mostrado que la intervención en urgencias con pacientes en alto riesgo de suicidio puede llevar a una reducción pequeña pero significativa de intentos de suicidio durante el período de observación de 12 meses. La intervención desde urgencias también ha contribuido a una disminución en el número total de intentos de suicidio [12].

Dado que la valoración de la ideación y los intentos suicidas implica una gran variabilidad de elementos subjetivos, las escalas de evaluación que incluyen variables fácilmente medibles resultan especialmente útiles. Estas herramientas no solo orientan la entrevista clínica, sino que también son de gran relevancia en ámbitos donde los profesionales no son expertos en psicología o psiquiatría, o están en formación, como los médicos internos residentes (MIR).

Por tanto, la implementación y promoción de estas herramientas de evaluación entre todos los profesionales sanitarios, incluidos aquellos en los servicios de urgencias, es crucial para mejorar la identificación y tratamiento de pacientes con riesgo de suicidio. Esto podría llevar a una mejora significativa en la prevención del suicidio y en la intervención temprana, salvando potencialmente muchas vidas.

Las escalas SAD PERSONS (SPS) y su versión modificada, la SAD PERSONS modificada (mSPS), son instrumentos que miden diversos factores de riesgo para el suicidio. Estas escalas evalúan elementos como el sexo, la edad, la depresión, los intentos de suicidio previos, el consumo de alcohol o sustancias, el apoyo social, las enfermedades psiquiátricas y otras características relevantes. La aplicación de estas evaluaciones es crucial para guiar las decisiones clínicas sobre el seguimiento y la intervención necesaria. Según los resultados, los pacientes pueden clasificarse en diferentes niveles de riesgo, que determinan las acciones a seguir: desde la ausencia de riesgo y la no necesidad de intervención actual, pasando por el seguimiento ambulatorio intensivo, la consideración de ingreso psiquiátrico, hasta el ingreso hospitalario en casos de alto riesgo debido a la inminencia del intento de suicidio. Las escalas SPS y mSPS proporcionan una estructura sistemática para evaluar el riesgo suicida, permitiendo a los profesionales de la salud identificar rápidamente a los individuos que necesitan una intervención inmediata y adecuar las estrategias de manejo para prevenir posibles intentos de suicidio. [13]

### **3 OBJETIVOS**

- Principal: evaluar el rendimiento de las escalas SPS y mSPS para detectar pacientes con ideación o intentos suicidas graves.
- Establecer el perfil sociodemográfico de los pacientes que consultan en un servicio de urgencias hospitalario (SUH) con ideación o intentos autolíticos.

- Ponderar los factores de riesgo protectores, involucrados en la atención de pacientes con ideación o intentos de suicidio en el SUH.
- Conocer el destino de estos pacientes y su evolución en términos de revisitas a urgencias tras el evento índice (consulta por ideación o intento autolítico).

## **4 MATERIAL Y MÉTODOS**

### **4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se planteó un estudio observacional, descriptivo, transversal de tipo retrospectivo, mono céntrico.

Se reclutaron aquellos pacientes mayores de 14 años cuyo motivo de consulta urgente fue la ideación o intento autolítico manifestado a su llegada al triaje del Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Valladolid entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2023.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes del estudio se ajustó a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Además, previo al comienzo del proyecto se diseñó un protocolo de estudio y se solicitó el permiso necesario para llevar a cabo el proyecto al Comité Ético de Investigación de Medicamentos de las Áreas de Salud de Valladolid, con dictamen favorable el 25 de abril de 2024 (**Referencia CEIm: PI-24-293- C TFG**)

### **4.2 PARTICIPANTES**

La población objeto de estudio se obtiene de los pacientes que acuden al servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario de Valladolid de la red SACyL.

#### **4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Se utilizó el sistema informático Jimena para recoger los datos de los pacientes y los informes correspondientes de su estancia en Urgencias y en el Hospital Clínico de Valladolid, así como los datos del gestor informático de admisión hospitalaria HP-HISS.

Fueron incluidos aquellos mayores de 14 años en cuyas historias clínicas, codificadas por el servicio de admisión/documentación del HCUV, presentaban los diagnósticos de ideación suicida o intento de suicidio clasificados según la CIE 10 (ver tabla Anexo 2).

Por otra parte, existen pacientes que se codifican con un diagnóstico principal diferente (Ver Tabla Anexo 3) en los que la ideación o el intento se recogen en un segundo o tercer diagnóstico. Para evitar pérdidas o adjuntar datos de pacientes que estuvieran mal codificados, se han filtrado los diagnósticos principal y secundarios con las palabras “suicidio”, “suicida”, “autolítico”, “autolesivo”, “autolesión” y “envenenamiento por fármacos”.

En cuanto al diagrama de flujo, se excluyeron 35 pacientes codificados como intentos/ideación que luego resultaron en otros diagnóstico. Ejemplos de esto son “desintoxicación alcohólica”, “alteraciones conductuales”, “efectos adversos de medicación / drogas”, “neuralgias”, “síncope”, ... sin que se pudiera documentar ideación o intento suicida.

También se excluyeron las historias que no contenían la información suficiente que permitiese la realización de las escalas.

### **4.3. INTERVENCIÓN**

La variable dependiente fue la gravedad de la ideación / intento autolítico entendida como la necesidad de ingreso en planta de psiquiatría de agudos o de estancia en la unidad de observación de Urgencias.

Se recogieron un total de 26 variables entre las que se encuentra aquellas que conforman las escalas SPS y mSPS.

El resto se pueden dividir en las siguientes categorías: factores sociodemográficos, antecedentes personales, variables relacionadas con el intento y que constituyen factores de riesgo o factores protectores, variables de destino y retorno a Urgencias.

A continuación, se presentan enumeradas todas las variables y el motivo por el cual se le asignaba la puntuación de 1:

1. EDAD: si el paciente era menor de 19 años o mayor de 45.
2. SEXO: si el paciente era de sexo masculino.
3. MIEMBRO DEL COLECTIVO LGTBIQ+: si pertenecía al colectivo.
4. FALTA DE ENTORNO SOCIAL: si falta de entorno social.
5. NO PAREJA: si no tenía pareja estable en el momento actual.
6. TRABAJO: si trabajaba o estudiaba en el momento del intento.
7. ESTRÉS LABORAL: si asociaba un estrés a dicho trabajo/estudios.
8. ESTRÉS FAMILIAR: si paciente con relaciones familiares que le sometían a una situación de estrés.

9. NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO: si el nivel socioeconómico del paciente era bajo.
10. RESIDENCIA: en este caso no se asignó ninguna puntuación, solo se recalcó si la residencia del paciente era en medio urbano o rural.
11. ANTECEDENTES DE DEPRESIÓN: si el paciente tenía antecedentes de depresión.
12. INTENTO AUTOLÍTICO PREVIO: si en la historia del paciente había intentos autolíticos previos al actual.
13. CONSUMO DE ALCOHOL: si el paciente abusa del consumo del alcohol.
14. INTOXICACIÓN EN URGENCIAS: si en urgencias se hallaron signos de intoxicación en el paciente.
15. ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD FÍSICA: si el paciente tenía antecedentes de enfermedad física.
16. MALTRATO: si el paciente había sido o era víctima de maltrato: previo o actual.
17. DISCAPACIDAD PSICOFÍSICA: si el paciente presentaba alguna discapacidad psicofísica.
18. ANTECEDENTES FAMILIARES DE INTENTO AUTOLÍTICO: si algún familiar había cometido algún intento autolítico previo al del paciente.
19. TRIAJE: todo paciente que acude a urgencias es asignado un número del 1 al 5 en función de la severidad del paciente y la prioridad con la que debería ser asistido. En este caso tampoco se puso puntuación, simplemente se anotó el número de triaje.
20. CONSTANTES ALTERADAS: todo paciente en el cual una o más de las siguientes constantes se viese alterada: TAS<100; TAD<50; FC<50 o >100; FR>24; Sat<93; T<sup>a</sup> <35 o >37,5 ; ECG<15.
21. PLAN ORGANIZADO: si el acto autolítico había sido premeditado.
22. PLAN FUTURO DE SUICIDIO: si el paciente comunicaba una idea de repetir el acto autolítico en un futuro.
23. GRAVEDAD: el ingreso se utilizó como medida de gravedad, si el paciente era ingresado recibía una puntuación de 1.
24. EXITUS: si exitus.
25. REVISITA URGENICAS AL MES: si volvía a acudir a urgencias en un plazo de 30 días.
26. REVISITA A URGENCIAS AL AÑO: si el paciente revisitaba el servicio de urgencias en el plazo de 1 año.

Una vez recogidas las variables se procedía al cálculo de las dos escalas: [13]

<b>Escala SAD PERSONS</b>	
<b>Variable</b>	<b>Puntuación</b>
Sexo (hombre)	1
Edad (<19 o >45)	1
Depresión	1
Intento autolítico previo	1
Consumo excesivo de alcohol	1
Pérdida del pensamiento racional	1
Falta de apoyo social	1
Plan organizado de suicidio	1
Sin pareja estable	1
Enfermedad somática	1
<b>Puntuación total obtenida y riesgo asociado</b>	
0-2 puntos: Sin riesgo.	
3-4 puntos: Riesgo bajo.	
5-6 puntos: Riesgo medio.	
7- 10 puntos: Riesgo alto.	

**Figura 1** Escala SAD PERSONS y el riesgo de suicidio asociado según su puntuación

<b>Escala Modificada SAD PERSONS</b>	
<b>Variable</b>	<b>Puntuación</b>
Sexo (hombre)	1
Edad (<19 o >45)	1
Depresión	2
Intento autolítico previo	1
Consumo excesivo de alcohol	1
Pérdida del pensamiento racional	2
Falta de apoyo social	1
Plan organizado de suicidio	2
Sin pareja estable	1
Plan futuro de suicidio organizado	2
<b>Puntuación total obtenida y riesgo asociado</b>	
0-5 puntos: Bajo riesgo.	
6-8 puntos: Riesgo moderado.	
9-14 puntos: Riesgo elevado.	

**Figura 2** Escala mSAD PERSONS y el riesgo de suicidio asociado la puntuación total

#### **4.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Los datos recogidos de los pacientes se almacenaron en una base de datos de Microsoft Excel 16.85 (Microsoft Inc., Redmond, WA. USA), y SPSS versión 20.0. (IBM, Armonk, NY. USA), que también fueron utilizados para el análisis.

Las variables cuantitativas se describieron como medias y desviación estándar (DS) y las variables cualitativas se describieron como frecuencias absolutas y sus porcentajes. (%)

En todos los test se estableció un nivel de confianza del 95% con un p-valor de menos de 0,05 para ser considerado significativo.

Los datos se presentan de acuerdo con los estándares del Reporting Diagnostic Accuracy 2015 Statement [14].

El test de la U de Mann Whitney se utilizó para comparar variables cuantitativas. El test de la Chi al cuadrado y las tablas de contingencia 2x2 se utilizaron para determinar la asociación o relación de dependencia entre variables cualitativas.

La capacidad de discriminación de las escalas se valoró mediante el área bajo la curva (ABC) de la característica operativa del receptor (COR), calculando en cada caso el valor p del contraste de hipótesis.

### **5 RESULTADOS**

Se han analizado todas las variables independientes recogidas de cada paciente (Anexo 5), y su asociación con la gravedad clínica, la variable dependiente (Anexo 4).

#### **5.1 ESTUDIO DE LA MUESTRA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS**

De los pacientes que consultaron el servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Valladolid en los meses comprendidos entre el 01 de enero de 2023 y el 30 de junio de 2023, 219 fueron los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión para poder ser estudiados. De estos pacientes un 63,01% fueron mujeres y un 36,99% fueron hombres, con una edad media de 40,18.

De todos estos pacientes un 31,96% fueron ingresados debido a la considerada gravedad clínica tras la valoración médica, mientras que al 68,04% no se consideró necesario (a excepción de un 3,20% que solicitaron el alta voluntaria). Entre los casos graves, se observó que las mujeres tienen significativamente más probabilidad de ser casos graves que

los hombres ( $p < 0,001$ ). El factor del sexo, en este caso el ser mujer, aumenta la probabilidad de que se trate de un caso grave tres veces más que si fuese hombre (OR 3,22). La edad media mostró también una diferencia significativa ( $p = 0,039$ ) en relación con la gravedad, siendo la edad media mayor en los casos graves (45 años) que en los no graves (35 años). La falta de entorno social también es un factor de riesgo significativo dentro de los casos graves ( $p < 0,001$ ).

Entre las variables estudiadas se encuentran dos que se consideraron factores protectores, estas son el trabajo y la residencia en medio rural. En los pacientes que en el momento del intento autolítico estaban activos laboralmente se observó que pertenecían mayoritariamente al grupo de casos no graves, con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). De la misma forma, aquellos pacientes que residían en el medio rural formaban parte de los casos no graves ( $p = 0,011$ ). En ambas variables se obtuvo una odds ratio menor de 1, demostrando así la asociación negativa entre el trabajo (OR 0,293) y la residencia medio rural (OR 0,523) con la probabilidad de pertenecer al grupo de gravedad.

## **5.2 ANTECEDENTES PERSONALES**

En relación con la comorbilidad de los pacientes estudiados, definida como los factores de riesgo para el intento autolítico, un 71,23% de los pacientes presentaban un antecedente de depresión, siendo este significativamente más común en los casos graves ( $p < 0,001$ ). La depresión además de ser un patrón presente en la mayoría de los pacientes con ideación autolítica se ha visto que padecerla aumenta la probabilidad de pertenecer a los casos graves (OR 3,42). Continuando con la importancia del historial psiquiátrico, un intento de suicidio previo también es factor significativamente asociado a los casos graves ( $p = 0,029$ ). Al igual que el consumo excesivo de alcohol, que también está significativamente asociado a los casos graves ( $p = 0,008$ ).

Además de los antecedentes psiquiátricos, aquellos pacientes con enfermedades físicas también están asociadas con casos graves ( $p = 0,04$ ).

En cuanto a antecedentes familiares, solo un 5,94% de los pacientes tenía antecedentes de intentos de suicidio en la familia, sin diferencias estadísticas entre los pacientes clasificados como graves y los no graves.

### 5.3 INTENTO AUTOLÍTICO POR EL QUE ACUDEN A URGENCIAS

Dentro de la muestra estudiada, solo un 9,58% confirmaron tener planificado el acto de suicidio. Pero, dentro de estos pacientes se encontró una fuerte correlación entre la premeditación y la gravedad del intento (OR=16,00) demostrando que aquellos pacientes que tengan un plan organizado son dieciséis veces más probables de pertenecer al caso de pacientes graves, siendo además las diferencias entre los grupos de gravedad estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ). Del mismo modo, aquellos pacientes que expresan ideas de cometer o volver a intentar el acto en un futuro incrementan drásticamente la probabilidad de ser un caso grave, visto por la asociación positiva reflejada en la odds ratio de 44,20.

### 5.4 LLEGADA A URGENCIAS

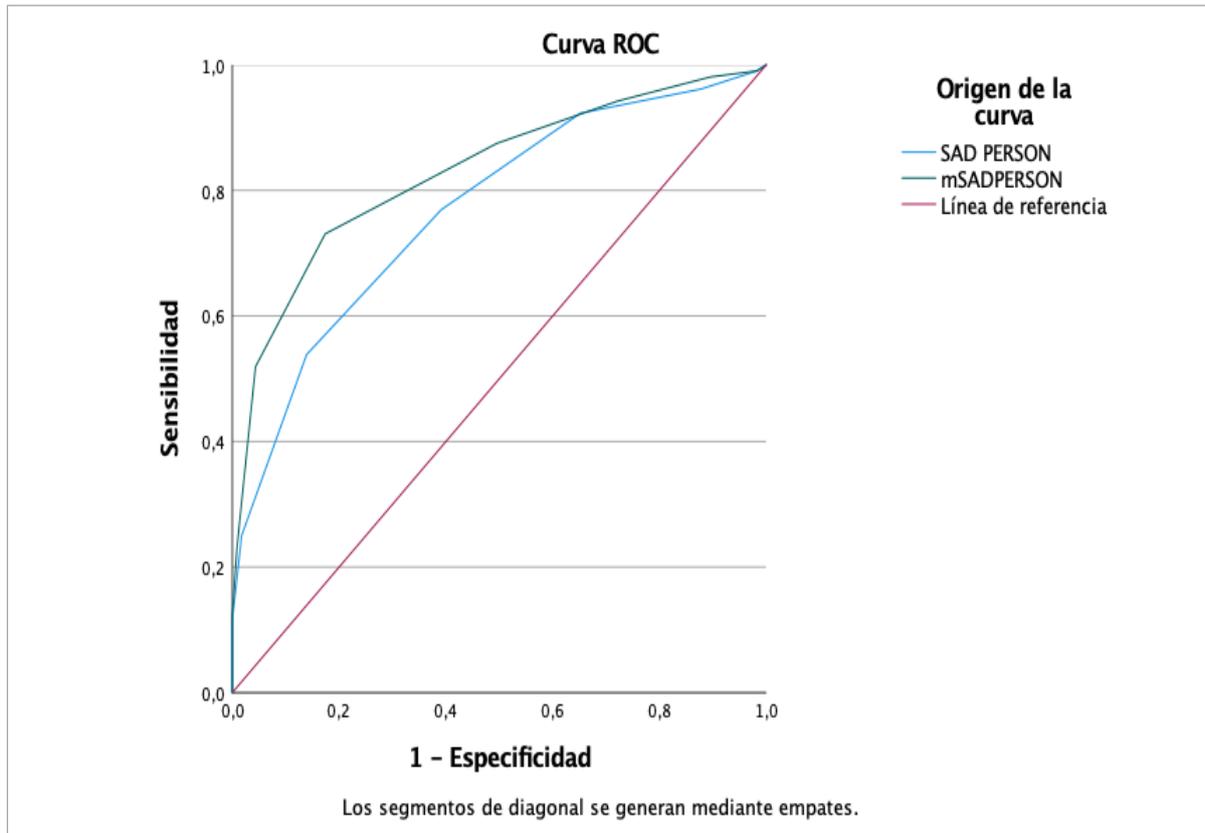
De 219 pacientes, 112 de ellos, es decir un 51,14%, fueron trasladados al servicio por el 112, siendo la mayoría referidos por un facultativo (75,8%) pero ninguna de estas dos variables mostró diferencias significativas entre aquellos pacientes clasificados según su gravedad clínica.

En relación con la prioridad asignada en el triaje de urgencias, la mayoría, un 73,97%, fueron clasificados como un III.

### 5.5 ESCALAS SAD PERSONS Y mSAD PERSONS

Escalas de riesgo	Área bajo la curva	Desviación estándar	Significación asintótica	95% de intervalo de confianza asintótico
SAD PERSONS	0.769	0.032	0	[0.707, 0.831]
mSADPERSONS	0.830	0.028	0	[0.775, 0.885]

**Figura 3** Tabla de análisis de escalas de riesgo para la predicción del suicidio

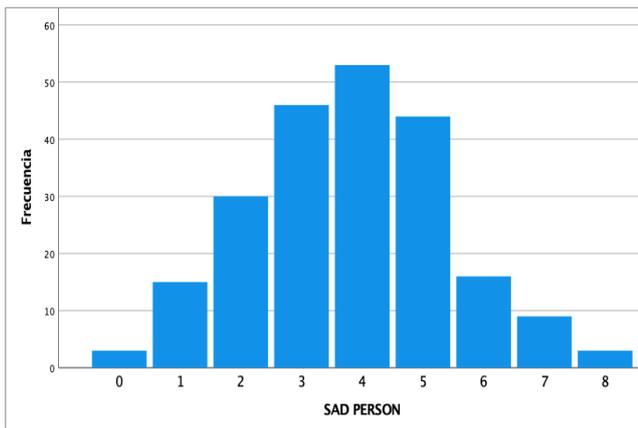


**Figura 4** Gráfico de curvas ROC para las escalas de riesgo SPS y MSPS

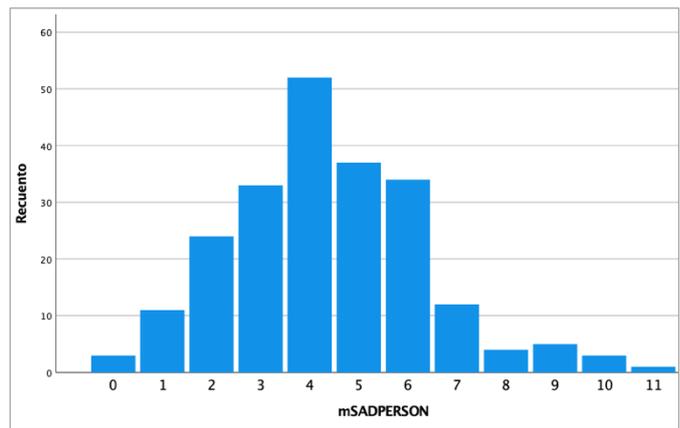
El área bajo la curva (ABC) de 0.769 para la escala SAD PERSONS sugiere una buena capacidad discriminadora y por ello es útil a la hora de distinguir entre individuos con alto y bajo riesgo de suicidio. El intervalo de confianza [0.707, 0.831] apoya que la verdadera capacidad de discriminación de la escala está dentro del rango.

En el caso de la SAD PERSONS modificada, el ABC de 0.830 indica que es aún mejor en la discriminación entre los estados de gravedad, y es por ello mejor la distinción que hace entre individuos de alto y bajo riesgo. En este caso, el intervalo de confianza [0.775, 0.885] también es indicativo de una alta precisión en esta estimación.

Además, los valores de la desviación estándar, al ser bajos, representan estimaciones más precisas.



**Figura 5** Gráfico que muestra la distribución de puntuaciones en la escala SAD PERSONS entre los individuos evaluados.



**Figura 6** Gráfico que muestra la distribución de puntuaciones en la escala mSAD PERSONS entre los individuos evaluados.

En los gráficos observamos una distribución similar de puntuaciones, con un pico claro en torno a 4 en ambos casos. La mayoría de los individuos evaluados tienen puntuaciones moderadas, lo que podría indicar un riesgo moderado de suicidio según estas escalas. En el caso de la mSAD PERSONS la puntuación máxima es de 14, y no hubo ningún paciente que obtuviese esta puntuación, lo máximo observado en el estudio fue una puntuación de 11 en un único paciente.

La similitud en las distribuciones en ambos sugiere que ambas escalas son consistentes entre sí y útiles para evaluar el riesgo de suicidio en la población estudiada.

## **6 DISCUSIÓN**

En este trabajo se consideraron diferentes factores en la evaluación del riesgo de suicidio en pacientes que acuden a urgencias. El comportamiento suicida es multifactorial y no puede atribuirse únicamente a la presencia de ciertos factores de riesgo. Aunque se observa una correlación entre varios factores de riesgo y el aumento del comportamiento suicida, esto no implica una causalidad directa. Es esencial considerar la interacción de múltiples factores y la individualidad de cada caso para comprender mejor este comportamiento complejo.

Inicialmente, solo se incluyeron antecedentes de suicidio, pero la revisión de las historias clínicas reveló la presencia de otros antecedentes psiquiátricos familiares. Según

estudios previos, la presencia de patologías psiquiátricas en la familia puede aumentar significativamente el riesgo de suicidio en el individuo. Esta omisión en la recogida de datos sugiere la necesidad de una evaluación más exhaustiva que incluya todos los antecedentes psiquiátricos familiares, ya que estos también influyen considerablemente en el riesgo de suicidio.

Contrario a la literatura existente, los hombres no mostraron mayor gravedad en los intentos de suicidio en comparación con las mujeres en nuestra muestra. Aunque los hombres son generalmente un grupo de alto riesgo, los resultados sugieren que las mujeres que intentan suicidarse pueden presentar más gravedad al llegar a urgencias. Esto podría explicarse porque más mujeres intentan suicidarse, pero más hombres lo consiguen, resultando en menos hombres graves atendidos en urgencias. Otra explicación posible es que las mujeres tienden a buscar más ayuda médica y emocional en comparación con los hombres, lo que podría llevar a una mayor tasa de consultas en urgencias tras un intento de suicidio.

La edad también mostró ser un factor importante, ya que los pacientes mayores tendían a presentar intentos más graves, un hallazgo consistente con la literatura que sugiere que los adultos mayores enfrentan un mayor riesgo debido a factores acumulativos de vida y posibles enfermedades crónicas.

Además, la depresión y los antecedentes psiquiátricos, incluidos los intentos previos de suicidio, fueron significativamente más comunes en los casos graves, subrayando la importancia de estos factores en la evaluación del riesgo. El alcoholismo se identificó como otro factor de riesgo significativo, apoyando estudios previos que indican una fuerte relación entre el abuso de sustancias y el comportamiento suicida. La intoxicación fue uno de los métodos más comunes de intento de suicidio entre los pacientes estudiados. La falta de un entorno social adecuado también se correlacionó con intentos más graves, lo que destaca la necesidad de apoyo social en la prevención del suicidio.

En el estudio, el empleo y la residencia en áreas rurales se identificaron como factores protectores. El trabajo puede actuar como una distracción, proporcionando menos tiempo para contemplar el suicidio. La residencia en áreas rurales apareció como un factor protector, lo cual puede estar vinculado al mayor apoyo social y comunitario en comparación con las áreas urbanas.

En cuanto a la estancia en urgencias, la media de tiempo de estancia en urgencias fue de aproximadamente 7,7 horas, con la posibilidad de que los casos menos graves requirieran menos tiempo de observación. Este hallazgo sugiere que la gravedad del caso podría influir en la duración de la estancia en urgencias. Los casos graves son ingresados en menos tiempo, mientras que los casos dudosos se benefician de estar en observación y recibir un análisis crítico de lo sucedido, lo que explica su estancia prolongada.

El triaje en urgencias no mostró discriminación efectiva entre pacientes que requirieron ingreso y aquellos que no, posiblemente debido a un enfoque predominantemente físico. Del mismo modo, no se observaron alteraciones en las constantes vitales que ayudaran a identificar pacientes con mayor riesgo de suicidio. Por este motivo, podría ser de utilidad la inclusión de escalas de evaluación del riesgo de suicidio en pacientes con sospecha de riesgo elevado, para que puedan ser clasificados adecuadamente en urgencias.

En cuanto al ingreso de los pacientes, cabe recalcar que en algunos casos, los pacientes se negaron al ingreso recomendado, optando por el alta voluntaria. Esta discrepancia entre la percepción del riesgo por parte del médico y del paciente resalta la complejidad de la toma de decisiones en contextos de emergencia.

Finalmente, las escalas de evaluación del riesgo de suicidio, como la SAD PERSONS y la SAD PERSONS modificada, demostraron ser útiles para identificar factores de riesgo clave y orientar las decisiones clínicas sobre la intervención y el seguimiento necesarios. Estas herramientas permiten una evaluación estructurada y sistemática, facilitando la identificación de pacientes en alto riesgo y asegurando que reciban la atención adecuada. Estudios adicionales apoyan la efectividad de estas escalas en diversos entornos clínicos, confirmando su relevancia y utilidad en la práctica médica.

## **7 LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Ciertos aspectos del diseño o la ejecución del estudio, como son, la metodología empleada, el tamaño de la muestra, la representatividad de los participantes, la duración del estudio y ciertos factores externos no controlados pueden haber influido en los resultados y por ello en la interpretación de los hallazgos. A continuación, se reconocerán y discutirán estas limitaciones.

En cuanto al tamaño muestral, se estudiaron 219 pacientes que acudieron a un hospital de Castilla y León. Por tanto, los datos obtenidos están limitados a una población determinada y con un tamaño muestral reducido, estudiar las diferencias en una población mayor y no limitada a un hospital podría conseguir una muestra más representativa. Añadiendo a esta idea, el tiempo de estudio comprendió solo los primeros seis meses de 2023, lo cual limita la capacidad de observar variaciones estacionales o tendencias a lo largo de un periodo más amplio. Un estudio de mayor duración podría permitir una evaluación más precisa de los factores de riesgo y patrones asociados con el comportamiento suicida.

Se identificaron posibles sesgos en la recogida de datos, como la omisión de pacientes que regresaron a urgencias fuera de Castilla y León o que acudieron a diferentes centros dentro de la comunidad. Esto podría afectar la representatividad y exhaustividad de la base de datos utilizada. Además, los pacientes fueron elegidos en base a su clasificación en urgencias, lo que introduce un sesgo de selección adicional.

También podría haber sesgos de información debido a errores en la medición de variables clave, como la omisión de antecedentes psiquiátricos familiares distintos del suicidio. Asimismo, existe la posibilidad de que durante las entrevistas no se preguntara acerca de ciertos factores de riesgo. Esto implica un posible sesgo en los resultados al no considerar todos los factores de riesgo relevantes.

Por último, el sesgo de observador puede ocurrir si la evaluación de la gravedad del riesgo de suicidio depende de la interpretación subjetiva de los médicos, quienes podrían tener diferentes criterios o niveles de experiencia.

## **8 CONCLUSIONES**

Las escalas SAD PERSONS (SPS) y su versión modificada (mSPS) demostraron ser herramientas efectivas para detectar pacientes con ideación o intentos suicidas graves, con una buena capacidad predictiva. Los resultados de este estudio subrayan la necesidad de una evaluación integral del riesgo de suicidio, considerando tanto factores individuales como familiares y contextuales. La implementación de estas escalas de evaluación específicas podría mejorar significativamente la identificación y manejo de los pacientes con alto riesgo en urgencias, siendo herramientas sencillas y útiles para determinar qué pacientes están en mayor riesgo.

El perfil sociodemográfico reveló que las mujeres y personas derivadas por facultativos predominan en los casos graves, con una edad promedio mayor en comparación con los no graves. Factores como la depresión, intentos previos de suicidio, alcoholismo y falta de entorno social se asociaron significativamente con casos graves, mientras que tener un plan organizado aumentó notablemente el riesgo. Según nuestro estudio, aquellos con factores protectores como el trabajo y la residencia en ámbito rural tienen menos riesgo. En contraste, la edad se destacó como un factor clave de riesgo, así como los antecedentes psiquiátricos, que van desde la depresión hasta intentos autolíticos previos.

Respecto al destino de los pacientes, un alto porcentaje de los casos graves requirió ingreso hospitalario, y la tasa de visitas a urgencias en un año fue mayor entre estos pacientes. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un seguimiento continuo y apoyo para pacientes tras su primera consulta en urgencias, enfatizando la importancia de intervenciones tempranas y adecuadas.

## **9 BIBLIOGRAFÍA**

1. OMS. Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimations [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240026643>
2. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025 [Internet]. Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. 2022. Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-prevencion-conducta-suicida-castilla-leon-2021-2.ficheros/2140352-Estrategia%20de%20prevenci%C3%B3n%20de%20la%20conducta%20suicida%20en%20Castilla%20y%20Le%C3%B3n%202021-2025.pdf>
3. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:247-53.
4. Lynch FL, Peterson EL, Lu CY, Hu Y, Rossom RC, Waitzfelder BE, et al. Substance use disorders and risk of suicide in a general US population: a case control study. *Addict Sci Clin Pract* 2020;15:14.
5. Roy A. Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *Journal of Affective Disorders* 2011;130:205-8.
6. Pereira AS, Wilhelm AR, Koller SH, Almeida RMM de. Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. *Ciênc. saúde coletiva* 2018;23:3767-77.
7. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* 2016;387:1227-39.

8. Harmer B, Lee S, Rizvi A, Saadabadi A. Suicidal Ideation [Internet]. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 2024 april 29]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>
9. 2017\_towardsmhcare\_en\_0.pdf [Internet]. [citado 2024 may 1]; Available from: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-02/2017\\_towardsmhcare\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-02/2017_towardsmhcare_en_0.pdf)
10. Prevención y atención a la conducta suicida [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León [citado 2024 april 25]; Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-atencion-conducta-suicida.ficheros/1110258-PROCESO%20DE%20PREVENCION%20Y%20ATENCIÓN%20DE%20LA%20CONDUCTA%20SUICIDA.pdf>
11. Larkin GL, Beautrais AL. Emergency Departments Are Underutilized Sites for Suicide Prevention. *Crisis* 2010;31:1-6.
12. Miller IW, Camargo CA Jr, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, et al. Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. *JAMA Psychiatry* 2017;74:563-70.
13. Katz C, Randall JR, Sareen J, Chateau D, Walld R, Leslie WD, et al. Predicting suicide with the SAD PERSONS scale. *Depression and Anxiety* 2017;34:809-16.
14. Cohen JF, Korevaar DA, Altman DG, Bruns DE, Gatsonis CA, Hooft L, et al. STARD 2015 guidelines for reporting diagnostic accuracy studies: explanation and elaboration. *BMJ Open* 2016;6:e012799.

## **10 ANEXOS**

### **10.1 ANEXO 1**

Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment (C-CASA): nomenclatura asignada a los comportamientos suicidas :

<b>Categoría</b>	<b>Definición</b>	<b>Comentarios</b>
<b>Suicidio</b>	Un acto auto lesivo fatal con alguna evidencia (implícita o explícita) de que la persona tenía la intención de morir.	
<b>Intento de suicidio (SA)</b>	Un comportamiento potencialmente auto lesivo asociado con al menos algo de intención de morir como resultado del acto.	Algunos intentos de suicidio de jóvenes informan que no tenían la intención de morir; el comportamiento se denomina "parasuicidio".
<b>Ideación suicida activa (SI)</b>	Pensamientos sobre tomar medidas para terminar con la propia vida, incluyendo hacer un plan.	Ideación suicida más específica como haber hecho un plan o tener la intención de actuar se asocia con mayor riesgo de suicidio.
<b>Ideación suicida pasiva</b>	Pensamientos sobre la muerte, o desear estar muerto sin intención de tomar medidas para acabar con la propia vida.	
<b>Auto lesión no suicida (NSSI)</b>	Comportamiento auto lesivo sin intención de morir.	NSSI y SA difieren en términos de motivación, características familiares y psicológicas.
<b>NSSI consiste comúnmente en cortes repetitivos</b>		
<b>Eventos suicidas</b>	La aparición o empeoramiento de SI o un SA real u otro comportamiento suicida.	Este resultado a menudo se usa en ensayos farmacológicos.
<b>Actos preparatorios hacia un comportamiento suicida inminente</b>	Se toman medidas para prepararse para lastimarse, pero no se lleva a cabo el daño.	
<b>Auto daño deliberado (DSH)</b>	Cualquier tipo de comportamiento auto lesivo, incluyendo tanto NSSI como SA.	La combinación de SA y NSSI en una sola categoría puede ser útil en algunos contextos clínicos y de investigación.
<b>No todos los eventos clasificados como SA están motivados por la intención de morir</b>		

## 10.2 ANEXO 2

Tabla de los CIE 10 de pacientes que se incluyeron en el estudio:

CIE	Diagnóstico
	<b>Suicidio (intento de)</b>
Z91.5	Suicidio, historia (personal) de
Z81.8	Suicidio, historia familiar
Z03.8	Suicidio, observación por sospecha de
	Suicidio, por envenenamiento (ver Tabla de medicamentos y productos químicos)
Z91.5	Suicidio, riesgo de
Z91.5	Suicidio, tendencia al
T14.9	Suicidio, trauma NCOP (ver también naturaleza y sitio del traumatismo)
X60	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos
X61	Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte
X62	Envenenamiento a. i. por (exposición a) narcóticos y psicodislépticos, no clasificados en otra parte
X63	Envenenamiento a. i. por (exposición a) otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo
X64	Envenenamiento a. i. por (exposición a) otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados
X65	Envenenamiento a. i. por (exposición a) alcohol
X66	Envenenamiento a. i. por (exposición a) disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores
X67	Envenenamiento a. i. por (exposición a) otros gases y vapores
X68	Envenenamiento a. i. por (exposición a) plaguicidas

<b>X69</b>	Envenenamiento a. i. por (exposición a) otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados
<b>X70</b>	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación
<b>X71</b>	Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión
<b>X72</b>	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta
<b>X73</b>	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga
<b>X74</b>	Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas
<b>X75</b>	Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo
<b>X76</b>	Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas
<b>X77</b>	Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, otros vapores y objetos calientes
<b>X78</b>	Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante
<b>X79</b>	Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo
<b>X80</b>	Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado
<b>X81</b>	Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de objeto en movimiento
<b>X82</b>	Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor
<b>X83</b>	Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados
<b>X84</b>	Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados
<b>X87</b>	Secuelas de lesiones autoinfligidas intencionalmente, agresiones y eventos de intención no determinada
<b>T14.91XA</b>	Intento de suicidio
<b>R45.851</b>	Ideación suicida

### 10.3 ANEXO 3

Tabla de los CIE 10 con diagnósticos secundarios de ideación/intento de suicido:

<b>CIE</b>	<b>Diagnóstico principal</b>
F10.129	Abuso de alcohol con intoxicación
F10.20	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de alcohol
F31.9	Trastorno bipolar, no especificado
F32.9	Trastorno depresivo mayor, episodio único, no especificado
F34.1	Trastorno distímico
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
F41.9	Otros trastornos de ansiedad
F43.23	Trastorno de adaptación
F91.9	Trastornos de conducta
T14.8XXA	Traumatismo de tronco

#### 10.4 ANEXO 4

Tabla de Contingencias. Análisis de los factores asociados a la gravedad de los intentos de suicidio:

	Total	No grave		Grave		p	OR	
		N	%	N	%			
<b>Sexo</b>	Mujer	138	87	39,73%	51	23,29%	<0,001	3,22 (1,819-5,73)
	Hombre	81	28	12,79%	53	24,20%		
<b>Edad</b>		40(24-52)	35	DS 17,8	45	DS 18,99	<0,001	1,904 (1,068-3,394)
<b>Procedencia</b>	Petición propia	51	26	11,87%	25	11,42%	ns	
	Familiar	2	2	0,91%	0	0,00%		
	Facultativo	166	87	39,73%	79	36,07%		
<b>Traslado UME</b>		82	42	19,18%	40	18,26%	ns	
<b>Destino</b>	Alta	143	109	49,77%	34	15,53%	<0,001	2,66 (1,22-5,81)
	Ingreso	64	0	0,00%	64	29,22%		
	Alta voluntaria	7	6	2,74%	1	0,46%		
	Traslado de Hospital	5	0	0,00%	5	2,28%		
<b>Residencia</b>	Urbano	149	81	36,99%	68	31,05%	ns	
	Rural	70	34	15,53%	36	16,44%		
<b>Tipo intento</b>	0	147	51	23,29%	96	43,84%	ns	
	1	78	21	9,59%	57	26,03%		
	2	105	42	19,18%	63	28,77%		
	3	4	1	0,46%	3	1,37%		
<b>Edad</b>	19-45	115	68	31,05%	47	21,46%	0,039	1,75 (1,027-2,99)
	extrema	104	47	21,46%	57	26,03%		
<b>Triaje</b>	1	3	0	0,00%	3	1,37%	ns	Variable ordinal
	2	30	10	4,57%	20	9,13%		
	3	162	92	42,01%	70	31,96%		
	4	17	12	5,48%	5	2,28%		
	5	5	0	0,00%	5	2,28%		
<b>Cts alteradas</b>		75	35	15,98%	40	18,26%	ns	

<b>Depresión</b>	156	69	31,51%	87	39,73 %	<0,001	3,42(1,79- 6,49)
<b>Intento previo</b>	120	55	25,11%	65	29,68 %	0,029	1,81(1,06- 3,12)
<b>OH (alcoholismo)</b>	50	18	8,22%	32	14,61 %	0,008	2,39(1,25- 4,60)
<b>Pérdida del pensamiento racional</b>	6	1	0,46%	5	2,28%	ns	
<b>Plan organizado</b>	21	2	0,91%	19	8,68%	<0,001	16,000 (4,531- 56,499)
<b>Falta entorno social</b>	70	25	11,42%	45	20,55 %	<0,001	2,7(1,52- 4,94)
<b>No pareja</b>	130	64	29,22%	66	30,14 %	ns	
<b>Enf. psicofísica</b>	90	40	18,26%	50	22,83 %	0,04	1,73(1,008- 2,99)
<b>SAD PERSONS</b>	3,37( 1,62)	3,03	DS 1,22	4,61	DS 1,61	<0,001	
<b>Plan futuro</b>	18	0	0,00%	18	8,22%	<0,001	44,200 (5,744- 340,136)
<b>mSAD PERSONS</b>	4,37( 2,00)	3,31	DS 3,31	5,54	DS 4,61	<0,001	
<b>AF suicidio</b>	13	5	2,28%	8	3,65%	ns	
<b>Trabaja</b>	92	64	29,22%	28	12,79 %	<0,001	©
<b>Estrés laboral</b>	86	50	22,83%	36	16,44 %	ns	
<b>Estrés familiar</b>	150	82	37,44%	68	31,05 %	ns	
<b>Intoxicación en urgencias</b>	41	18	8,22%	23	10,50 %	ns	
<b>Colectivo LGBTIQ+</b>	4	3	1,37%	1	0,46%	ns	
<b>Nivel Socioeconómico bajo</b>	39	15	6,85%	24	10,96 %	ns	
<b>Discapacidad psicofísica</b>	17	6	2,74%	11	5,02%	ns	
<b>Maltrato</b>	19	13	5,94%	6	2,74%	ns	
<b>Estancia en Urgencias</b>	7,17 (2,40 - 10,0 6)	7,58	DS 7,58	6,72	DS 7,93	ns	
<b>Revisita Urgencias 1 mes</b>	43	28	12,79%	15	6,85%	ns	
<b>Revisita Urgencias 1 año</b>	79	35	15,98%	44	20,09 %	ns	

#### 10.4 ANEXO 5

Tablas de frecuencia y porcentajes de las variables independientes:

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo</b>	Hombres	81	36,99%
	Mujeres	138	63,01%
<b>Edad Crítica</b>	<19 o >45	104	47,49%
	19-45	115	52,51%
<b>Residencia</b>	Urbano	149	68,04%
	Rural	68	31,05%
<b>Constantes alteradas</b>	Sí	75	34,25%
	No	143	65,30%
<b>AP Depresión</b>	Sí	156	71,23%
	No	63	28,77%
<b>AP Intento previo</b>	Sí	120	54,79%
	No	99	45,21%
<b>Consumo excesivo alcohol</b>	Sí	50	22,83%
	No	168	76,71%
<b>Alteración del pensamiento racional</b>	Sí	6	2,74%
	No	213	97,26%
<b>Plan premeditado</b>	Sí	21	9,59%
	No	198	90,41%
<b>Falta de entorno social</b>	Sí	70	31,96%
	No	149	68,04%
<b>No pareja actual</b>	Sí	130	59,36%
	No	89	40,64%
<b>Enfermedad física</b>	Sí	90	41,10%
	No	128	58,45%
<b>Plan futuro de suicidio</b>	Sí	18	8,22%
	No	198	90,41%
<b>Antecedente familiar de suicidio</b>	Sí	13	5,94%
	No	203	92,69%
<b>Trabaja</b>	Sí	92	42,01%
	No	126	57,53%
<b>Estrés laboral</b>	Sí	86	39,27%
	No	132	60,27%
<b>Estrés familiar</b>	Sí	150	68,49%
	No	68	31,05%
<b>Tóxicos</b>	Sí	41	18,72%
	No	178	81,28%
<b>Colectivo LGBTIQ+</b>	Sí	4	1,83%

	No	214	97,72%
<b>Nivel socioeconómico bajo</b>	Sí	39	17,81%
	No	179	81,74%
<b>Discapacidad</b>	Sí	17	7,76%
	No	201	9,78%
<b>Maltrato</b>	Sí	19	8,68%
	No	200	91,32%
<b>Grave</b>	Sí	70	31,96%
	No	149	68,04%
<b>Exitus</b>	Sí	43	19,63%
	No	176	80,37%
<b>Revisita 30 días</b>	Sí	43	19,63%
	No	176	80,37%
<b>Revisita al año</b>	Sí	79	36,47%
	No	139	63,47%
<b>Procedencia Valladolid</b>	Sí	202	-
	No	17	-
<b>Traslado 112</b>	Sí	112	-
	No	-	-
<b>Traslado</b>	Domicilio	143	65,30%
	Ingreso	69	31,51%
	Alta voluntaria	7	3,20%
<b>Procedencia Valladolid</b>	Sí	202	-
	No	17	-

<b>Motivo de consulta a urgencias</b>	<b>Frecuencia</b>
Petición propia	50
Orden facultativa	166
Petición familiar	2
Vacías	1



# ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO: SU UTILIDAD EN LA VALORACIÓN DE PACIENTES QUE CONSULTAN A URGENCIAS CON IDEACIÓN/INTENCIÓN AUTOLÍTICA

Autora: Cayetana González Chamorro Gil, Tutor: Carlos del Pozo Vegas.  
Co-tutora: Ana Gil Contreras  
Facultad de Medicina (UVa) – Servicio de Urgencias (HCUV)



## INTRODUCCIÓN

El comportamiento suicida es un problema **multifactorial** de salud pública. Identificar estos factores es clave para una intervención efectiva, y las **escalas de riesgo** pueden ser útiles para evaluar la gravedad. Implementar este tipo de herramientas en el **servicio de Urgencias** es crucial para mejorar la detección y manejo de pacientes en riesgo.

## OBJETIVOS

- Evaluar el **rendimiento** de las escalas SPS y mSPS para detectar pacientes con ideación o intentos suicidas graves.
- Establecer el **perfil sociodemográfico** de estos pacientes, y reconocer los **factores de riesgo** asociados a intentos/ideaciones suicidas graves, así como los **factores de riesgo protectores**.
- Conocer el destino de estos pacientes y su evolución en términos de **revisitas a urgencias** tras el evento índice (consulta por ideación o intento autolítico).

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio **observacional y retrospectivo**

### PARTICIPANTES:

- Pacientes **mayores de 14**
- Visita al **servicio de urgencias** de HCUV por **intento o ideación autolítica**
- Acuden a urgencias entre el **1 de enero y el 30 de junio de 2023**.

### INTERVENCIÓN:

- La variable dependiente: gravedad del intento o ideación de suicidio.
- Variables independientes: aquellas que conforman las escalas SPS y mSPS.

## CONCLUSIONES

- Las escalas SAD PERSONS (SPS) y su versión modificada (mSPS) son efectivas para identificar pacientes con ideación o intentos suicidas graves.
- Los casos graves fueron principalmente mujeres y personas derivadas por médicos, con una edad promedio más alta que los casos menos graves.
- Factores como la depresión, intentos previos de suicidio, alcoholismo, la falta de apoyo social y tener un plan suicida estructurado están asociados a mayor gravedad.

## RESULTADOS

Se obtuvo y analizó una muestra de 219 pacientes. Un 31,96% de los pacientes que acudieron a urgencias fueron **ingresados**, de los cuales un 20,09% **revisitaron el servicio de Urgencias al año** por el mismo motivo.

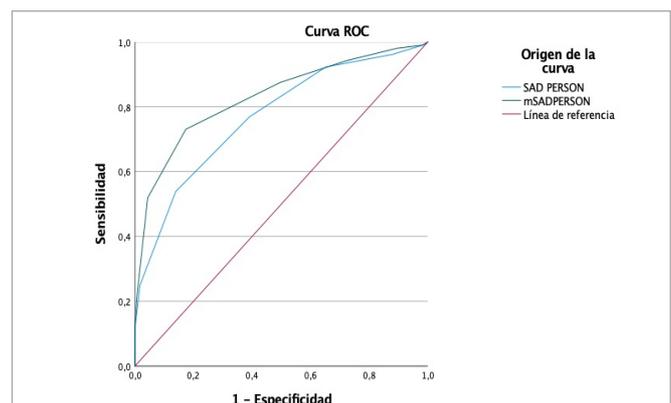
### GRAVES

- Edad media de **45 años**.
- FACTORES DE RIESGO:**
  - **Mujeres** ( $p < 0,001$ ; OR 3,22 (1,819-5,73)) .
  - **Antecedente de depresión** ( $p < 0,01$ ; OR 3,42(1,79-6,49)) .
  - **Intento de suicidio previo** ( $p 0,029$  , OR 1,81(1,06-3,12)) .
  - **Consumo excesivo de alcohol** ( $p 0,008$  , OR 2,39(1,25-4,60)) .
  - **Falta de entorno social** ( $p < 0,001$ ; OR 2,7(1,52-4,94)) .
  - **Premeditación del acto** ( $p < 0,001$ ; OR 16,000 (4,531-56,499)) .
  - **Planificación de un intento futuro** ( $p < 0,001$ ; OR 44,200 (5,744-340,136)) .
  - **Enfermedad física** ( $p 0,04$ ; OR 1,73(1,008-2,99)) .

### NO GRAVES

- Edad media: **35 años**.
- FACTORES PROTECTORES:**
  - **Trabajo** ( $p < 0,001$ ; OR 2,7(1,52-4,94)) .
  - **Residencia en medio rural** ( $p < 0,011$ ; OR 0,523 (0,289-0,947)) .

**Gráfico de curvas ROC para las escalas de riesgo SPS y mSPS:**



## BIBLIOGRAFÍA

