

# PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y MANEJO DE CASO EN PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS  
CONSEJERÍA DE SANIDAD



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

**Fecha:** Marzo 2018

**Edita:** Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental -SESPA-

**Promueve:** Consejería de Sanidad

**D.L.:** AS-01050-2018

**Imprime:** Imprenta Goymar

## **PROTOCOLO DE DETECCIÓN Y MANEJO DE CASO EN PERSONAS CON RIESGO DE SUICIDIO**

Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria UCOSAM

**Fecha:** 2018

**Edición:** 01

**Código:** SM

**Periodo Vigencia:** 3 años

**Próxima revisión:** 2020 o siempre que haya que introducir cambios relevantes a estos contenidos.

**Grupo multidisciplinar e interniveles asistenciales.**



## CONTENIDO

1. Introducción .....	9
2. Objetivos del protocolo .....	11
3. Alcance.....	11
4. Fases del protocolo.....	12
5. Formación específica sobre suicidio .....	12
6. Diseño del circuito de atención a pacientes con riesgo suicida .....	12
7. Valoración socio familiar.....	15
8. Sistema de notificación, registro de tentativas y suicidios consumados .....	15
9. Indicadores .....	16
10. Algoritmos y Anexos .....	17
11. Bibliografía .....	40
12. Glosario de términos.....	42

## **AUTORES:**

### **Coordinación del Protocolo:**

#### **Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental (UCOSAM).**

D. José Ángel Arbesú Prieto. *Médico de Familia. Responsable de UCOSAM*

Dña. Gema Vitos Sánchez. *Enfermera UCOSAM*

Dña. Belén Cuba Vila. *Técnico Jurídico UCOSAM*

Dña. Carmen Solís Sánchez. *Secretaria UCOSAM*

### **Red de Atención Salud Mental y Atención Primaria:**

Dña. Julia Pérez Lanza. *Trabajadora Social*

Dña. Silvia Díaz Fernández. *Enfermera Especialista Salud Mental*

Dña. Tatiana Fernández Álvarez. *Médico de Familia*

D. Juan José Martínez Jambrina. *Psiquiatra*

Dña. Pilar Alejandra Saiz Martínez. *Psiquiatra*

D. Julio Bobes García. *Psiquiatra*

## **REVISORES:**

D. Alberto Gimeno Peón. *Psicólogo Clínico. Presidente de la Sociedad de Psicología Clínica de Asturias.*

Dña. Ana Isabel González López. *Médico Psiquiatra, CTI La Corredoria. Área Sanitaria IV.*

D. Antonio Salmerón Gutiérrez. *Médico. Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a Urgencias y Emergencias Sanitarias.*

D. Antonio Trigo González. *Médico. Responsable Unidad de Coordinación del Programa Marco de Atención a Urgencias y Emergencias Sanitarias.*

D. Bernabé Fernández González. *Médico. Área de Calidad, Dirección General de Planificación Sanitaria. Consejería Sanidad.*

Dña. Blanca de las Heras Azofra. *Médico Psiquiatra.*

D. Celso Iglesias García. *Médico Psiquiatra. Director AGC Salud Mental Área Sanitaria VIII.*

D. César Luis Sanz de la Garza. *Médico Psiquiatra. Presidente de la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental.*

Dña. Elena Llorente Fernández. *Médico. Subdirectora de Atención Sanitaria y Salud Pública. Área Sanitaria III.*

Dña. Emilia Fernández Álvarez. *Médico. Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados SESPA.*

D. José Luis Cuervo Prendes. *Médico. Coordinador del Centro de Salud Pravia. Área Sanitaria III.*

D. José Manuel Usabiaga Bernal. *Médico. Responsable Servicio Urgencias Hospital de Jarrío. Área Sanitaria I.*

D. José María Ledo Cabaleiro. *Médico Familia, Centro de Salud de la Magdalena. Área Sanitaria III.*

D. Juan Antonio Bermúdez Rivera. *Médico Psiquiatra. Área Sanitaria III.*

D. Juan José Fernández Miranda. *Médico Psiquiatra, CTI Montevil. Área Sanitaria V.*

Dña. Laura Muñoz Fernández. *Médico. Dirección General Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad.*

Dña. Macarena Corominas Sánchez. *Médico. Responsable Servicio Urgencias Hospital Universitario de Cabueñes. Área Sanitaria V.*

Dña. Margarita Fernanz Rodrigo. *Coordinadora Trabajo Social HUCA.*

D. Matías Prieto Hernández. *Servicio de Calidad y Gestión Clínica SESPA.*

Dña. Mercedes Pajín Collado. *Médico. Responsable Servicio Urgencias Hospital Universitario San Agustín. Área Sanitaria III.*

D. Pablo García-Arguelles Arias. *Médico. Responsable Urgencias Extrahospitalarias Cangas del Narcea. Área Sanitaria II.*

D. Pedro Caunedo Riesco. *Médico Psiquiatra. Director AGC Salud Mental Área Sanitaria IV.*

D. Ramón Jesús Vilalta Suárez. *Psicólogo. Presidente Colegio de Psicólogos de Asturias.*

D. Ramón Rodríguez González. *Médico. Responsable Servicio Urgencias Hospital Álvarez Buylla. Área Sanitaria VII.*

D. Ricardo de Dios del Valle. *Médico. Subdirector de Atención Sanitaria y Salud Pública. Área Sanitaria IV.*

Dña. Rocío Allande Díaz. *Enfermera. Servicio de Coordinación Asistencial y Cuidados SESPA.*

Dña. Rosario Fernández Flórez. *Enfermera. Dirección General de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad.*

D. Sergio González Ausina. *Periodista.*

Dña. Susana G. Tardón. *Psicólogo Clínico. Directora AGC Salud Mental Área Sanitaria II.*





## Introducción

El suicidio constituye uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública mundial (WHO, 2012). Datos de la Organización Mundial de la Salud (WHO) ponen de manifiesto que más de un millón de personas se suicidan, cada año, en todo el mundo, siendo la tercera causa de muerte en personas de edades comprendidas entre 15 y 44 años. Estas mismas fuentes (WHO, 2012) estiman un incremento, en torno a 1.5 millones, para el año 2020. En los países miembros de la Unión Europea se calcula que mueren cerca de 60.000 personas al año por este motivo (European Comission, 2008).

En España, la situación no es diferente, datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sitúan, desde el año 2008, al suicidio como primera causa no natural de defunción, por encima de las muertes por accidentes de tráfico, y esta situación se mantiene invariable hasta el año 2016 año del que se disponen los últimos datos oficiales con 3.569 muertes por suicidio consumado (907 mujeres y 2662 hombres, INE 2017). Esas mismas estadísticas, demuestran que las tasas de suicidio están relacionadas con el sexo y la edad, siendo más elevadas en varones y en ancianos que en mujeres y jóvenes, respectivamente. No obstante, cabe reseñar que el suicidio es la segunda causa de mortalidad entre los 25 y los 34 años después de los tumores y supone una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos.

Las cifras expuestas sólo representarían la punta de un iceberg, ya que se estima que el número de tentativas suicidas es aproximadamente unas 10-20 veces superior, aunque la carencia de estadísticas nacionales e internacionales precisas impide un adecuado conocimiento de la magnitud real del problema. Hay que tener presente que el cómputo de los intentos de suicidio entraña numerosas dificultades metodológicas: grupo muy heterogéneo de pacientes en relación a aspectos cómo la planificación, el grado de letalidad, la elección del método, la intencionalidad suicida o la utilización de diferentes definiciones de lo que constituye una tentativa suicida (Mittendorfer Rutz y Schmidtke, 2009). Así, numerosos autores señalan una tendencia a la subnotificación en la mayoría de los países, incluida España (Jiménez Treviño et al., 2004).

**El suicidio es un fenómeno complejo de origen multifactorial**, que no se puede atribuir a una sola causa concreta, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales. Los trastornos mentales (especialmente la depresión uni y bipolar y los trastornos por consumo de alcohol) son un importante factor de riesgo de suicidio en Europa y América del Norte.

Los datos disponibles ponen de manifiesto que el mejor factor predictor de riesgo de futuro suicidio consumado en población general es la existencia de Tentativas de Suicidio (TS) previas (Oquendo et al., 2006). Por otra parte, el riesgo de repetición de una TS, tras admisión en un servicio de urgencia hospitalario, es alrededor del 25% (Beautrais, 2004). Por ello, todas aquellas intervenciones dirigidas a la prevención de la repetición de una TS (prevención terciaria), tendrían a priori, un valor preventivo a la hora de disminuir el riesgo de suicidio consumado. Asimismo, los servicios de urgencia hospitalarios constituirían un lugar de prioritaria importancia a la hora de desarrollar e iniciar estrategias efectivas dirigidas a pacientes que acuden por TS (Beaudreaux et al., 2013; Hirayasu et al., 2009). Un reciente meta-análisis llevado a cabo por Inagaki et al., (2015) pone de manifiesto que el contacto activo con los pacientes tras la realización de una TS y la intervenciones que facilitan su seguimiento son efectivas a la hora de reducir el riesgo de repetición dentro de los 12 meses siguientes.

La política en Salud Mental Europea se ha basado, en los últimos años, en dos documentos claves: The Mental Health Declaration (WHO, 2005) y el European Commission Green Paper (2005), que han constituido la base para el desarrollo del European Mental Health Pact (European Commission, 2008) que establece cinco áreas de actuación prioritaria entre las que se incluye la prevención de la depresión y del suicidio. En este sentido, el pacto estimula las siguientes acciones:

- Mejorar la formación de los profesionales de la salud y de los responsables sociales en salud mental.
- Restringir el acceso a potenciales métodos suicidas.
- Poner en marcha medidas que incrementen la concienciación sobre salud mental en la población general, en profesionales de la salud y en otros sectores relevantes.
- Poner en marcha medidas para reducir los factores de riesgo suicida como el consumo excesivo de alcohol, el abuso de drogas, la exclusión social, la depresión y el estrés.
- Facilitar el soporte adecuado para las personas que realizan una tentativa suicida y para aquellos afectados por el suicidio.

De igual modo, en España, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud dentro de su Línea Estratégica 1 (promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental), incluye como uno de sus objetivos generales la prevención del suicidio a través de la realización y evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Con fecha 12 de marzo de 2014, la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados aprobó, por unanimidad de todos los grupos, una proposición no de ley relativa al desarrollo de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio por las instituciones sanitarias, educativas y sociales españolas de acuerdo a las directivas de la Unión Europea y organismos internacionales. Se pretende así mejorar las medidas de prevención del suicidio mediante la “redefinición” de los objetivos y acciones contempladas dentro de la Estrategia de Salud Mental 2009-2013. En el año 2012 el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publica la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida en la cual se apoya este protocolo para la actuación de los profesionales de la salud.

## **Mortalidad por suicidio en Asturias**

Asturias presentó la tasa de mortalidad por suicidio estandarizada más alta de las Comunidades Autónomas españolas entre 2010-2015, tanto en varones como en mujeres. En el contexto europeo, Asturias presenta tasas medias tanto en varones como en mujeres con cifras similares a regiones de Alemania, Dinamarca, Escocia e Irlanda, aunque esos datos llegan sólo hasta 2010.

El número absoluto de suicidios contabilizados en Asturias en el período 2008-2015 fue de 1064 lo que supone una media por año de 133, prácticamente idéntico al total del periodo 2000-2007, antes de la crisis económica que fueron 1058 lo que supone 132 suicidios de media anual. En nuestra Comunidad, el patrón de tasas específicas de suicidio por edad difiere en ambos sexos. En los varones se puede distinguir un primer período hasta los 25 años con tasas bajas, seguidas de un incremento rápido de las tasas hasta los 39 años, una estabilización de las tasas en esos niveles hasta los 64 años y un crecimiento exponencial a partir de los 65 años. En las mujeres el primer período es también de tasas bajas, a partir de los 35 años y hasta los 84 años las tasas mantienen una subida suave y constante, para finalizar incrementándose a más velocidad en el grupo de 85 y más años.

**Para la aplicación de las mejores prácticas clínicas en la atención al paciente con riesgo suicida se seguirán las indicaciones del Grupo de Trabajo: Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.**

## 2. Objetivos del protocolo

- 2.1.** Incrementar la detección precoz de los pacientes con ideación /planificación/ comportamiento suicida en los servicios sanitarios.
- 2.2.** Establecer un abordaje terapéutico multidisciplinar reglado que homogenice la atención clínica durante al menos un año de seguimiento de pacientes en riesgo de suicidio.
- 2.3.** Disminuir la tentativa y la mortalidad por suicidio asociado a causas clínicas.

## 3. Alcance

Protocolo multidisciplinar dirigido a los trabajadores sanitarios implicados en la atención al paciente con riesgo suicida en el Principado de Asturias.

## 4. Fases de construcción del protocolo

- 4.1.** Creación de un equipo multidisciplinar de profesionales involucrados en la atención al paciente con riesgo suicida para la elaboración del presente protocolo.
- 4.2.** Identificación de dispositivos sanitarios asistenciales susceptibles de atender a pacientes con riesgo de suicidio.
- 4.3.** Recogida de datos en historia clínica electrónica: OMI-AP, SELENE y MILLENNIUM (Anexo III)

## 5. Formación y difusión específica sobre suicidio

- 5.1.** Formación dirigida a personal sanitario de Atención Primaria.
- 5.2.** Formación dirigida a personal sanitario de los Servicios de Urgencias.
- 5.3.** Formación dirigida a personal sanitario de la Red de Salud Mental.
- 5.4.** Presentación del protocolo en la red sanitaria asistencial y en medios públicos.



## 6. Diseño del circuito de atención

Coordinación de la actuación entre los diferentes niveles ante la detección de personas con riesgo de suicidio:

### 6.1. Atención Primaria y Servicios de Urgencias de Atención Primaria

- Actuación

### 6.2. Urgencias Hospitalarias

- No ingreso hospitalario
- Ingreso Hospitalario

### 6.3. Centro de Salud Mental (CSM)

- Fase aguda
- Fase subaguda
- Fase de remisión

#### **6.1. Atención Primaria y Servicios de Urgencias de Atención Primaria.**

##### **(Algoritmo 1)**

Es donde se detectan, fundamentalmente, los pacientes con ideación suicida y la mayor parte de los intentos autolíticos.

#### **Actuación: Evaluación del riesgo suicida**

##### **6.1.1. Atención Primaria.**

Es necesaria una evaluación clínica centrada en la naturaleza, frecuencia, intensidad, profundidad, duración y persistencia de la ideación suicida.

La evaluación clínica determinará la actitud a tomar ante el paciente con riesgo suicida.

Para su registro en la HCE, en OMI, se abrirá el episodio código CIAP P77.01:Riesgo de suicidio (ideas, planes, conducta). Se abrirá el protocolo para cumplimentar: ESCALA MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL RIESGO DE SUICIDIO (**Anexo I**).

Para el seguimiento por el Médico de Atención Primaria del paciente en protocolo por riesgo suicida se realizará mensualmente:

ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL PARA GRAVEDAD DE RIESGO SUICIDA (Clínica Global Impression for Severity of Suicidality, CGI-SS) (**Anexo II**).

##### **6.1.2. Servicios de Urgencias de Atención Primaria.**

En caso de detectar ideación o tentativa suicida se derivará a Médico de Atención Primaria o al Servicio de Urgencias Hospitalarias según riesgo detectado.

## **6.2. Urgencias Hospitalarias. (Algoritmo 2)**

En las Urgencias Hospitalarias, tras evaluación clínica ante pacientes con ideación, planificación y/o conducta suicida, se cumplimentará la “ESCALA MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL RIESGO DE SUICIDIO” (**Anexo I**).

Así mismo se abrirá en la Historia Clínica la MARCA “RIESGO de SUICIDIO” (**Anexo III**).

\* En las Urgencias Hospitalarias del Área IV la cumplimentación de la “ESCALA MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL RIESGO DE SUICIDIO” enviará automáticamente un aviso al “Centro de Mensajería”.

### **6.2.1. No ingreso hospitalario.**

Desde los Servicios de Urgencias, al alta del paciente, se realizará petición de consulta al Centro de Salud (CS) correspondiente. Desde donde será derivado de forma preferente al Centro Salud Mental (CSM) de referencia.

### **6.2.2. Ingreso hospitalario en unidades de agudos.**

Si el paciente no está ingresado en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) se solicitará interconsulta a Salud Mental.

Al alta de la Unidad de Hospitalización se solicitará consulta al CSM de referencia para continuar en el protocolo.

## **6.3. Centro de Salud Mental. (Algoritmo 3)**

### **Seguimiento específico**

Valoración del riesgo suicida y tratamiento multidisciplinar en los Centros de Salud Mental en un plazo no superior a 10 días desde la petición de consulta. Se recomienda contacto telefónico en días previos a la cita.

Cada paciente tendrá un responsable de su seguimiento, que implica una frecuencia de contactos que permitan la evaluación e intervención terapéutica a través de un periodo de seguimiento de doce meses dividido en tres fases: aguda, subaguda y remisión, con valoraciones específicas al final de cada una que respalden el paso de una a otra.

En la primera visita se propone la participación de dos profesionales que se pueden alternar en las siguientes. En caso de no recuperación al año de seguimiento, el paciente seguirá en el protocolo.

En el caso de que el paciente no tuviera Historia Clínica en Salud Mental y no acudiera a la cita establecida, desde el CSM se contactará telefónicamente. Si su decisión fuera no acudir se suprimirá la “Marca” de riesgo de suicidio de la HCE.


Para valorar el nivel de riesgo suicida se cumplimentará:

ESCALA MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL RIESGO DE SUICIDIO (**Anexo I**) y la ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL PARA GRAVEDAD DE RIESGO SUICIDA (Clínica Global Impression for Severity of Suicidality, CGI-SS) (**Anexo II**)

#### **6.3.1. Fase aguda: primer mes de seguimiento**

- 1ª cita (antes de 10 días). Psiquiatra /Psicólogo Clínico y Enfermería
- Según valoración clínica recomiendan citas cada 1-2 semanas durante el primer mes de seguimiento.
- 4ª semana: Evaluación específica para paso a siguiente fase.

#### **6.3.2. Fase subaguda: hasta el tercer mes de seguimiento**

- 
- Se recomiendan citas cada dos semanas durante el segundo y tercer mes de seguimiento.
  - Evaluación específica para paso a siguiente fase.

#### **6.3.3. Fase remisión: hasta los 12 meses**

- Cita mensual hasta el año de seguimiento
- Dependiendo de la evolución clínica, el responsable del caso determinará la salida o continuidad en el protocolo.
- Si se produce la salida del protocolo, se registrará el motivo clínico y se suprimirá la marca.

*NOTA. A los 6 meses de seguimiento subir informe de situación clínica a HUP.*

#### **6.4. Registro clínico**

La valoración clínica en cada cita y especialmente en cada fase del proceso implica el registro en HCE de la situación del paciente y de las decisiones tomadas por cada miembro del equipo multidisciplinar. (**Anexo III**)

## 7. Valoración socio familiar

Si hubiera factores sociales relevantes, se realizará, desde el Servicio correspondiente, solicitud de consulta a Trabajo Social.

**7.1.** Si el caso se va a seguir desde Atención Primaria, la petición se efectuará a Trabajo Social de Atención Primaria.

**7.2.** Si el caso se ubica en ámbito Hospitalario, la petición de consulta se efectuará a Trabajo Social del Hospital.

**7.3.** Continuidad de atención. Para pacientes que se trasladan a otros dispositivos asistenciales:

- Información /Autorización paciente/familia sobre la notificación al Trabajador Social del nivel correspondiente.
- Coordinación telefónica entre niveles y traslado de información sobre el caso. Informe social.
- Comunicación al resto del equipo multidisciplinar de los aspectos relevantes y acciones emprendidas.

## 8. Sistema de notificación y registro de tentativas y suicidios consumados

Se implementará una sistemática de notificación y registro de suicidios consumados de pacientes atendidos en el Principado de Asturias.



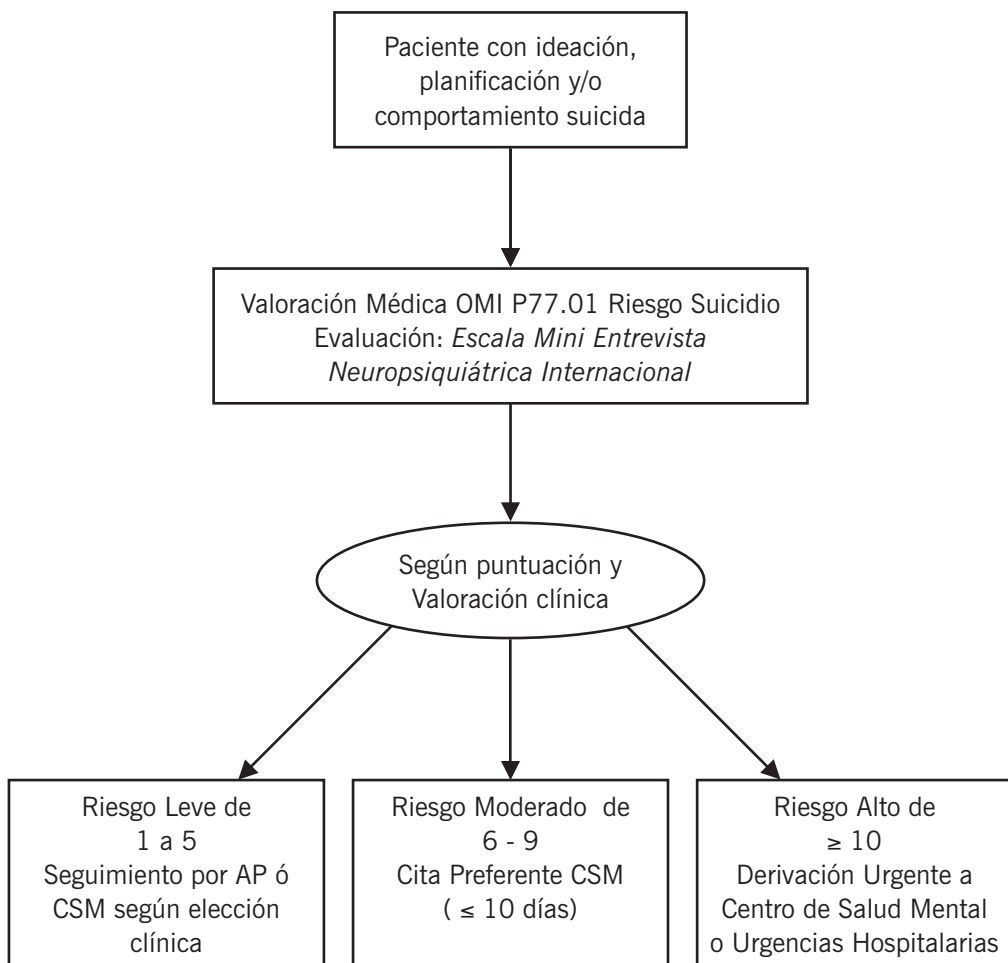
## 9. Indicadores: (anexo IV)

Índice de pacientes con riesgo de suicidio que acuden al servicio de urgencias hospitalarias en el periodo evaluado en relación al mismo periodo del año anterior.
% de pacientes con tentativa de suicidio ingresados desde los servicios de Urgencias de los hospitales en Unidades de Agudos
% de pacientes con tentativa de suicidio derivados a CSM desde los servicios de Urgencias de los hospitales en el periodo evaluado.
% de pacientes atendidos en CSM en 10 días o menos desde la derivación.
% de pacientes incluidos en el protocolo de atención en riesgo suicida que abandonan el protocolo antes del año
% de pacientes atendidos por riesgo suicida con suicidio consumado en el periodo evaluado
% de pacientes con riesgo suicida incluidos en protocolo con suicidio consumado en el periodo evaluado
% de pacientes con riesgo suicida que habían abandonado el protocolo con suicidio consumado en el periodo evaluado
% de pacientes con riesgo suicida incluidos en protocolo con alta clínica antes de 1 año
% de pacientes con nuevas tentativas de suicidio en pacientes con riesgo suicida incluidos en protocolo
% de profesionales por niveles que reciben formación específica en el año

# 10. Algoritmos y Anexos

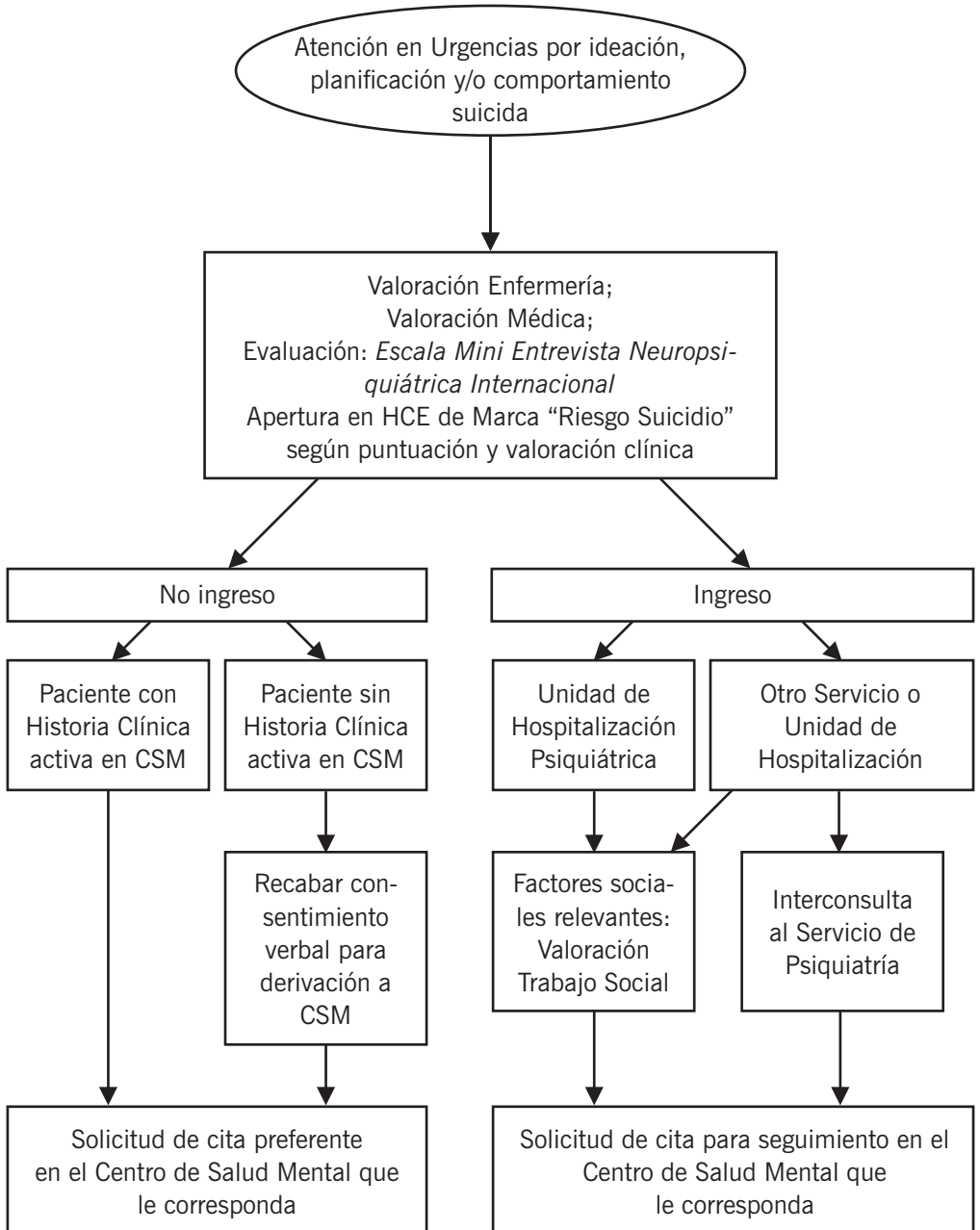
## ALGORITMO 1

### ATENCIÓN PRIMARIA Y SERVICIOS DE URGENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA



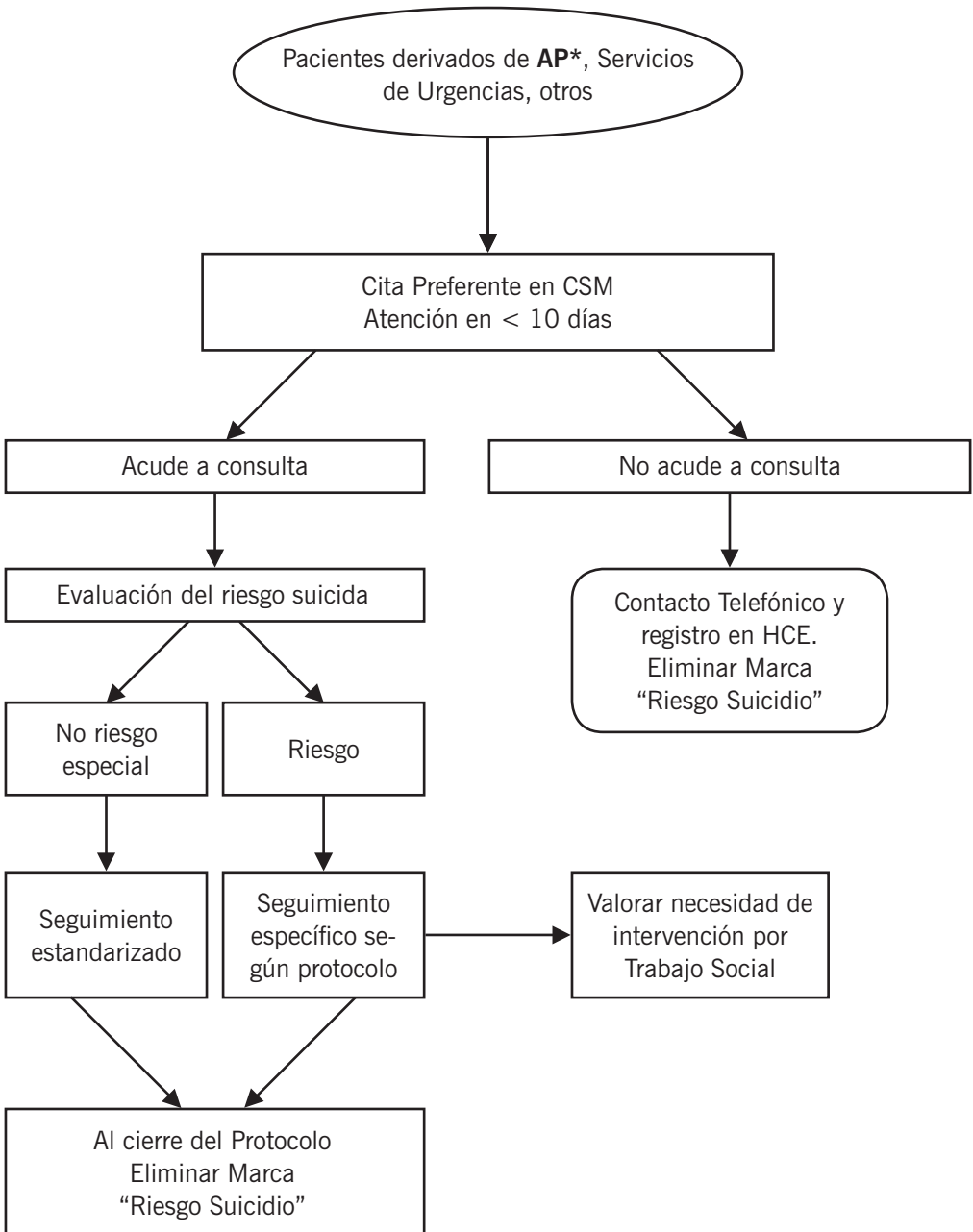
## ALGORITMO 2

### ATENCIÓN EN SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS



### ALGORITMO 3

#### PLAN DE SEGUIMIENTO EN CSM



\*En los pacientes derivados directamente desde AP, al ser vistos en CSM, abrir Marca.

## ANEXO I: ESCALA MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL RIESGO DE SUICIDIO

**C. Riesgo de suicidio**

Durante este último mes:		Puntos:	
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SI 1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SI 2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SI 6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SI 10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SI 10
A lo largo de su vida:			
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI 4

¿CODIFICÓ SI EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

NO	SI
<b>RIESGO DE SUICIDIO</b>	
1-5 puntos Leve	<input type="checkbox"/>
6-9 puntos Moderado	<input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos Alto	<input type="checkbox"/>

SI SI, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)  
 RODEAR CON UN CÍRCULO «SI» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

## ANEXO II: ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL PARA GRAVEDAD DE RIESGO SUICIDA (CGI-SS)

Se trata de una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del riesgo suicida y sobre el cambio experimentado por el paciente respecto al estado basal. Consta de dos subescalas que evalúan respectivamente:

### 1. Gravedad del Riesgo Suicida (Consulta inicial)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad del riesgo suicida en el momento actual?

- 1-No suicida
- 2-Ligeramente suicida
- 3-Moderadamente suicida
- 4-Gravemente suicida
- 5-Tentativa suicida

- La gravedad del cuadro clínico: un único ítem que valora la gravedad del riesgo suicida utilizando puntuación tipo Likert de 5 valores (1. no suicida; 2. ligeramente suicida; 3. moderadamente suicida; 4. gravemente suicida y 5. tentativa suicida).

### 2. Mejoría de la Gravedad del Riesgo Suicida (Consultas sucesivas)

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos en relación a la gravedad del riesgo suicida?

- 1-Muy marcada mejoría
- 2-Marcada mejoría
- 3-Muy leve mejoría
- 4-Sin cambios
- 5-Mínimo empeoramiento
- 6-Marcado empeoramiento
- 7-Muy marcado empeoramiento

- El cambio del riesgo suicida debido a las intervenciones terapéuticas: un único ítem que valora el cambio experimentando utilizando una escala tipo Likert de 7 valores que van desde 1 (mejoría muy marcada) hasta el 7 (empeoramiento muy marcado).

- Es un instrumento heteroaplicado.

## ANEXO III: Registros en HCE: OMI-AP

EVALUACIÓN RIESGO SUICIDA | DERIVACIÓN | SEGUIMIENTO AP |

UTILIZAR EN TODOS LOS DIAGNÓSTICOS DE E. MENTAL, SOBRE TODO:  
DEPRESIÓN, T. MENTAL GRAVE, T. DE PERSONALIDAD, TOXICOMANÍAS

ESCALA MINIENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL RIESGO DE SUICIDIO

DURANTE ESTE ÚLTIMO MES:

		PUNTOS
¿HA PENSADO QUE ESTARÍA MEJOR MUERTO, O HA DESEADO ESTAR MUERTO?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	1
¿HA QUERIDO HACERSE DAÑO? .....	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	2
¿HA PENSADO EN EL SUICIDIO? .....	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	6
¿HA PLANEADO CÓMO SUICIDARSE? .....	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	10
¿HA INTENTADO SUICIDARSE? .....	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	10

A LO LARGO DE SU VIDA:

¿ALGUNA VEZ HA INTENTADO SUICIDARSE? .....	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	4
--	---	---

¿CODIFICÓ SI EN AL MENOS UNA RESPUESTA? .....  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, sume el total de puntos, para especificar el nivel de riesgo de suicidio.

RESULTADOS ESCALA

A/ 1-5 ptos. LEVE. Seguimiento AP/CSM  
 B/ 6-9 ptos. MODERADO. PREFERENTE CSM 10 días máx  
 C/ 10 o más ptos ALTO. URGENTE a CSM O URG HOSPITAL

Guía Nacional Atención Suicidio

Factores de riesgo de conducta suicida

Aceptar Cancelar

EVALUACIÓN RIESGO SUICIDA | DERIVACIÓN | SEGUIMIENTO AP |

URGENTE, A CENTRO HOSPITALARIO

- Ideaación suicida grave o riesgo alto: ideas de muerte recurrentes, todos los días, la mayor parte del tiempo. Plan definido e inmediato con medios para llevarlo a cabo.
- Intento autolítico con lesiones no susceptibles de tratamiento en AP
- Intento autolítico con reducción del nivel de conciencia, letargia o agitación

URGENTE, A CTAS EXTERNAS SALUD MENTAL

- Ideaación suicida moderada o riesgo medio: ideaación y planificación suicida elaborada pero no inmediata
- Trastorno mental grave
- Intentos previos
- Conducta suicida reciente
- Situación sociofamiliar de riesgo o falta de apoyo
- Dudas sobre el riesgo de repetición

PREFERENTE, A CSM

- Alivio tras la entrevista
- Intención de control de impulsos suicidas (ideaación y planificación suicida, pero no inmediata)
- Aceptación del tratamiento y medidas de contención pactadas
- Apoyo sociofamiliar efectivo

DERIVACIÓN

1-URGENTE, AL SERVICIO HOSPITALARIO  
 2-URGENTE, A CONSULTAS EXTERNAS DE SALUD MENTAL  
 3-PREFERENTE, INTERCONSULTA AL CSM  
 4-OTROS

Aceptar Cancelar

EVALUACIÓN RIESGO SUICIDA | DERIVACIÓN | SEGUIMIENTO AP

ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL PARA GRAVEDAD DEL RIESGO SUICIDA

PRIMERA CONSULTA: GRAVEDAD DEL RIESGO SUICIDA

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad del riesgo suicida en el momento actual

1-NO SUICIDA  
2-LIGERAMENTE SUICIDA  
3-MODERADAMENTE SUICIDA  
4-GRAVEMENTE SUICIDA  
5-TENTATIVA SUICIDA

CONSULTAS SUCEASIVAS: MEJORÍA DE LA GRAVEDAD DEL RIESGO SUICIDA

Comparado con el estado inicial ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos

Aceptar Cancelar

EVALUACIÓN RIESGO SUICIDA | DERIVACIÓN | SEGUIMIENTO AP

ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL PARA GRAVEDAD DEL RIESGO SUICIDA

PRIMERA CONSULTA: GRAVEDAD DEL RIESGO SUICIDA

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad del riesgo suicida en el momento actual

CONSULTAS SUCEASIVAS: MEJORÍA DE LA GRAVEDAD DEL RIESGO SUICIDA

Comparado con el estado inicial ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos

1-MUY MARCADA MEJORÍA  
2-MARCADA MEJORÍA  
3-MUY LEVE MEJORÍA  
4-SIN CAMBIOS  
5-MÍNIMO EMPEORAMIENTO

Aceptar Cancelar



## Registros en HCE: MILLENNIUM

### 1. Urgencias

El siguiente esquema recoge de forma gráfica y resumida el flujo de trabajo en Urgencias.



#### 1.1. Documentación de la Escala MINI

Ante la detección de un paciente ingresado en urgencias con riesgo de suicidio el facultativo tiene a su disposición en la Plantilla de trabajo de Urgencias dentro de la sección de Formularios y Enlaces el acceso al formulario: *Escala Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Riesgo de Suicidio*.

La imagen muestra una captura de pantalla de la interfaz de usuario de HCE. En la parte superior, hay una barra de navegación con pestañas: "Urgencias" (destacada con un recuadro rojo), "(Indicaciones R.) Urgencias", "Alta" y "Gráfica". A la izquierda, un menú lateral muestra varias categorías, con "Formularios y enlaces" seleccionada y resaltada con un recuadro rojo. El área principal de la pantalla, titulada "Formularios y enlaces", muestra una lista de recursos. Bajo el subencabezado "Enlaces (5)", se listan: "Recomendaciones traumatismo craneal", "Recomendaciones gastroenteritis aguda", "Recomendaciones traumatismo torácico", "Tratamiento antibiótico en función del foco" y "ACOD (Criterios y recomendaciones generales para el uso de anticoagulantes orales directos)". Bajo el subencabezado "Formularios (9)", se listan: "Parte al Juzgado por lesiones", "Parte / Informe al Juzgado en Casos de Violencia de Género", "Parte al Juzgado por lesiones a personas privadas de libertad", "Registro de RCP 'ESTILO UTSTEIN'", "Registro ICTUS AGUDO", "Unidad de Dolor Torácico", "Unidad de Observación", "Unidad del Síncope" y "Escala Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Riesgo de Suicidio", este último también resaltado con un recuadro rojo.

El formulario recoge una serie de cuestiones para ser cubiertas por el facultativo. En función de las respuestas documentadas se establecerá una puntuación que determinara el nivel de riesgo de suicidio del paciente.

**Escala Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Riesgo de Suicidio**

**Durante este último mes**

¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?  No  Si

¿Ha querido hacerse daño?  No  Si

¿Ha pensado en el suicidio?  No  Si

¿Ha planeado cómo suicidarse?  No  Si

¿Ha intentado suicidarse?  No  Si

**A lo largo de su vida**

¿Alguna vez ha intentado suicidarse?  No  Si

¿Codificó SÍ en por lo menos 1 respuesta?  No  Si **Riesgo de suicidio**

<b>Nivel de Riesgo de Suicidio</b>	1 - 5 puntos - Leve	<input type="radio"/> Leve
	6 - 9 puntos - Moderado	<input type="radio"/> Moderado
	>= 10 puntos - Alto	<input type="radio"/> Alto

**IMPORTANTE**

Al alta el paciente tiene que ser remitido al 5º de Salud Mental (solicitar consulta en su Centro de Salud Mental de referencia).

## 1.2. Envío de mensaje al Centro de Mensajes

Cuando se dé el alta al paciente con la Escala MINI cubierta se generará un mensaje que se enviará al Centro de Mensajes.

En el centro de mensajes los mensajes relacionados con la Escala MINI se encuentran en la bandeja de entrada / Grupos / S\_Mental



En esta sección se muestran, entre otros, los siguientes datos.

- Asunto  
El asunto es siempre el mismo y viene determinado en la regla que automatiza el envío.
- Fecha de envío del mensaje.  
Se corresponde con la fecha en la que se generó y envió el mensaje.
- Estado del mensaje  
Un mensaje en estado pendiente indica que una no se ha abierto. Un mensaje en estado abierto indica que se ha abierto.

• Nombre del paciente

Actualizar fecha	Asignado(a)	Asunto	Crear fecha	Desde	Estado	Fecha de veto...	Nombre del paciente	Para	Prioridad	Tipo
26/02/2018 16:37:48		Riesgo de suicidio	26/02/2018 16:37:48	SYSTEM, SYST...	Pendiente		ZZZEXCLUSIVAMENTE ZZZPARA, ZZZINFOR...	S_MENTAL	!	Mensajes generales
26/02/2018 16:29:55		Riesgo de suicidio	26/02/2018 16:29:55	SYSTEM, SYST...	Pendiente		ZZZEXCLUSIVAMENTE ZZZPARA, ZZZINFOR...	S_MENTAL	!	Mensajes generales
26/02/2018 15:14:10		Riesgo de suicidio	26/02/2018 15:14:10	SYSTEM, SYST...	Pendiente		ZZZEXCLUSIVAMENTE ZZZPARA, ZZZINFOR...	S_MENTAL	!	Mensajes generales
26/02/2018 13:23:40		Riesgo de suicidio	26/02/2018 13:23:40	SYSTEM, SYST...	Pendiente		ZZZEXCLUSIVAMENTE ZZZPARA, ZZZINFOR...	S_MENTAL	!	Mensajes generales
26/02/2018 13:15:16		Riesgo de suicidio	26/02/2018 13:15:16	SYSTEM, SYST...	Pendiente		ZZZEXCLUSIVAMENTE ZZZPARA, ZZZINFOR...	S_MENTAL	!	Mensajes generales

Se puede acceder a los datos demográficos del paciente con doble clic sobre el mensaje.

Mensajes x Mensajes generales: ZZZEXCLUSIVAMENTE ZZZPARA, ZZZINFORMATICA, G3 x

Comunicar | Abrir | Responder | Responder a todos | Reenviar | Eliminar | Diario de mensajes | Seleccionar paciente | Seleccionar todo | Coincidencia de paciente

ZZZEXCLUSIVAMENTE ZZZPARA, ZZZINFORMATICA G3 | Género: Hombre | EHR: 3058777 | UOC:Urgencias; SEPOLI  
 Códig. 01/01/90 | PVP: 2203625987 | Urgencias Adm: 11/07/2016 14:22 Alta: 21

De: SYSTEM, SYSTEM | Para: |  
 Enviado: 26/02/2018 15:14:10 | Asunto: Riesgo de suicidio |  
 A: S\_MENTAL | Tipo de documento de destino: [Anotación en historia]

<Agregar texto>

Se ha documentado el formulario Escala Riesgo de Suicidio

1.3. Derivación al Centro de Salud Mental

Cuando se dé el alta al paciente con la Escala MINI cubierta se mostrará un mensaje de advertencia para que el facultativo recuerde la necesidad de solicitar una consulta de Salud Mental para el paciente.

1.4. Reingreso de paciente en Urgencias

Cuando un paciente incluido en el protocolo de riesgo de suicidio reingrese en el servicio de Urgencias se mostrará un mensaje de advertencia al facultativo. Este mensaje sólo dejará de mostrarse cuando se haya documentado el alta del paciente a través del campo Motivo de alta del "Protocolo" que se encuentra en el formulario *Riesgo de suicidio – Consulta sucesiva*.

**Motivo de alta del "Protocolo"**

- Mejoría
- Negativa del paciente a entrar en protocolo
- Exitus
- Cambio de Comunidad Autónoma

## 1.5. Volcado de la información del formulario en el informe.

El facultativo tiene la posibilidad de crear un autotexto que le permitirá recuperar de forma automática toda la información registrada en el formulario en el informe de Alta.

<b>HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS</b>				NHC:	3058777
GERENCIA AREA SANITARIA IV. Servicio de Salud del Principado de Asturias				Nombre:	ZZZINFORMATICA_G3
Servicio:		Unidad:	Urgencias	Primer apellido:	ZZZEXCLUSIVAMENTE
Fecha de consulta:	11/07/2016 14:22:00	Episodio:	2003635987	Segundo apellido:	ZZZPARA
<b>Tipo de documento:</b> Informe Clínico de Seguimiento de Consulta Externa			Procedencia:	Fecha de nacimiento:	Sexo:
				01/01/1990	H

DNI/T.res/Pas.:	NASS:	CIP Autonómico:	CIP Europeo:
Calle:	Portal:	Piso:	Puerta:
Teléfono:	Código postal:	País:	Provincia:
Población:	Municipio:	Pers.de ref.:	Telef. de ref.:

¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto? : Si  
 ¿Ha querido hacerse daño? : No  
 ¿Ha pensado en el suicidio? : No  
 ¿Ha planeado cómo suicidarse? : No  
 ¿Ha intentado suicidarse? : No  
 ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? : No  
 ¿Codificó Si en por lo menos 1 respuesta? : Si  
 Riesgo de Suicidio : 1  
 Nivel numérico de la Escala de Riesgo de Suicidio : Level

Nombre resp. 1:	EHUCANZF Rodríguez Valles, Isaac	Nombre resp. 2:	
-----------------	----------------------------------	-----------------	--

Detalles de nota: EHUCANZF Rodríguez Valles, Isaac, 27/02/2018 10:36 , [Plantilla de consultas externas \(en blanco\)](#)

## 2. Salud mental

### 2.1. Primera Consulta

El facultativo tiene a su disposición en la Plantilla de trabajo de Salud Mental dentro de la sección de Formularios y Enlaces el acceso al formulario *Riesgo de suicidio – Primera consulta*.

**Riesgo de suicidio - Consulta sucesiva**

---

**Consulta sucesiva**

Nuevas tentativas de suicidio desde la última visita  No  Si

Escala CGI - 5S (Mejoría):

Comparando con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos en relación a la gravedad del riesgo suicida?

Motivo de alta del "Protocolo"

Nuevas tentativas de suicidio

Fecha de la última tentativa

Atención recibida en la última tentativa

Escala CGI-5S-Gravedad

Unidad de ingreso

## 2.2. Consulta Sucesiva

El facultativo tiene a su disposición en la Plantilla de trabajo de Salud Mental dentro de la sección de Formularios y Enlaces el acceso al formulario *Riesgo de suicidio –Consulta sucesiva*.

**Riesgo de suicidio - Primera consulta**

---

**Primera consulta**

**Procedencia de la derivación**

**Antecedentes familiares de suicidio**  No  Si  Padres  Hijos  
 Hermanos  Otros

**Especificar**

**Tentativas previas de intento de suicidio**  No  Si

**Número de tentativas previas**

**Fecha de la última tentativa**

**Atención recibida en la última tentativa**  Atención Primaria  Unidad de Hospitalización  
 Atención Urgencias Hospitalarias  Unidad de Hospitalización Psiquiátrica  
 Ingreso Hospitalario  UCI  
 Otra Unidad

**Escala MINI**  Escala MINI

**Riesgo de suicidio**   Leve  Moderado  Alto

**Basándose en su experiencia clínica ¿cuál es la gravedad del riesgo suicida en el momento actual? Escala CGI-SS-Gravedad**  1 - No suicida  
 2 - Ligeramente suicida  
 3 - Moderadamente suicida  
 4 - Gravemente suicida  
 5 - Tentativa suicida

## 3. A tener en cuenta

La regla que envía el mensaje al centro de Mensajes y muestra el mensaje de advertencia recordando la necesidad de derivar al paciente al Centro de Salud mental se ejecuta en el momento de indicar el alta.

Si el alta se indica antes de tener cubierta la Escala Mini no se ejecutara la regla y por tanto no se enviará el mensaje ni se mostrara advertencia.

## Registros en HCE: SELENE

### 1. Urgencias



### Riesgo de Suicidio

#### Formularios

- 19 Nueva toma en "Historia Clínica General de Urgencias (U.P)"
- Crear toma del formulario de "Historia Clínica General de Urgencias (U.P)"

- 22 Cumplimentar campo "Ideación, planificación, conducta suicida".

Una vez dentro del formulario de "Historia Clínica General de Urgencias (U.P)", hay que prestar especial atención al campo "Ideación, planificación, conducta suicida", en caso de seleccionar "Si" se desplegará el resto de opciones del protocolo de "Riesgo de suicidio"

**Nota:** En caso de "Si" "Valoración Riesgo de Suicidio" es obligatorio.



- 30 Cumplimentar Valoración Riesgo de Suicidio.

A través del indicador resultado "Valoración Riesgo de Suicidio" se puede acceder a la "ESCALA MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRIA RS (U)" con el icono marcado en la captura inferior.

A partir de ahí se abre una nueva ventana flotante donde se puede cumplimentar la escala citada:

A través de los campos "Si/No" de la escala, se genera una puntuación y una interpretación o resultado.

Aceptamos el formulario, y el valor del campo "Resultado" se vuelca a la historia de urgencias.

SIAI-LOTEA-HIS-00-20180208-000-Riesgo de Suicidio

1



### Riesgo de Suicidio

#### Marcas

- 49 Crear marca de "RIESGO SUICIDIO".

En el formulario anterior de "Historia Clínica General de Urgencias (U.P)" se mostraban dos avisos para realizar acciones de forma manual.

La primera es abrir la marca de "RIESGO SUICIDIO".

- A Con el paciente seleccionado pulsamos abrir marca.

Para añadir indicar una marca de suicidio a un paciente se debe pulsar sobre el icono con el paciente seleccionado.

- B Seleccionamos el tipo de marca "MARCA SUICIDIO"

Seleccionamos el tipo de marca "RIESGO SUICIDIO" y a continuación pulsamos para asignársela al paciente.



#### Peticiones

- 50 Crear petición de consulta en Centro de Salud Mental.

Siguiendo indicaciones del formulario de "Historia Clínica General de Urgencias (U.P)", si el paciente es alta, se necesita solicitar una cita preferente para el paciente en su Centro de Salud Mental de referencia.

Para solicitar una cita se requiere crear una petición con el desde cualquier componente de peticiones a través del icono directo .

- A Seleccionamos departamento

Una vez dentro del gestor de peticiones, dentro del departamento pulsamos sobre el departamento:

**Nota:** En algunos centros la solicitud de primera consulta está ubicada dentro del departamento INT.

- B Seleccionamos prioridad "Preferente"

Después de seleccionar el departamento, en la parte superior del gestor de peticiones seleccionamos la prioridad "Preferente".

- C Seleccionamos prueba y cumplimentar preguntas

Con los dos pasos previos realizados, se requiere seleccionar la prueba y cumplimentar las preguntas asociadas a esta.

SIAI-LOTEA-HIS-00-20180208-000-Riesgo de Suicidio

2

## 2. Salud mental



### Riesgo de Suicidio

#### Primera Visita

- 10 Nueva toma en "RIESGO DE SUICIDIO (U)"

Cumplimentamos la primera parte del formulario de "RIESGO DE SUICIDIO (U)" a través del acceso directo situado en la barra de accesos directos a formularios.

PRIMERA CONSULTA	
Procedencia de la derivación	<input type="text"/>
Antecedentes familiares de suicidio	<input type="text"/>
Tentativas previas de intento de suicidio	<input type="text"/>
Valoración Riesgo de Suicidio	<input type="text"/>
Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad del riesgo suicida en el momento actual?	<input type="text"/>

- A Complimentar el campo "Tentativas previas de intento de suicidio"

En caso de responder afirmativamente a esta pregunta, se despliegan nuevos indicadores relacionados con el anterior.

Tentativas previas de intento de suicidio	<input type="text" value="SI"/>
Número de tentativas previas	<input type="text"/>
Fecha de la última tentativa	<input type="text" value="dd/mm/yyyy"/>
Atención recibida en la última tentativa	<input type="text"/>



- B Complimentar la "Valoración Riesgo de Suicidio" (Obligatorio).

A través del icono marcado en la captura inferior se accede a la "ESCALA MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA RS (U)"

Valoración Riesgo de Suicidio	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------

Una vez dentro de la escala, cubrimos los seleccionables para obtener una puntuación y un resultado:

Durante este último mes	
¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	<input type="text" value="SI"/>
¿Ha querido hacerse daño?	<input type="text" value="No"/>
¿Ha pensado en el suicidio?	<input type="text" value="SI"/>
¿Ha planeado cómo suicidarse?	<input type="text" value="SI"/>
¿Ha intentado suicidarse?	<input type="text" value="No"/>
A lo largo de su vida	
¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	<input type="text" value="No"/>
Puntuación:	<input type="text" value="17"/>
Resultado:	<input type="text" value="Alto"/>

El valor del campo "Resultado" vuelve al formulario de "RIESGO DE SUICIDIO (U)" desde el que hicimos la llamada a la escala.

Valoración Riesgo de Suicidio	<input type="text" value="Alto"/>
-------------------------------	-----------------------------------

SIAI-LOTEA-HIS-00-20180212-001-Riesgo de Suicidio (Salud Mental)

1



### Riesgo de Suicidio

- C Complimentar "ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL PARA GRAVEDAD DE RIESGO SUICIDA (CGI-SS)" para la consulta inicial.

Cumplimentamos el valor de dicha escala con el indicador de la captura inferior:

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad del riesgo suicida en el momento actual?	<input type="text"/>
--	----------------------

#### Sucesivas

- 20 Nueva toma en "RIESGO DE SUICIDIO (U)"

En el caso de las sucesivas, se requiere cumplimentar la segunda parte del formulario "RIESGO DE SUICIDIO (U)":

CONSULTAS SUCESIVAS	
Motivo tentativas de suicidio desde la última visita	<input type="text"/>
Fecha de la última tentativa	<input type="text" value="dd/mm/yyyy"/>
Atención recibida en la última tentativa	<input type="text"/>
Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos en relación a la gravedad del riesgo suicida?	<input type="text"/>

- B Complimentar resto de indicadores de consulta sucesiva.

En el caso de cumplimentar "Nuevas tentativas de suicidio desde la última visita=No" la segunda parte de la CGI se hace obligatoria.

En caso de cumplimentar "Nuevas tentativas de suicidio desde la última visita=SI" la primera parte de la CGI se hace obligatoria.

- C Complimentar "ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL PARA GRAVEDAD DE RIESGO SUICIDA (CGI-SS)" para la consulta sucesiva.

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos en relación a la gravedad del riesgo suicida?	<input type="text"/>
---	----------------------



#### Alta del protocolo

- 30 Nueva toma en "RIESGO DE SUICIDIO (U)"

- A Complimentar sección "CONSULTAS SUCESIVAS" (punto 2)

- B Complimentar sección "ALTA DEL PROTOCOLO",

Se requiere cumplimentar los campos de la sección "Alta de protocolo", en caso de "Alta de protocolo=SI" es obligatorio cumplimentar un motivo:

ALTA DEL PROTOCOLO	
Alta del protocolo	<input type="text" value="SI"/>
Motivo:	<input type="text" value="RETIRAR MARCA"/>

- C Retirar marca "RIESGO SUICIDIO"

Para añadir indicar una marca de suicidio a un paciente se debe pulsar sobre el icono con el paciente seleccionado.



Una vez tenemos la ventana de gestión de marcas abierta, pulsamos para eliminar la marca.

Gestión de marcas de paciente	
ANTICOLICANTES	<input type="text"/>
INTOX. ALIMENTARIA	<input type="text"/>
POSTORBITARIO	<input type="text"/>
ENSAYO CLÍNICO	<input type="text"/>
CUSTODIA	<input type="text"/>
NO AUTORIZA VISITAS	<input type="text"/>
RIESGO SUICIDIO	<input type="text"/>

SIAI-LOTEA-HIS-00-20180212-001-Riesgo de Suicidio (Salud Mental)

2

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

A todos los pacientes que ingresan en una unidad de hospitalización, o en cualquier dispositivo de Salud Mental, se les realizará una valoración general de necesidades de cuidados, en la que se pretende detectar a los pacientes en riesgo de suicidio a través de las siguientes manifestaciones:

- Historia de intentos previos
- Verbalización de intenciones
- Lenguaje corporal

Si el paciente está en alguno de estos supuestos, el asistente a la toma de decisiones clínicas de la Historia Clínica Electrónica, sugerirá los diagnósticos de enfermería **Riesgo de suicidio y Riesgo de violencia autodirigida**. La enfermera, con los datos de la valoración y según su juicio clínico, asignará en el plan de cuidados el diagnóstico pertinente, los resultados esperados del paciente y las intervenciones que le ayudarán a conseguirlo.

### DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

00150 RIESGO DE SUICIDIO

*Definición:* Vulnerable a una lesión autoinfligida que amenaza la vida.

### RESULTADOS DEL PACIENTE

1408 AUTOCONTROL DEL IMPULSO SUICIDA

1403 AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO

1206 DESEO DE VIVIR

1902 CONTROL DEL RIESGO

### Descripción de los resultados

#### 1408 AUTOCONTROL DEL IMPULSO SUICIDA

*Definición:* Acciones personales para contener acciones e intentos de suicidio.

#### Indicadores

140805 Verbaliza control de impulsos

140823 Obtiene ayuda cuando es necesario

140812 Mantiene el autocontrol sin supervisión

140822 Hace planes para el futuro

140813 No intenta suicidarse



### **1403 AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO**

*Definición:* Autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento.

*Indicadores*

- 140303 No responde a alucinaciones o ideas delirantes
- 140307 Solicita ratificación de la realidad
- 140313 Expone un contenido del pensamiento adecuado

### **1206 DESEO DE VIVIR**

*Definición:* Deseo, determinación y esfuerzo para sobrevivir.

*Indicadores*

- 120602 Expresión de esperanza
- 120609 Utiliza estrategias para mejorar la salud
- 120601 Expresión de determinación de vivir

### **1902 CONTROL DEL RIESGO**

*Definición:* Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.

*Indicadores*

- 190201 Reconoce factores de riesgo personales
- 190204 Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas
- 190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo

### **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

6487 MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA	5330 CONTROL DEL ESTADO DE ÁNIMO
4370 ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS	4354 MANEJO DE LA CONDUCTA AUTOLESIÓN
6340 PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	6650 VIGILANCIA
8190 SEGUIMIENTO TELEFÓNICO	5310 DAR ESPERANZA
6510 MANEJO DE LAS ALUCINACIONES	6450 MANEJO DE LAS IDEAS DELIRANTES
7120 MOVILIZACIÓN FAMILIAR	6610 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

### **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA**

00140 RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA
--

*Definición:* Vulnerable a conductas que demuestren que una persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí misma.

## RESULTADOS DEL PACIENTE

1405 AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS
1403 AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO
1406 AUTOCONTROL DE LA MUTILACIÓN
1214 NIVEL DE AGITACIÓN

### Descripción de los resultados

#### **1405 AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS**

*Definición:* Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo.

#### *Indicadores*

140501 Identifica conductas impulsivas perjudiciales

140512 Mantiene el autocontrol sin supervisión

#### **1403 AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO**

*Definición:* Autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento.

#### *Indicadores*

140303 No responde a las alucinaciones o ideas delirantes

140307 Solicita la ratificación de la realidad

140313 Expone un contenido del pensamiento apropiado

#### **1406 AUTOCONTROL DE LA MUTILACIÓN**

*Definición:* Acciones personales para reprimir las lesiones autoinflingidas intencionadas (no letales).

#### *Indicadores*

140606 No se autolesiona

140613 Utiliza estrategias efectivas de afrontamiento

140608 Obtiene ayuda cuando es necesario

#### **1214 NIVEL DE AGITACIÓN**

*Definición:* Gravedad de las manifestaciones de los trastornos fisiológicos y conductuales del estrés o desencadenantes bioquímicos.

#### *Indicadores*

121401 Dificultad para procesar la información

121402 Inquietud

121409 Se resiste a la ayuda

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

6650 VIGILANCIA	6487 MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA
4370 ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS	4354 MANEJO DE LA CONDUCTA: AUTO-LESIÓN
6510 MANEJO DE LAS ALUCINACIONES	6450 MANEJO DE LAS IDEAS DELIRANTES
INTERVENCIONES CENTRALES	

**En el caso de que se detecte Riesgo de suicidio, debe asignarse la correspondiente Marca al paciente, según el procedimiento establecido.**

**NORMAS DE ALERTAS EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS**

El objetivo de las alertas es evitar daños al paciente, al profesional que le atiende o a terceras personas del entorno, proporcionando información visible y rápida sobre situaciones clínicas que ya han sido recogidas en la Historia. Determinan una actuación de los profesionales sanitarios distinta a la habitual, que no requiere acción inmediata.

El real decreto RD 1093/2010 por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, sin definir las alertas establece que *“su contenido deben ser advertencias clave de carácter objetivo que por su especial trascendencia deban ser resaltadas para ser tenidas en cuenta por cualquier profesional que deba prestar atención”*.




Cuando la información recogida en la Historia Clínica puede enmarcarse dentro de esta definición, además, condiciona un cambio en la toma de decisiones habitual de los profesionales sanitarios, ha de considerarse que tiene que generar una alerta.

**CATEGORÍA DE LAS ALERTAS:**

La recomendación es dividir las alertas en categorías, aunque solo en algunos proyectos se definen criterios para ello y/o se han propuesto categorías.

- 2 ASOCIADAS A PROBLEMAS DE SALUD O DIAGNÓSTICOS.- El objetivo es avisar a los profesionales de determinados problemas que afectan al paciente con el objetivo de prevenir daños innecesarios. Ejemplo: (página siguiente)

## MARCA RIESGO SUICIDIO

Riesgo de suicidio					
CATEGORÍA	Asociadas a problemas de salud o diagnósticos				
ETIQUETA (Incluida en el tooltip)	Riesgo de suicidio				
REPRESENTACIÓN		Icono:		Símbolo:	
GESTIÓN AÑADIR ALERTA					
Permisos	FEA y DUE				
Criterios	El paciente presenta ideación//planificación//conducta suicida.				
GESTIÓN ELIMINAR ALERTA					
Permisos	Psiquiatra, Psicólogo Clínico				
Criterios	Criterio Clínico				
VISUALIZACIÓN	FEA, DUE, Auxiliar de Enfermería, Trabajo Social				
RELACIÓN EXCLUSIÓN	SI <input type="checkbox"/>	ELIMINAR AL ALTA	SI <input type="checkbox"/>		
	NO <input checked="" type="checkbox"/>		NO <input checked="" type="checkbox"/>		
INFORMACIÓN DE LA MARCA	El paciente presenta ideación//planificación//conducta suicida. Se valorará la indicación de medidas para su seguridad . <b>Al alta el paciente tiene que ser remitido al Sº de Salud Mental (solicitar consulta en su Centro de Salud Mental de referencia).</b>				
FUNCIONALIDAD	<b>MILLENNIUM:</b> aviso al centro de mensajes de SM cuando se genere la marca. <b>SELENE:</b> genera listado				

## ANEXO IV: Indicadores

<b>INDICADOR 1</b>	Índice de pacientes con riesgo de suicidio que acuden al servicio de urgencias hospitalarias en el periodo evaluado en relación al mismo periodo del año anterior.		
NUMERADOR	Número de pacientes periodo evaluado		
DENOMINADOR	Número de pacientes mismo periodo año anterior		
FORMULA	N / D		
FRECUENCIA DE CALCULO	Mensual	RESPONSABLE DE CALCULO	Subdirec. Infraestructuras SESPA
FRECUENCIA DE SEGUIMIENTO	Semestral	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO	UCOSAM
FUENTE DE DATOS BASE DE DATOS	HCE	HCE SELENE	HCE MILLENIUM
OBSERVACIONES	Obtención datos Urgencias: Codificación diagnóstica o apertura “Marca” riesgo suicidio.		

<b>INDICADOR 2</b>	% de pacientes con tentativa de suicidio ingresados desde los servicios de Urgencias de los hospitales en Unidades de Agudos.		
NUMERADOR	Nº de pacientes con tentativa de suicidio ingresados en Unidades de Agudos		
DENOMINADOR	Nº de pacientes atendidos por tentativa de suicidio en los Servicios de Urgencias		
FORMULA	$N \times 100 / D$		
FRECUENCIA DE CALCULO	Mensual	RESPONSABLE DE CALCULO	Subdirec. Infraestructuras SESPA
FRECUENCIA DE SEGUIMIENTO	Semestral	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO	UCOSAM
FUENTE DE DATOS BASE DE DATOS	HCE	HCE SELENE	HCE MILLENIUM
OBSERVACIONES			

<b>INDICADOR 3</b>	% de pacientes con tentativa de suicidio derivados a CSM desde los servicios de Urgencias de los hospitales en el periodo evaluado.		
NUMERADOR	Nº de pacientes con tentativa de suicidio derivados a CSM		
DENOMINADOR	Nº de pacientes atendidos por tentativa de suicidio en los Servicios de Urgencias		
FORMULA	$N \times 100 / D$		
FRECUENCIA DE CALCULO	Mensual	RESPONSABLE DE CALCULO	Subdirec. Infraestructuras SESPA
FRECUENCIA DE SEGUIMIENTO	Semestral	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO	UCOSAM
FUENTE DE DATOS BASE DE DATOS	HCE	HCE SELENE	HCE MILLENIUM
OBSERVACIONES			

<b>INDICADOR 4</b>	% de pacientes atendidos en CSM en 10 días o menos desde la derivación.		
NUMERADOR	Nº de pacientes con tentativa de suicidio derivados a CSM atendidos en $\leq 10$ días		
DENOMINADOR	Nº de pacientes atendidos por tentativa de suicidio derivados a CSM		
FORMULA	$N \times 100 / D$		
FRECUENCIA DE CALCULO	Mensual	RESPONSABLE DE CALCULO	Subdirec. Infraestructuras SESPA
FRECUENCIA DE SEGUIMIENTO	Semestral	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO	UCOSAM
FUENTE DE DATOS BASE DE DATOS	HCE OMI	HCE SELENE	HCE MILLENIUM
OBSERVACIONES			

<b>INDICADOR 5</b>	% de pacientes incluidos en el protocolo de atención en riesgo suicida que abandonan el protocolo antes del año.		
NUMERADOR	Nº de pacientes incluidos en protocolo que abandonan antes de 1 año		
DENOMINADOR	Nº de pacientes incluidos en protocolo		
FORMULA	$N \times 100 / D$		
FRECUENCIA DE CALCULO	Mensual	RESPONSABLE DE CALCULO	Subdirec. Infraestructuras SESPA
FRECUENCIA DE SEGUIMIENTO	Semestral	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO	UCOSAM
FUENTE DE DATOS BASE DE DATOS	HCE OMI	HCE SELENE	HCE MILLENIUM
OBSERVACIONES			

<b>INDICADOR 6</b>	% de pacientes atendidos por riesgo suicida con suicidio consumado en el periodo evaluado.		
NUMERADOR	Nº de pacientes atendidos por riesgo suicida con suicidio consumado		
DENOMINADOR	Nº de pacientes atendidos por riesgo suicida		
FORMULA	$N \times 100 / D$		
FRECUENCIA DE CALCULO	Anual	RESPONSABLE DE CALCULO	Subdirec. Infraestructuras SESPA
FRECUENCIA DE SEGUIMIENTO	Anual	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO	UCOSAM
FUENTE DE DATOS BASE DE DATOS	HCE OMI	HCE SELENE	HCE MILLENIUM
OBSERVACIONES	El dato global de suicidios/año en nuestra Comunidad Autónoma será facilitado por la Consejería de Sanidad/ Dirección Gral. Salud Pública.		

<b>INDICADOR 7</b>	% de pacientes con riesgo suicida incluidos en protocolo con suicidio consumado en el periodo evaluado.		
NUMERADOR	Nº de pacientes con riesgo suicida incluidos en protocolo con suicidio consumado		
DENOMINADOR	Nº de pacientes con riesgo suicida incluidos en protocolo		
FORMULA	$N \times 100 / D$		
FRECUENCIA DE CALCULO	Mensual	RESPONSABLE DE CALCULO	Subdirec. Infraestructuras SESPA
FRECUENCIA DE SEGUIMIENTO	Semestral	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO	UCOSAM
FUENTE DE DATOS BASE DE DATOS	HCE OMI	HCE SELENE	HCE MILLENIUM
OBSERVACIONES			

<b>INDICADOR 8</b>	% de pacientes con riesgo suicida que habían abandonado el protocolo con suicidio consumado en el periodo evaluado.		
NUMERADOR	Nº de pacientes con riesgo suicida que habían abandonado el protocolo con suicidio consumado		
DENOMINADOR	Nº de pacientes con riesgo suicida que habían abandonado el protocolo		
FORMULA	$N \times 100 / D$		
FRECUENCIA DE CALCULO	Mensual	RESPONSABLE DE CALCULO	Subdirec. Infraestructuras SESPA
FRECUENCIA DE SEGUIMIENTO	Semestral	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO	UCOSAM
FUENTE DE DATOS BASE DE DATOS	HCE OMI	HCE SELENE	HCE MILLENIUM
OBSERVACIONES			



<b>INDICADOR 9</b>	% de pacientes con riesgo suicida incluidos en protocolo con alta clínica antes de 1 año.		
NUMERADOR	Nº de pacientes con riesgo suicida incluidos en protocolo con alta clínica antes de 1 año		
DENOMINADOR	Nº de pacientes con riesgo suicida incluidos en protocolo		
FORMULA	$N \times 100 / D$		
FRECUENCIA DE CALCULO	Mensual	RESPONSABLE DE CALCULO	Subdirec. Infraestructuras SESPA
FRECUENCIA DE SEGUIMIENTO	Semestral	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO	UCOSAM
FUENTE DE DATOS BASE DE DATOS	HCE OMI	HCE SELENE	HCE MILLENIUM
OBSERVACIONES			

<b>INDICADOR 10</b>	% de pacientes con nuevas tentativas de suicidio en pacientes con riesgo suicida incluidos en protocolo.		
NUMERADOR	Nº de pacientes con riesgo suicida incluidos en protocolo con nuevas tentativas de suicidio		
DENOMINADOR	Nº de pacientes con riesgo suicida incluidos en protocolo		
FORMULA	$N \times 100 / D$		
FRECUENCIA DE CALCULO	Mensual	RESPONSABLE DE CALCULO	Subdirec. Infraestructuras SESPA
FRECUENCIA DE SEGUIMIENTO	Semestral	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO	UCOSAM
FUENTE DE DATOS BASE DE DATOS	HCE OMI	HCE SELENE	HCE MILLENIUM
OBSERVACIONES			

<b>INDICADOR 11</b>	% de profesionales por niveles que reciben formación específica en el año.		
NUMERADOR	Número de profesionales por nivel asistencial que reciben formación		
DENOMINADOR	Número de profesionales por niveles que reciben formación		
FORMULA	$N \times 100 / D$		
FRECUENCIA DE CALCULO	Anual	RESPONSABLE DE CALCULO	UCOSAM
FRECUENCIA DE SEGUIMIENTO	Semestral	RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO	UCOSAM
FUENTE DE DATOS	Plantilla orgánica por niveles.		
BASE DE DATOS	Acreditación de la formación (Gerencias / IAAP).		
OBSERVACIONES	Profesionales= FEA y DUE		

## 11. BIBLIOGRAFÍA

- Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de TecnoloXías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud (internet). Ginebra: Departamento de Salud mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud 2000 (citado 10 mayo 2010). Disponible en: [www.who.int/entity/mental\\_health/media/primaryhealthcare\\_workers\\_spanish.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf)
- Proyectos de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Proyecto: Detección temprana, tratamiento y prevención de la reincidencia de las tentativas de suicidio 2013-2015. Observatorio de Salud de Asturias EDITA: Inforsan. Sección de Información Sanitaria. Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas. Dirección General de Salud Pública Consejería de Sanidad.
- Beautrais, A.L., 2004. Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide Life Theat Behav.* 34, 1-11.
- Boudreaux, E.D., Miller, I., Goldstein, A.B., Sullivan, A.F., Allen, M.H., Manton, A.P., Arias, S.A., Camargo, C.A. Jr., 2013. The Emergency Department Safety Assessment and Follow-up Evaluation (ED-SAFE): method and design considerations. *ContempClin Trials.* 36, 14-24. doi: 10.1016/j.cct.2013.05.008.
- European Commission. Green paper. Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels: European Commission, 14.10.2005 COM (2005) 484.
- European Commission. 2008. European Pact for Mental Health and Well-being. Paper presented at the Together for Mental Health and Well-being. European Commission.
- Hirayasu, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Ishizuka, N., Okubo, Y., Sakai, A., Kishimoto, T., Miyaoka, H., Otsuka, K., Kamijo, Y., Matsuoka, Y., Aruga, T., 2009. A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). *BMC Public Health.*, 9, 364. doi: 10.1186/1471-2458-9-364.
- Inagaki, M., Kawashima, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Furuno, T., Ikeshita, K., Eto, N., Tachikawa, H., Shiraisi, Y., Yamada, M., 2015. Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 175, 66-78. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.048.
- Instituto Nacional de Estadística [accedido 15 Marzo 2017]. Disponible en: [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175).

- Jiménez Treviño L, Sáiz Martínez PA, Paredes Ojanguren B, Bobes García J. Epidemiología de los comportamientos suicidas. En: Bobes García J, Sáiz Martínez PA, García-Portilla González MP, Bascarán Fernández MT, Bousoño García M (eds). Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento. Barcelona: Ars Medica, 2004 3. p. 11-23.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de salud mental del sistema nacional de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- Mittendorfer Rutz E, Schmidtke A. Suicide attempts in Europe. En: Wasserman D, Wasserman C (eds.). Oxford Textbook of suicidology and suicide prevention. Oxford: Oxford University Press, 2009. p. 123-126.
- Oquendo, M. A., Currier, D., Mann, J. J., 2006. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? Acta Psychiatr Scand. 114, 151-158. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x.
- World Health Organization. Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions. Finland, 12-15 January 2005.
- World Health Organization. 2012. Public health action for the prevention of suicide. A framework. Geneva: World Health Organization; 2012.
- Defunciones según la causa de muerte 2007. Tasas de mortalidad por causas (Internet). Madrid: Instituto Nacional Estadística; 2007 (citado 22 enero 2010). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2007/10/&file=01004.px&type=pcaxis&L=0>
- BOBES J.,GINER J. y SAIZ P. Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida., editors. Madrid: Tricastela; 2011.
- Protocolo de colaboración interinstitucional Prevención y actuación ante CONDUCTAS SUICIDAS. Gobierno de Navarra- julio 2014.
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, BASALUZZO TAMBORINI, S et al. Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2010.
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. RUEDA LÓPEZ, Francisca. *“Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares”*. Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2010
- TORRICO E., REMESAL R, ANDRÉS M: *“El suicidio en la Población Adulta”*. FOCAD, Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. 2009
- Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Dan Med Bull. 2007;54(4):306-68.
- Leitner M, Barr W, Hobby L. Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behaviour: a systematic review. Edinburgh: Scottish Government Social Research; 2008

- National Collaborating Centre for Mental Health. Self-harm: longer-term management. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2011. Informe N: 133
- Appleby, L., Morriss, R., Gask, L., Roland, M., Perry, B., Lewis, A., Perry, A., Battersby, L., Colbert, N., Green, G., Amos, T., Davies, L., Faragher, B. (2000). An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (the STORM project). *Psychological Medicine*, 30 (4), 805-812.
- Fenwick, C.D., Vassilas, C.A., Carter, H., & Haque, M.S. (2004). Training health professionals in the recognition, assessment and management of suicide risk. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8, 117-121.
- Andriessen, K., & Van den Brande, J. (2001). Youth suicide prevention and intervention skills: training of key persons. In O. Grad (Ed.), *Suicide Risk and Protective Factors in the New Millennium* (pp. 109-113). Ljubljana: Cankarjevdom.
- Ramberg, I.L., & Wasserman, D. (2004). Benefits of implementing an academic training-of-trainers program to promote knowledge and clarity in work with psychiatric suicidal patients. *Archives of Suicide Research*, 8 (4), 331-343.
- De Leo, D., DelloBuono, M., Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, 181, 226-229.
- Kalafat, J., Gould, M., Munfakh, H., & Kleinman, M. (2007). An Evaluation of Crisis Hotline Outcomes. Part 1: Nonsuicidal Crisis Callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (3), 322-337.



## 12. GLOSARIO DE TÉRMINOS

**AP:** Atención Primaria

**CS:** Centro de Salud

**CSM:** Centro de Salud Mental

**FEA:** Facultativo Especialista de Área

**HCE:** Historia Clínica Electrónica

**HUP:** Hospitalización Unidad de Psiquiatría

**INE:** Instituto Nacional de Estadística

**MAP:** Médico de Atención Primaria

**TS:** Tentativa Suicida

### **Conflicto de Intereses**

Los autores no declaran conflicto de interés para el presente protocolo.





SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SANIDAD