Ministerio de Salud Pública

2018

Lineamientos operativos para las Unidades de Intervención en Crisis.

Ministerio de Salud Pública

Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud.

Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones.

Dirección Nacional de Hospitales.

Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención de Salud.

Autoridades

Juan Chuchuca	Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud
Mercedes Allauca	Gerente del Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones.
Helen Ayala	Directora Nacional de Hospitales
Lisset Tapia	Directora Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud

Edición general

Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones

Equipo de redacción y autores

Primera Edición

Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud

Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones

1er Equipo de redacción

Nathalia Lozano	MSP	Especialista Permanente 1 del Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones

1er equipo de revisión

Mercedes Allauca	MSP	Gerente del Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones
Lady Álvarez	MSP	Especialista Permanente 1 del Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones
Helen Ayala	MSP	Directora Nacional de Hospitales
Lisset Tapia	MSP	Directora Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud
Rebekka Gerstner	MSP	Especialista de la Subsecretaría de Provisión de Servicios de Salud

1.- Objetivos

1.1. Objetivo General

Generar lineamientos para la organización y el funcionamiento de los servicios de salud mental en el primero, segundo y tercer nivel de atención y los establecimientos de salud que contemplen en su cartera de servicios salas de emergencia a nivel nacional del Ministerio de Salud Pública.

1.2. Objetivos Específicos

a) Establecer la infraestructura, equipamiento, talento humano y normativas necesarias para el funcionamiento de las Unidades de Intervención en Crisis.

b) Definir el conjunto de prestaciones y procedimientos terapéuticos de los servicios de salud mental en el primero, segundo y tercer nivel de atención

c) Detallar el proceso de referencia y contra-referencia entre los diferentes niveles de atención sustentados en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS FCI).

d) Enunciar procedimientos que permitan mejorar la calidad y eficiencia de la intervención en crisis en establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel que contemplen en su cartera servicio salas de emergencia.

2.- Definición de Conceptos:

- **Agitación Psicomotriz:** Estado de hiperactividad motora con inquietud, gesticulación, con movimientos automáticos o intencionales sin objetivo estable, acompañado de ansiedad, cólera, pánico, euforia, desinhibición verbal, falta de conexión ideática, llegando a convertirse en un peligro real para el individuo y su entorno debido a que la conducta puede ser impulsiva, negligente, desordenada y arriesgada.(1)

- **Autolesión**: Es un término más amplio que concierne agresión, envenenamiento o lesión intencional autoinfligida, la cual puede tener o no un objetivo o resultado final. (2)

- **Crisis:** Es la interpretación de un evento o situación como una dificultad intolerable, que sobrepasa los recursos y los mecanismos de afrontamiento de una persona. A menudo no es el evento por sí mismo lo que causa la crisis, sino que es la percepción del evento por parte del paciente. Las personas que no utilizan estrategias de afrontamiento adecuadas pueden desarrollar manifestaciones afectivas, conductuales, cognitivas o físicas. Las crisis son usuales en la emergencia psiquiátrica, y pueden resultar en intentos suicidas, consumo de sustancias adictivas, actos violentos u otras formas que requieren manejo psicoterapéutico acompañando al tratamiento farmacológico. (11)

- **Crisis de angustia o ataques de pánico:** Es un cuadro severo de comienzo

brusco y espontáneo de breve duración que no sobrepasa 15 o 30 minutos y de carácter episódico, con aparición diurna o nocturna, en el cual los síntomas básicos son una aprehensión y un temor intolerable, no relacionados con un evento identificable. Las manifestaciones físicas son variadas y pueden afectar varios órganos y sistemas. Estas manifestaciones están asociadas con sentimientos de terror o miedo intenso, lo cual es interpretado por el paciente como un temor a morir o a perder la razón.(3)

- **Contención mecánica**: Es una práctica utilizada en distintos servicios hospitalarios (Urgencias, Medicina Interna, Psiquiatría, Unidad de Cuidados Intensivos, Geriatría...), que consiste en la inmovilización de un paciente (en una cama o sillón) con cinturones homologados de sujeción, como única finalidad garantizar la salud y seguridad del paciente, y la seguridad del entorno mientras el riesgo persista. (4)

- **Contención verbal**: Es la primera pauta de actuación siempre que sea posible, siendo en ocasiones suficiente para prevenir la progresión agitación-agresividad-violencia. Es una medida terapéutica útil en aquellos casos en los que la pérdida de control es moderada (no total). Cuando las medidas de contención verbal son insuficientes para controlar la agitación, se debe mantener y/o complementar con otras medidas de contención. (5)

- **Depresión:** Es una enfermedad mental común que presenta síntomas de predominio afectivo con tristeza patológica, irritabilidad, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa, alteraciones de sueño o apetito, y dificultades de concentración. A menudo, la depresión se presenta con síntomas de ansiedad. Estos trastornos pueden volverse crónicos o recurrentes y llevar a importantes fallas en la habilidad de un individuo para llevar a cabo sus tareas diarias. En casos severos, puede llevar al suicidio. Según el número y la severidad de los síntomas durante un episodio depresivo, este puede clasificarse como leve, moderado o severo. Las personas con episodio leve tendrá alguna dificultad para seguir adelante con su trabajo y actividades sociales, pero no dejará de realizar actividades completamente. Sin embargo, durante un episodio severo, es muy poco probable que la persona pueda continuar con sus actividades sociales, laborales o domésticas. (6)

- **Duelo patológico**: Es la respuesta a una pérdida importante aquel que por su persistencia en el tiempo e intensidad ha llevado al individuo a condicionar o detener su vida laboral, social, académica y orgánica. (7)

- **Emergencia en salud mental**: Situación en la que existen síntomas psíquicos que producen alteraciones en presentación súbita; con necesidad de tratamiento o atención de inmediato, pues de no ser así, se pone en riesgo la vida del enfermo y/o la de los demás.(8)

- **Ignífugo:** Se aplica al material o sustancia que protege contra el fuego. (9)

- **Urgencias en salud mental**: Situación en la que existen síntomas psíquicos que producen alteraciones en percepciones, pensamientos, sentimientos, conductas

que son percibidos como perturbadores o amenazantes, generando una solicitud de atención inmediata voluntaria o involuntaria, pero no pone en peligro la vida del enfermo ni la de otras personas. (10)

- **Síndrome de abstinencia**: Es un conjunto de síntomas que se agrupan según modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia tras un consumo reiterado generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia y puede complicarse con convulsiones. (1)

- **Suicidio**: Es el acto deliberado de quitarse la vida que tiene como resultado la muerte. (8)

- **Trastorno de ansiedad generalizada:** Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo persistente durante al menos 6 meses, curso fluctuante, inquietud, impaciencia, fatigabilidad fácil, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño, con afectación o deterioro social, laboral u otros, no se manifiestan de forma crítica y los pacientes no presentan crisis por inducción de lactato.

- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias:** Se caracteriza por síntomas predominantes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

- **Trastornos de ansiedad debido a enfermedades médicas**: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos de una enfermedad. (11)

- **Trastornos somatomorfos**: Es el nombre de un grupo de afecciones en las que el dolor físico y los síntomas que siente la persona está íntimamente relacionada con malestar psíquico. Dichos síntomas no pueden asociarse a un trastorno o enfermedad física especifica. Se caracteriza por síntomas similares a otras enfermedades, y el dolor sentido por la persona es real. (6)

3.- Alcance

A todos los hospitales de segundo y tercer nivel de atención y los establecimientos de salud que contemplen en su cartera de servicio salas de emergencia a nivel nacional del Ministerio de Salud Pública.

3.1. Normativas

- Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI)

- Lineamientos operativos para la Atención en las Unidades de Salud Mental Hospitalarias

- Guías de prácticas clínicas, protocolos y lineamientos (elaborados por el MSP) para el manejo de trastornos mentales.

3.2. Introducción:

Toda intervención en el ámbito de la salud requiere, que la persona afectada haya sido informada previamente en forma integral y adecuada; además de la autorización experta mediante consentimiento informado.

Dentro de la reforma del sistema de salud se contempla la calidad de la atención, la seguridad del paciente y los principios de la bioética, aceptados internacionalmente que son: **autonomía**, (respetar la decisión del paciente que es autónomo o libre, proteger al que no está capacitado); **beneficencia** (hacer siempre el bien para mejorar la salud); **no maleficencia** (lo primero no hacer daño nunca); y, **justicia.**

3.3. Marco Legal

3.3.1. Ley de Derechos y Amparo del Paciente. Ley 77/2006.

Art. 2.-Derecho a una **Atención Digna**: Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- Derecho a **no ser Discriminado**: Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- Derecho a la **Confidencialidad:** Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

3.3.2. Artículo 362. Constitución de la República del Ecuador.

La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

3.3.3. Ley Orgánica de Salud.

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública.

i) No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida.

3.3.4. Modelo Aplicación del Consentimiento Informado Práctica Asistencial Segunda.

Cuando se trate de un procedimiento de salud de riesgo mayor, conforme lo previsto en el **"Modelo de Gestión de Aplicación del Consentimiento Informado en Práctica Asistencial"**, el consentimiento debe ser expresado por escrito, por el paciente o su representante legal, cuando corresponda, en un formulario firmado que será parte de la historia clínica. (Acuerdo Ministerial 5316)

El consentimiento informado es la manera por la cual se explica a un paciente las acciones médicas que se adoptarán para el tratamiento, toma de muestras o cualquiera que tenga carácter de invasivo, sin embargo el mismo puede suplirse, cuando el paciente adolece de capacidad para expresarlo.

También no es requerido cuando el paciente está en una situación de riesgo o emergencia y no cuenta con la capacidad para hacerlos.

De la misma manera este consentimiento en el caso de menores de edad, personas con discapacidad intelectual severa pueden ser firmados por sus representantes legales o familiares dentro de cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.

4.-Lineamientos generales de la Unidad de Intervención en Crisis:

La Unidad de Intervención en Crisis, busca influir activamente en el funcionamiento psíquico de una persona durante un período de desequilibrio, para aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes y traumáticos, con la finalidad de ayudar a reducir las afecciones psíquicas y de preservar la vida, evitando o disminuyendo el potencial daño físico y mental así mismo o a otras personas, para ello se ayuda al paciente a desarrollar una respuesta constructiva, garantizando el respeto a su dignidad personal y a sus derechos. (12)

Estas Unidades de Intervención en Crisis cumplen con la función de emergencia de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias, formando parte de su estructura; aunque la perspectiva de la entidad Sanitaria Nacional es la implementación en los establecimientos de salud del primer nivel de atención que contemplen este servicio en su cartera, en el Ministerio de Salud Pública.

4.1. Características generales de las Unidades de Intervención en Crisis:

a. La Unidad de Intervención en Crisis, es un espacio de atención terapéutica multidisciplinaria, que permitirá atender de manera inmediata y oportuna, el sufrimiento mental y emocional ocasionado por cualquier evento traumático, o por estrés agudo, que desborda la capacidad de respuesta de la persona y sus familiares (ejemplo: recibir una noticia de la muerte de un familiar dentro o fuera

del establecimiento de salud, víctima de accidentes de tránsito, brotes psicóticos, etc).

b. Las técnicas de primeros auxilios psicológicos, o sostenimiento emocional, tiene como finalidad recuperar el autocontrol y la capacidad para la toma de decisiones. Así también este tipo de intervenciones reduce la aparición de trastornos mentales relacionados al evento traumático, en un ambiente que garantice la confidencialidad y privacidad de la persona y su familia. Cabe indicar que los Primeros Auxilios Psicológicos están diseñados para reducir a corto y largo plazo la angustia inicial producida por eventos traumáticos y para promover el funcionamiento adaptativo y las habilidades de afrontamiento", este tipo de procedimientos es una de las características fundamentales que cuentan los profesionales de salud que forman parte de las Unidades de Intervención en Crisis.

c. Un individuo con agitación psicomotriz puede ser violento si su descontrol conductual lo dirige contra sí mismo, contra otros o contra objetos. Para evitar los riesgos en las conductas de algunos usuarios se indica el aislamiento (ubicación del usuario en un espacio apropiado y separado del entorno) y la contención mecánica (forma de restricción de movimientos mientras persiste el riesgo), con el fin de prevenir lesiones en el propio paciente y/o en otras personas (otros enfermos o personal sanitario) de autolesiones, caídas accidentales, etc.

Las medidas alternativas que se pueden adoptar antes de aplicar una contención mecánica son:

- La contención verbal: se debe fomentar la comunicación, en esta fase algún miembro de la familia o acompañante puede contribuir. De esta forma podremos controlar a ciertos enfermos agitados, generalmente leves, agitaciones moderadas y sobre todo de origen psíquico, a fin de evitar la contención mecánica y lograr una alianza con el paciente que nos permita realizar una evaluación diagnóstica de presunción.

- Los primeros auxilios psicológicos: se debe implementar frente a eventos agudos, como el recibir una noticia de la muerte o lesión severa de un familiar dentro o fuera del establecimiento de salud, víctima de accidentes de tránsito, brotes psicóticos, entre otros; tienen que ser de conocimiento de todo el personal que labora en emergencia, independientemente se cuenta con la presencia del especialista y la posibilidad de su intervención en el caso.

- La contención farmacológica: se realiza mediante administración de psicofármacos que provocan una sedación superficial en el paciente. Los fármacos usualmente empleados en el manejo de la agitación psicomotora son los antipsicóticos y las benzodiacepinas, se deben mantener medidas de soporte vital general: control de constantes vitales como la tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxigeno; aconsejándose cada 30 minutos en pacientes sedados y cada dos horas en pacientes sin riesgo.

- Las medidas ambientales: un ambiente calmado y silencioso que evite reacciones de tensión o violencia y la presencia de una persona que facilite la relación con

el/la paciente (una figura que represente autoridad o confianza), limitando la permanencia de aquellas personas o estímulos que puedan producir respuestas negativas con la finalidad de garantizar la disminución de la respuesta agresiva. (13)

- La contención mecánica: es una medida terapéutica temporal y excepcional de aplicación de dispositivos de sujeción mecánica para las personas con agitación psicomotriz, tras haber fracasado otras medidas alternativas como la contención verbal, farmacológica y ambiental, con la finalidad de precautelar la seguridad del usuario, familiar y personal sanitario; siempre y cuando se garantice el respeto a su dignidad y derechos.

La Unidad de Intervención en Crisis tiene como finalidad garantizar la seguridad del paciente, y la seguridad del entorno, cuya indicación debe ser individualizada y limitada en el tiempo.

Se requerirá siempre la indicación del médico responsable. En situaciones excepcionales y por motivos de urgencia, la enfermera podrá tomar la decisión, pero con comunicación inmediata al médico que valorará la indicación, siempre se intentará indicar la medida menos restrictiva posible.

4.2 Medidas de seguridad y espacio físico.

- Espacio amplio, tranquilo, libre de objetos contundentes o afilados, con la adecuada disposición del mobiliario que permita la salida y un sistema de llamada al exterior para situaciones de emergencia con respeto a los derechos humanos y la confidencialidad.
- Ubicación de un consultorio en la planta baja en preferencia en emergencia.
- Medidas de seguridad estructurales como vidrios reforzados, materiales ignífugos.(9)
- Observación directa desde el control de enfermería, habitaciones con mobiliario de uso individual.
- Camas fijas.
- Medios de sujeción (garantizando al usuario el respeto a su dignidad personal y a sus derechos).

Observación del paciente contenido:

Un paciente sujeto y/o aislado requiere una máxima atención en el procedimiento y evaluación de sus necesidades.

Consideraciones a la contención mecánica:

- Es importante referir que en los pacientes con problemas somáticos graves (insuficiencia respiratoria, cardíaca, crisis epilépticas), la contención mecánica debe realizarse bajo vigilancia médica estricta (monitorización).
- No debe utilizarse la contención si es posible aplicar abordajes alternativos.
- Tampoco se debe utilizar como amenaza, castigo o intolerancia hacia el paciente o por comodidad del personal sanitario o demanda de otros pacientes.

- El uso de aplicación del dispositivo de sujeción mecánica es temporal y excepcional para las personas con agitación psicomotriz y con riesgo a la vida.

Abordajes alternativos (Abordaje verbal)

- Lograr empatía con el paciente que permita realizar una evaluación diagnóstica de presunción.
- Disminuir la hostilidad y la agresividad.
- Disminuir la hiperactividad y agitación psicomotriz.
- Prevenir posibles ataques violentos.
- Informar del carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autocontrol.
- Fomentar la verbalización de las preocupaciones y razones o impulsos que le motivan.

4.3. Talento humano requerido para la Unidad de Intervención en Crisis

- Psicólogo/a Clínico/a (Permanente)
- Médico/a Psiquiatra o Médico/a General o Médico/a Familiar o Médico/a Internista (Itinerante)
- Trabajador/a social (Itinerante)
- Enfermera/o (Permanente)

La contratación del personal especializado propio para la Unidad de Intervención en Crisis es una meta a realizar a largo plazo dada las medidas de austeridad del Gobierno actual, por consiguiente el personal puede ser itinerante, como solución mediata el personal del área de emergencia que laboran las 24 horas del día, previamente capacitados en temas de salud mental.

4.4. Equipamiento

4.4.1 Unidades de Intervención en Crisis

- Computadora de escritorio
- Escritorio con cajonera
- 1 Silla giratoria con brazos, 2 sillas confidenciales
- Camilla básica de exploración de 2 cuerpos
- Correa de sujeción 2 pares
- Basurero para desechos infecciosos 10lt.
- Basurero para desechos comunes 10lt.
- Reloj
- Gancho doble
- Dispensador de solución hidrólica
- Escabel de dos tramos
- Sábana
- Almohada
- Materiales de oficina

4.5 Psicofármacos (14)

- Antidepresivos
  1. Fluoxetina
  2. Amitriptilina
  3. Sertralina
- Ansiolíticos
  1. Diazepám
  2. Alprazolám
- Antiepilépticos
  1. Carbamacepina
  2. Ácido Valpróico
  3. Lamotrigina
  4. Gabapentina
- Antiepilépticos derivados de benzodiacepinas
  1. Clonazepám
- Antiparkinsonianos
  1. Biperideno
- Antipsicóticos
  1. Clorpromacina
  2. Levomepromacina
  3. Haloperidol
  4. Decanoato de Haloperidol
  5. Quetiapina
  6. Carbonato de litio
  7. Risperidona
- Analgésicos opioides
  1. Buprenorfina
  2. Tramadol

- Antídotos Antagonistas de opiaceos
  1. Naloxona

Los medicamentos se deberán colocar en un lugar seguro y con acceso solo del personal de emergencias que se encuentren capacitados para la atención.

5. Criterios de inclusión para hospitalización en Unidades de Intervención en Crisis

- Estado de agitación moderada-extrema con signos de violencia y riesgo de auto o heteroagresiones. (15)
- Amenazas y conductas que ponen en riesgo su vida o generan daño.
- Hiperactividad prolongada.
- Riesgo de accidente serio para el paciente, familia, otros pacientes y personal sanitario.
- Pacientes con delirium (Síndrome Confusional Agudo).
- Pacientes con ideaciones, planes e intentos suicidas.
- Pacientes con cuadros psicóticos descompensados (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, episodios maníacos, episodios depresivos graves, psicosis tóxicas...)

- Pacientes o familiares con aumento significativo de estrés psicosocial que desbordan sus capacidades de afrontamiento y adaptación (trastornos graves de personalidad, trastorno por estrés agudo, situaciones de fallecimiento, enfermedades terminales, víctimas de accidentes de tránsito...).
- Pacientes con intoxicación por sustancias (intoxicación o de privación a alcohol, cocaína, cannabis, heroína, etc.); o cuadro clínico (que por la intensidad de los síntomas) al usuario o familiares les resulte imposible controlar y ponga en riesgo la vida del paciente.

5.1. Criterios de exclusión para hospitalización en Unidades de Intervención en Crisis

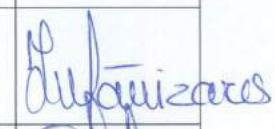
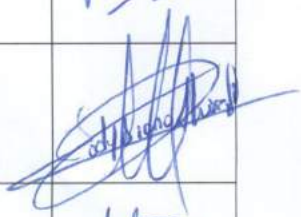
- Pacientes que se encuentren compensados.

6. Líneas para generar al alta (Profesional).

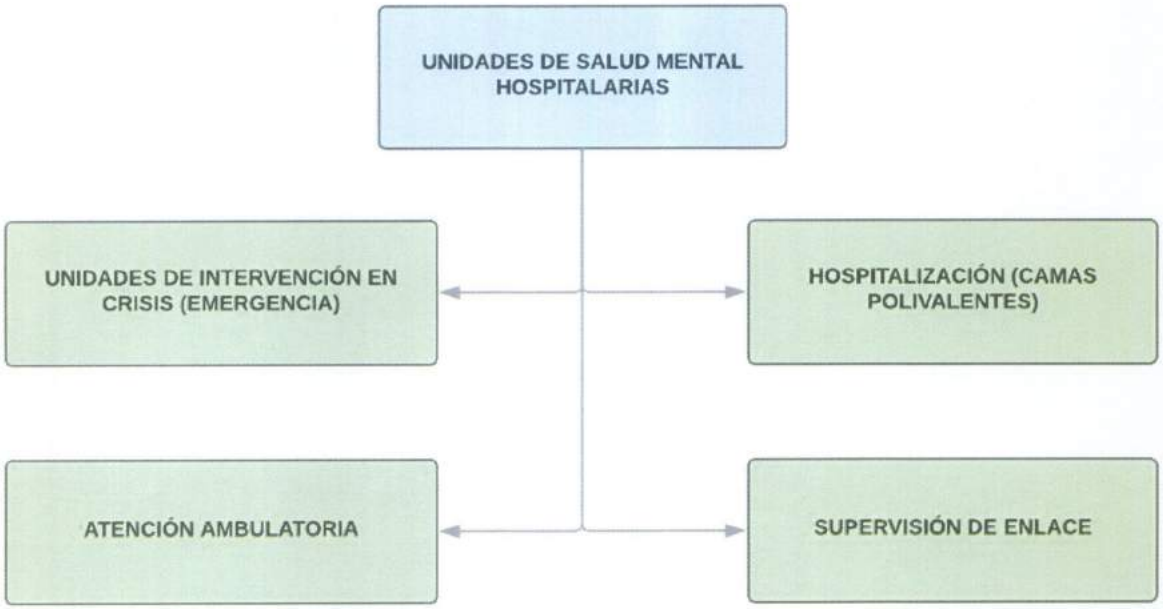
- Brindar una información de calidad al usuario y sus acompañantes sobre su estado de salud, tratamiento, complicaciones y riesgos para el futuro.
- Evaluación médico-psicológica y social. En caso de no contar con referente familiar, trabajo social debe realizar la coordinación con el Ministerio de Inclusión Económica y Social, o con fundaciones para el acogimiento institucional de los usuarios/pacientes.
- Referencia a la Unidad de Salud Mental Hospitalaria si requiere hospitalización.
- Contrareferencia al primer nivel de atención para continuidad del tratamiento.

Referencias

1. Vallejo R. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría.7.a ed. España: Barcelona; 2011.
2. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario de la lengua española. 23.a ed: 2014.
3. Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento con Glosario y Criterios Diagnósticos de Investigación CIE-10: CDI-10, ed médica panamericana. España: Madrid; 1994.
4. Lloret G. Protocolo de Contención de Pacientes. S. Pediatría. Dpto de Salud Alicante-Hospital General; 2017.
5. López J. Contención Verbal. Psiquiatra Servicio Navarro Salud-Osasunbidea; 2017.
6. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10.a ed. Whashinton:OPS;2008.
7. Echeburúa E. Análisis y Modificación de Conducta. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco; 2007, Vol. 33, Nro. 147.
8. Organización Mundial de la Salud. Salud mental en las emergencias; 2017.
9. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014.
10. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el primer nivel de atención de la salud no especializada 2015
11. Arias JMM. Revisión de los términos del léxico psiquiátrico de la 22.a ed. del diccionario de la Real Academia Española y propuesta de nuevos lemas (primera entrega: A-C). Panace.2011;XII
12. Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León; 2009.
13. Prüss-Üstün A.y Corvalán. C. Organización Mundial de la Salud. Ambientes Saludables y Prevención de Enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente: resumen de orientación; 2006.
14. Lineamientos Operativos para la Atención en las Unidades de Salud Mental Hospitalarias. Ministerio de Salud Pública; 2016.
15. Servicio Andalucía de Salud. Consejería de Igualdad, Salud, y Políticas Sociales. Procedimiento de Enfermería Sobre Contención Mecánica (CM) O Sujeción Terapéutica. Julio 2014.

	Nombres y apellidos	Cargo	Sumilla
Aprobado por:	Ingrid Omayra Cañizares	Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud (S).	
Revisado por:	Lisset G. Tapia Yánez	Directora Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud.	
	Helen Yadira Ayala	Directora Nacional de Hospitales.	
	Mercedes del Pilar Allauca	Gerente del Proyecto Creación e Implementación de los Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones.	
	Rebekka Gerstner	Especialista Subsecretaría de Provisión de Servicios de la Salud	
Realizado por:	Lady Diana Álvarez	Especialista de Cuidado Permanente 1	
	Magdalena Nathalia Lozano	Especialista de Cuidado Permanente 1	

ANEXO 1: ORGANIZACIÓN DE LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL HOSPITALARIAS.

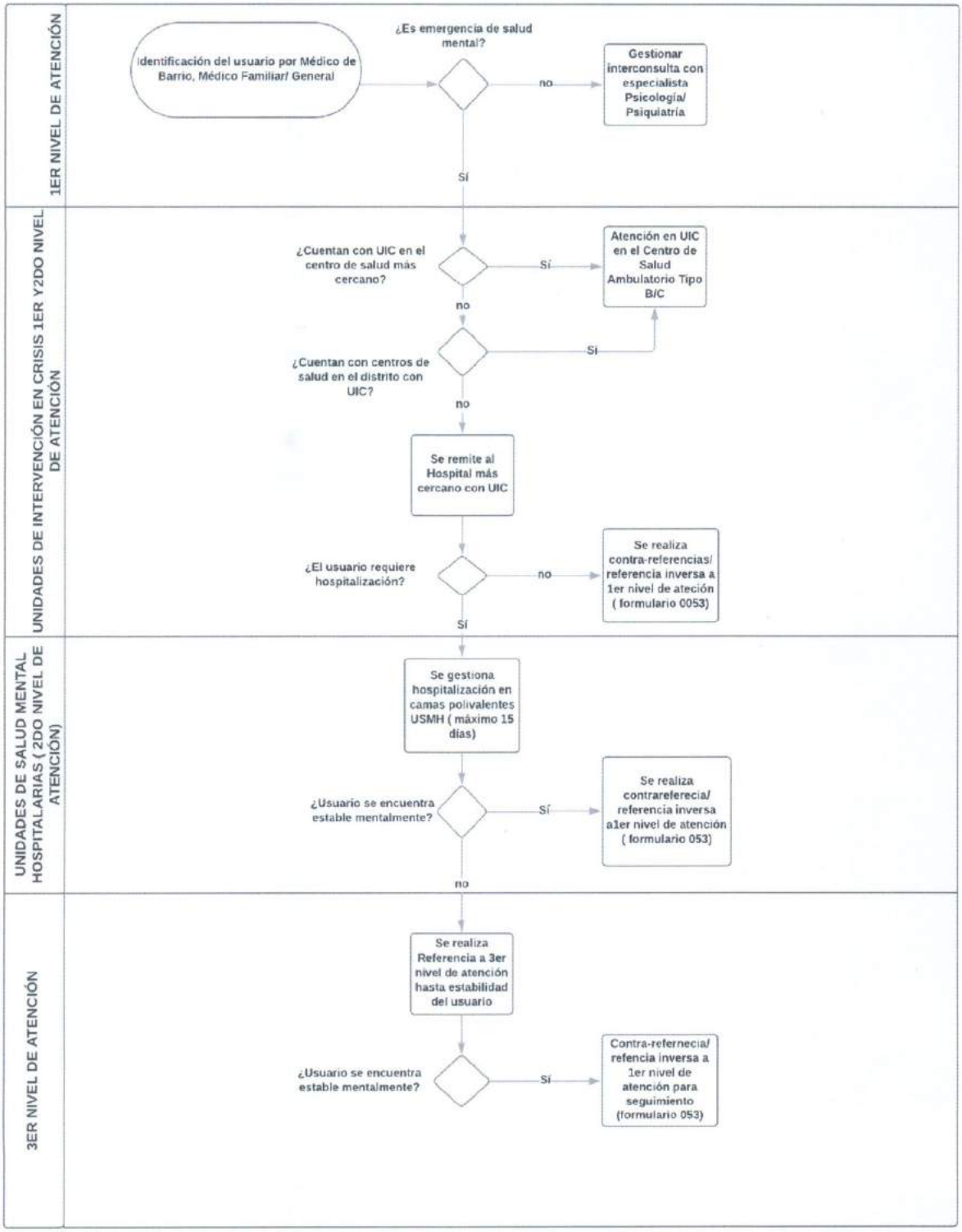


ANEXO 2

2.1 Ficha de Caracterización Emergencia/ Urgencia

	FICHA DE CARACTERIZACIÓN	**FECHA:**
		VERSION: 01
MACROPROCESO:	Atención médica al ciudadano	
PROCESO:	Atención de Emergencia/Urgencia	
SUBPROCESOS:	N/A	
OBJETIVO	Brindar atención médica y de enfermería eficiente y oportuna en el área de emergencia con el fin de asegurar la salud integral, seguridad del usuario y del entorno, y garantizar el respeto a su dignidad personal y a sus derechos.	
ALCANCE	**Desde:** Solicitud de atención al servicio de emergencia. **Hasta:** El usuario es egresado del servicio de emergencia a la Unidad de Salud Mental Hospitalaria, domicilio, consulta externa o referido, contrareferido, derivado.	
PROVEEDORES	- Usuarios. - Paramédicos. - Personal médico. - Referencia o derivación de Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria de Salud, a través de la coordinación del ECU911. - Establecimiento de Salud - Responsable legal del paciente, acompañante del paciente - Otros proveedores (Policía, Bomberos, Militares, etc.)	
DISPARADOR	Solicitud de atención médica en el servicio de emergencias.	
INSUMO(S)	- Solicitud de atención médica emergente. - Referencia y contrareferencia. MSP-DNEAIS/form.053/ene/2014. - Formulario de emergencia SNS-MSP/HCU-form008 /2008 - Anexo 2. Atención Pre hospitalaria. SNS-MSP/HCU- anexo002/2008. - Formulario de Evolución y prescripciones. SNS-MSP/HCU- form.005/2008. - Indicaciones médicas verbales o escritas. - Historia Clínica Única.	

PRODUCTO(S) /SERVICIO(S)	- Indicaciones médicas verbales. - Atención médica y de enfermería brindada. - Solicitudes de auxiliares de diagnóstico, tratamiento e internamiento. - Recetas médicas. - Certificados médicos. - Referencia, contrareferencia, referencia inversa (Formulario 053). - Consentimiento informado. SNS-MSP/HCU-form.024/2008 - Interconsultas (SNS-MSP/HCU/form.007/2008). - Formulario de Evolución y prescripciones. SNS-MSP/HCU- form.005/2008.	
CLIENTES INTERNOS	- Ministerio de Salud Pública de Ecuador.	
CLIENTES EXTERNOS	- Población. - Red Pública Integral de Salud, Red Complementaria de Salud	
POLÍTICAS	- Para efectos del proceso todo paciente previo al registro de actividades de atención de emergencia deberá estar registrado. - Cualquier indicación verbal que sea otorgada por el profesional deberá ser registrada posteriormente. - De acuerdo a la normativa vigente, todo usuario que es atendido en el servicio de emergencias, deberá contar con un consentimiento informado (SNS-MSP/HCU-form.024/2008) firmado por él o responsable legal.	
CONTROLES (ESPECIFICACIONES TECNICAS Y LEGALES)	- Constitución de la República del Ecuador. - Ley Orgánica de la Salud. - Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. - Norma Técnica de Referencia, Referencia Inversa, Contrareferencia, Transferencia y Derivación del Sistema Nacional de Salud. - Manual de uso de los formularios básicos de la historia clínica única (Acuerdo Ministerial 000138 14 de Marzo del 2008). - Reglamento de Jornada de Trabajo en Red Pública Integral de - Salud, Acuerdo Ministerial 1849 publicado en registro oficial 798 - de 27 de septiembre de 2012, última modificación el 7 de marzo de 2013.	
RECURSOS	**Talento Humano**	- Personal sanitario que atiende en el servicio de emergencias (Emergenciólogos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, personal de farmacia, y trabajador social). - Personal de apoyo (Guardia de seguridad, trabajador de atención al usuario).

<table>
<tr><td></td><td>Materiales</td><td colspan="2">- Equipos de computación.
- Impresora.
- Mobiliario según necesidad.
- Equipamiento y Dispositivos médicos necesarios para el área de emergencias. (medicamentos y correas de sujeción)
- Mobiliario de seguridad pasiva.</td></tr>
<tr><td></td><td>Financieros</td><td colspan="2">De acuerdo al presupuesto asignado.</td></tr>
<tr><td>FRECUENCIA</td><td colspan="3">Diaria.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">INDICADORES DE DESEMPEÑO</td><td>Nombre:</td><td>Frecuencia:</td><td>Fórmula de cálculo:</td></tr>
<tr><td>Porcentaje de pacientes atendidos con trastornos mentales.</td><td>Porcentaje de pacientes atendidos en emergencias.</td><td>(Número de pacientes atendidos en emergencia por trastornos mentales) / total de pacientes atendidos por todas las causas) * 100</td></tr>
<tr><td>ANEXOS</td><td colspan="3">• Formulario SNS-MSP / HCU-form.002 / 2008, Consulta externa, anamnesis y examen físico.
• Formulario SNS-MSP / HCU-form.005 / 2008, Evolución y prescripciones.
• Formulario SNS-MSP / HCU-form.007 / 2008, Interconsulta – Solicitud – Informe.
• Formulario SNS-MSP / HCU-form.008 / 2008, Emergencia.
• Formulario SNS-MSP / HCU-form.024 / 2008, Autorizaciones, Exoneraciones y Consentimiento Informado.
• Formulario SNS-MSP / HCU-form.053 / 2008, Referencia – Contrareferencia.</td></tr>
</table>

2.2 Diagrama de flujo Emergencia