

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

**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**

## **Autoridades**

Paúl Proaño

María Gabriela Morales

Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud

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

Edgar Augusto Bravo Paladines

Director Nacional de Hospitales

## **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

Dirección Nacional de Hospitales

### **1er Equipo de redacción**

Gabriela Llanos MSP

Comisión de Salud Mental

María José Flores MSP

Dirección Nacional de Hospitales

### **1er equipo de revisión**

María Gabriela Morales Escobar

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

Andrés Aguirre

Analista Comisión Salud Mental

Roberto Javier Enríquez Anaya

Analista Comisión Salud Mental

Giovanni Gaón

Director Nacional de Hospitales

### **2do Equipo de redacción**

Roberto Enrique Anaya

Analista Comisión Salud Mental

Carlos Díaz Guerra

Analista Comisión Salud Mental

Abel Pérez león

Proyecto PCISRSMCCE

Javier Cárdenas

Responsable Salud Mental Zona 9

Cecilia Portilla

Psiquiatra Hospital Julio Endara

Genoveva Torres

Psiquiatra Hospital Docente de Calderón

Yanet Castro

Psicóloga Hospital Pablo Arturo Suárez

Nancy Calero

Psiquiatra Hospital Pablo Arturo Suárez

Daniel Gómez

Psicólogo Hospital de Calderón

Silvia Morales

Psicóloga Hospital Enrique Garcés

### **2do Equipo de revisión**

Paul Oswaldo Proaño

Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud

María Gabriela Morales Escobar

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

Edgar Augusto Bravo Paladines

Director Nacional de Hospitales.

Mercedes Allauca Tierra

Analista PCISRSMCCE

## 1.- Objetivos

### 1.1. Objetivo General

Proporcionar lineamientos para la organización y el funcionamiento de las unidades de salud mental en establecimientos de salud de segundo nivel del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

### 1.2. Objetivos Específicos

- a. Establecer la infraestructura, equipamiento, talento humano y normativas necesarias para el funcionamiento de las unidades de salud mental hospitalarias.
- b. Definir el conjunto de prestaciones de las unidades de salud mental hospitalaria.
- c. Garantizar el proceso de referencia y contrareferencia entre los diferentes niveles de atención sustentados en el Modelo de Atención Integral de Salud.
- d. Establecer indicadores que permitan medir la calidad y eficiencia de las unidades de salud mental en establecimientos del segundo nivel de atención.
- e. Caracterizar los procesos de urgencia/emergencia, hospitalización, consulta externa y supervisión de enlace de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias.

## 2.- Definición de Conceptos:

- a. **Agitación Psicomotriz:** Estado de exaltación motora con inquietud, gesticulación, con movimientos automáticos o intencionales sin objetivo estable, acompañada de ansiedad, cólera, pánico, euforia, desinhibición verbal, falta de conexión ideática, llegando a convertirse en un peligro real para el individuo y su entorno porque la conducta puede ser impulsiva, negligente, desordenada y arriesgada. <sup>(1)</sup>
- b. **Autolesión:** Es un término más amplio que concierne a envenenamiento o lesión intencional autoinfligida la cual puede tener o no un objetivo o resultado final<sup>(3)</sup>
- c. **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.  
Los principales síntomas de los ataques de angustia son: palpitaciones, dificultad respiratoria, mareos, ahogos, escalofríos, debilidad, cefalea, dolor torácico, desmayo, temblor, sudoración, miedo a morir. Además se incluye otros síntomas con menor frecuencia: despersonalización, desrealización, náuseas, trastornos gastrointestinales, hiperventilación.<sup>(4)</sup>
- d. **Camas polivalentes:** Son las camas que se tienen generalmente en hospitales básicos o generales, que según la necesidad de internación varía el numérico de camas asignadas por especialidad para dar atención a los cuadros que requieren internación. A esto se le denomina gestión de camas. <sup>(5)</sup>
- e. **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 enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos de una enfermedad. <sup>(6)</sup>

- f. **Depresión:** La depresión es una enfermedad mental común que se presenta con ánimo en menos, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y mala 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. Los episodios depresivos cursan con síntomas tales como el ánimo en menos, pérdida de interés y placer, y aumento de la fatigabilidad. Según el número y la severidad de los síntomas, puede clasificarse como leve, moderado o severo. Alguien con un episodio leve tendrá alguna dificultad para seguir adelante con su trabajo y actividades sociales pero no dejara de funcionar completamente. Pero durante un episodio severo, es muy poco probable que la persona pueda continuar con sus actividades sociales, laborales o domésticas. <sup>(7)</sup>
- g. **Duelo:** El duelo (del latín dolus, dolor), según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española son las demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien, expresadas con dolor, lástima, aflicción o pesar. <sup>(8,9)</sup> Es la reacción natural matizada por el entorno sociocultural—normal y esperable, de adaptación a la pérdida o separación de un ser querido, que sufren familiares y amigos antes, durante y después de su pérdida o separación. Es una experiencia de sufrimiento total, entendiendo por tal el proceso físico, psicoemocional, sociofamiliar y espiritual por el que pasa el doliente en todos esos momentos; e incluye el conjunto de expresiones conductuales, emocionales, sociofamiliares y culturales del mismo. <sup>(9)</sup>
- h. **Emergencia:** Situación en la que existen síntomas psíquicos que producen alteraciones en (percepciones, pensamientos, sentimientos, conductas) de 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. <sup>(10)</sup>
- i. **Incluir emergencia en salud mental**
- j. **Itinerancia del profesional:** La itinerancia del profesional se basa en los principios orientadores de la equidad e integralidad, el primero entendido como la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades de la población y del individuo con el fin de brindar igual oportunidad para desarrollar y mantener la salud; la integralidad es una función de todo el sistema. <sup>(13)</sup> Encaminada a fortalecer la capacidad de respuesta de profesionales de salud mental.
- k. **Servicio Itinerante:** Es la combinación de estrategias de atención ambulatoria a nivel comunitario en nuevas unidades de atención a la salud y conectividad efectiva con la atención hospitalaria. Implica que la mayor resolutivez se encuentre disponible y al alcance de todas las personas, sin que éstas tengan que realizar grandes desplazamientos a los centros de salud. La idea subyacente es: “Que los servicios sigan a la gente”. <sup>(14)</sup>
- l. **Intoxicación aguda:** Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones en el nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas. Los efectos de la sustancia dependen del tiempo transcurrido desde el último consumo de la sustancia y los signos y síntomas que presente la persona. <sup>(4)</sup>
- m. **Psicoterapia individual:** Espacio terapéutico donde se realiza la indagación de síntomas individuales de la personalidad, con el fin de generar alternativas de solución a conflictos, afirmación de caracteres positivos para el proceso de recuperación de acuerdo a un objetivo previamente planteado por el sujeto. <sup>(15)</sup>
- Se trata de una relación profesional entre el terapeuta y el cliente basada en técnicas, estructuras y principios terapéuticos. El objetivo de la psicoterapia es el desarrollo y fortalecimiento psíquico es un proceso enfocado, entre otras cosas, en ayudar al individuo a adquirir una mayor comprensión de uno mismo y del entorno lograr cambios positivos en las distintas áreas de su vida; superar desafíos y resolver problemas, aprender a convivir y gestionar emociones como la tristeza, la ira y el miedo, aumentar la confianza en uno mismo y la autoestima. <sup>(16)</sup>

- n. **Psicosis aguda:** Está caracterizada por distorsiones del pensamiento así como también por un conjunto de emociones inapropiadas o limitadas. Puede presentar lenguaje incoherente o ilógico, alucinaciones, celos excesivos e injustificados. La conducta puede ser desorganizada, con agitación, o inactividad excesiva e incongruencia entre las emociones y la conducta, entre expresiones faciales y el lenguaje corporal. <sup>(13)</sup>El término psicosis aguda comprende un grupo heterogéneo de psicosis que tienen en común un inicio agudo, sintomatología polimorfa y rápida resolución. <sup>(11)</sup>
- o. **Psicoeducación:** Son una serie de recomendaciones con la finalidad de generar conciencia de enfermedad, de los riesgos existentes, y de dificultades psicosociales, con el fin de favorecer la prevención y promoción de la salud mental. Sirve para mejorar la adherencia del paciente y familiares al tratamiento, evita factores desencadenantes de la condición de enfermar, entre otros. <sup>(2)</sup>
- p. **Prevención de problemas y trastornos mentales:** Es la reducción de la ocurrencia de nuevos casos de problemas y trastornos mentales. <sup>(19)</sup>
- q. **Promoción de Salud Mental:** Es una estrategia integral y un conjunto de actividades positivas encaminadas a:
- Mejorar la visibilidad y el valor de la salud mental a nivel de las sociedades, las secciones de las sociedades y los individuos, y
  - Proteger, mantener y mejorar la salud mental. <sup>(20)</sup>
- r. **Riesgo suicida/ autolesión:** Mientras la autolesión que concierne al envenenamiento o la lesión intencional auto infligida la cual puede o no tener un objetivo de resultado letal. Si los signos y síntomas por autolesión requieren de tratamiento médico urgente tales como sangrado o intoxicación. Si se necesita hospitalización médica, es importante continuar con el monitoreo para evitar el suicidio. <sup>(10)</sup>
- s. Clasificación de riesgo suicida <sup>(21)</sup>
- Riesgo leve: Hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño. No existe intención evidente. La persona puede rectificar su conducta con autocrítica.
  - Riesgo moderado: Existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgos adicionales. Puede existir más de un factor de riesgo sin planes claros.
  - Riesgo grave: Existe una preparación completa para hacerse daño puede tener antecedentes de intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechazo al apoyo social y no rectifica sus ideas.
  - Riesgo extremo: Varios intentos de autoeliminación con varios factores de riesgo, pueden estar presentes como agravantes la autoagresión.
- t. **Salud Mental:** “Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. <sup>(22)</sup>
- u. **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. <sup>(4)</sup>
- v. **Suicidio:** Es el acto deliberado de quitarse la vida que tiene como resultado la muerte. <sup>(10)</sup>
- w. **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 específica. Se caracteriza por síntomas similares a otras enfermedades, y el dolor sentido por la persona es real. <sup>(5)</sup>
- x. **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 juego la vida del enfermo ni la de otras personas. <sup>(13)</sup>

- y. **Supervisión de enlace:** La supervisión de enlace es una metodología para la capacitación y monitoreo del personal especializado y no especializado en materia de salud mental en el primer y segundo nivel de atención de salud. Está integrada por un equipo de salud mental, conformado de al menos un profesional de psiquiatría (o medicina familiar), un profesional de psicología y un licenciado/a en enfermería, que estén capacitados y trabajando en salud mental. Este monitoreo debe ser periódico, sistemático y orientado al análisis de la pertinencia, suficiencia, eficiencia, efectividad, eficacia e impacto de las acciones de acuerdo a lo establecido en el Modelo de Atención Integral de Salud en función de los objetivos y resultados. <sup>(27)</sup>
- z. **Iatrogenia:** Iatrogénico se define, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española como toda alteración del estado del paciente producida por el médico. La palabra iatrogenia proviene del griego iatros que significa médico y geno que significa producir u originar. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) define iatrogenia como determinadas consecuencias del comportamiento médico, mismas que pueden ser producidas tanto por el médico como por los medicamentos y agrega también que estas consecuencias pueden ser positivas o negativas. Actualmente el término iatrogenia es usado más comúnmente en el sentido negativo, como la afección resultante de un errado comportamiento médico, tratamiento o medicamento. <sup>(28)</sup>
- aa. **Continuidad de la atención:** Es el seguimiento al estado de salud de las personas; las familias, el control de los riesgos y factores determinantes para la salud y su entorno; atención de cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o su rehabilitación. <sup>(29)</sup>

### 3.- Alcance

Los presentes lineamientos operativos son de aplicación obligatoria en todos los hospitales básicos<sup>1</sup>, generales (que por las características de la institución requieran la implementación), del Ministerio de Salud Pública. Su cumplimiento es responsabilidad de la Autoridad Sanitaria Nacional.

### 4.- Lineamientos generales de Implementación

La Unidad de Salud Mental Hospitalaria se enfoca en la atención integral que debe ser parte de los hospitales básicos, generales y especializados (que por las características de la institución requieran la implementación) y *“constituyen una importante alternativa a los hospitales psiquiátricos cuando se requiere la hospitalización a corto plazo de personas que presentan episodios agudos y graves”* <sup>(17)</sup>

En el segundo nivel de atención (donde se encuentre implementadas las USMH) se realizarán todas las acciones y servicios de salud mental de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización.

#### Características generales de las Unidades de Salud Mental Hospitalarias

- a. Fortalece los servicios hospitalarios con atención integral en salud mental como tratamiento coadyuvante de otras enfermedades de la salud física.
- b. Aborda los problemas de salud mental, en el medio hospitalario, que no pueden ser resueltos en el primer nivel de atención.
- c. Constituye una alternativa, sustitutiva, a los hospitales psiquiátricos con la finalidad de fortalecer el proceso de desinstitucionalización y la inclusión de las personas, con problemas de salud mental, en la comunidad.

- d. Brinda continuidad a la atención iniciada en el primer nivel, de los casos no resueltos, que requieran atención especializada por problemas de mayor complejidad.
- e. El ingreso a la unidad de salud mental hospitalaria, en segundo o tercer nivel, se realiza a través del primer nivel de atención exceptuando algunos casos de urgencias y emergencias en salud mental que, teniendo en cuenta el nivel de gravedad donde puede estar comprometida la vida del paciente y/o la de los demás, pueden acceder directamente.
- f. Las unidades de salud mental integradas a los hospitales básicos, generales y especializados (donde se encuentre implementadas las USMH) deben estar dotadas de profesionales especializados en salud mental en las ramas de la psicología, psiquiatría, enfermería, trabajo social.
- g. El profesional de psiquiatría debe realizar itinerancia en las zonas donde hay escases de personal especializado, los equipos móviles de salud mental son una estrategia valiosa para atender las necesidades de las personas y sus familias. Su finalidad es brindar asistencia con seguimiento a los pacientes, con trastornos mentales, que requieran atención especializada y capacitación a los profesionales de primer nivel <sup>(25)</sup>. Esta actividad se implementara previo informe técnico de factibilidad de la dirección zonal de provisión de servicios de salud.
- h. Tiene que monitorear el abastecimiento de psicofármacos para salud mental en urgencia, emergencia, hospitalización y consulta externa, según el cuadro básico, nacional, de medicamentos.
- i. Mantiene espacios de comunicación interdisciplinaria con la finalidad de realizar reuniones de equipo, diario, con la finalidad de analizar los casos de salud mental hospitalizados donde se analizarán estrategias de tratamientos individuales y una reunión semanal, para apoyo e interconsultas a las demás especialidades mediante previa coordinación de manera interna, a través de cada administración técnica, recíprocamente, exceptuando los casos emergentes que requieran de criterio especializado, al momento que se solicite.

## **4.1 Infraestructura**

- Requiere de diversas instalaciones como consultorios para pacientes ambulatorios, camas polivalentes para pacientes, de salud mental <sup>(26)</sup>, en salas de hospitalización general y camas en el área de urgencias. En casos de que el hospital cuente con espacio, documentos sugeridos por la OPS<sup>1</sup>, como lo ideal, plantean la implementación de camas de 1.5 a 4.5 por cada 10.000 habitantes, específicamente para salud mental, de preferencia con ubicación en parte baja, con medidas de seguridad estructurales como vidrios reforzados, materiales inífungos con existencia de material anteincendios y salidas de emergencias con respeto a DDHH y confidencialidad, observación directa desde el control de enfermería, habitaciones con mobiliario de uso individual. Servicios sanitarios, si es posible, en las habitaciones. <sup>(26)</sup> Espacios de uso común: comedor, visitas, ocio y espacios para consultas y evaluación, pues facilita la dinámica de trabajo para la institución hospitalaria, se establece como una especialidad más y constituye una fortaleza para las interconsultas con las salas de las otras especialidades.

## **4.2. Talento humano requerido para la Unidad de Salud Mental Hospitalaria**

- Psicólogo/a Clínico/a.
- Médico/a Psiquiatra o Médico/a General o Médico/a Familiar o Médico/a Internista
- Trabajador/a social

<sup>1</sup> Aparicio V, y Angosto Basauri (2016). “El componente de salud mental en el hospital general”. (1ra Ed.). Asociación Española de Neuropsiquiatría.

- Enfermera/o”

### **4.3. Equipamiento**

- Computadoras
- Escritorios
- Sillas
- Camas
- Sábanas
- Almohadas
- Sanitarios, Lavamanos y duchas
- Hojas y esferos
- Materiales de seguridad
- Impresora
- Medicamentos psicofármacos
- Antidepresivos
  1. Fluoxetina
  2. Amitriptilina
  3. Sertralina
- Ansiolíticos
  1. Diazepám
  2. Alprazolám
- Antiepilépticos
  1. Carbmacicina
  2. Ácido Valpróico
  3. Lamotrigina
  4. Gabapentina
- Antiepilépticos derivados de benzodiazepinas
  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

### **4.4. Normativas**

- Modelo de Atención de Salud
- 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.

## 5. Organización interna de la Unidad de Salud Mental Hospitalaria

### 5.1 Atención de Emergencia/Urgencias en salud mental

- Aunque una persona muestre síntomas graves de algún trastorno mental, no se relaciona directamente con la hospitalización, ya que se puede llevar un tratamiento efectivo a nivel comunitario <sup>(2)</sup> y los criterios de inclusión estarán a cargo del equipo de evalúa, cumpliendo los lineamientos operativos para la atención de las unidades de salud mental hospitalarias. Sin embargo, *“en ocasiones, la naturaleza o intensidad de los síntomas, la conducta inducida por la enfermedad, o los riesgos que la conducta pueda conllevar para el propio paciente o para los demás hacen aconsejable la hospitalización”* <sup>(3)</sup>.
- Se debe realizar la compensación de cuadros agudos. Si por las características de las patologías, incluidas como urgencias, el especialista considera que puede convertirse en una emergencia debe ser hospitalizado, mínimo 24 horas, realizar intervención en crisis si, en ese tiempo, el paciente ha eliminado los síntomas agudos, realizar una adecuada contrareferencia, un adecuado sistema de enlace comunitario y reinsertarlo a la comunidad con seguimiento en ambulatorio o ambulatorio intensivo valorando la complejidad del caso.
- Solamente se referirá a tercer nivel de atención, especializado en salud mental los trastornos mentales, que después de 15 días de hospitalización, en segundo nivel, con tratamiento psicosocial y farmacológico, respaldado por procedimientos de buena evidencia científica (guías de prácticas clínicas avaladas internacionalmente, priorizando las que estén validadas nacionalmente), no hayan logrado su compensación y constituya un riesgo de agravamiento con peligro para la vida del paciente y/o la de los demás.

#### 5.1.1 Criterio de inclusión para la atención en el área de urgencias/emergencias

- Todos los trastornos mentales que no puedan ser resueltos en primer nivel de atención y que por las características del cuadro clínico representen una urgencia o emergencia (de las descritas en los lineamientos) que ameriten atención especializada.
- El 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, la de los demás o el entorno, aunque no hayan sido atendidos en el primer nivel de atención.

#### 5.1.2 Criterio de exclusión para la atención en el área de urgencias/emergencias

- Pacientes que se encuentren compensados
- En el área de urgencias/emergencias se realizarán correctos procedimientos en cuanto a:
  - **Confeción de historia clínica** que incluirá:

- Datos psicosociales
- Motivo de consulta
- Historia de la enfermedad actual

- Examen físico (neurológico, endocrino, cardiovascular, respiratorio, digestivo, renal, toma de signos vitales)
  - Examen psiquiátrico
  - Consentimiento informado
- **Indicación de exámenes de laboratorio** teniendo en cuenta tipo de exámenes y la congruencia entre estos y la sintomatología del paciente.
  - **Medidas de contención verbal, mecánica y psicofarmacológica** en los pacientes que lo ameriten de acuerdo a protocolos.
  - **Diagnóstico** con adecuada congruencia entre características clínicas del paciente, resultados de laboratorio clínico y criterios de otras especialidades si fueron interconsultadas según corresponda.
  - **Conducta a seguir si se decide la hospitalización** con las orientaciones pertinentes, para la atención de enfermería, de acuerdo a las características clínicas del caso.
  - **Calidad en la atención** que incluirá:
    - Calidad de información brindada al paciente y sus acompañantes relacionada con la situación de salud del enfermo.
    - Comprensión por parte del paciente y sus acompañantes del estado de salud del enfermo.
    - Adecuado uso del consentimiento informado.
    - Atención adecuada a las preocupaciones que puedan surgir a partir de la decisión de que el paciente debe ser hospitalizado, contrareferido al 1er nivel de atención o referido al 3er nivel.

Emergencias de Salud Mental	Urgencias de Salud Mental
- Ideación suicida con riesgo suicida moderado, grave o extremo	- Ideación suicida con riesgo suicida leve.
- Intento suicida de alta letalidad.	- Trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos
- Crisis de pánico con riesgo para la vida	- Crisis de inhibición psicomotriz
- Intoxicación aguda por consumo alcohol u otras drogas. - Síndrome de abstinencia por consumo alcohol u otras drogas que represente un peligro inminente para la vida del sujeto.	- Psicosis aguda
- Depresión grave con síntomas psicóticos con alto riesgo de auto y hetero agresión.	- Estado confusional/delirium previa interconsulta con Medicina interna y especialidades que lo ameriten, después de descartar origen orgánico.
- Crisis de agitación psicomotriz de causa orgánica (tumor, epilepsia, hipertiroidismo etc), o de origen psicológico (psicosis, neurosis, trastorno de personalidad emocional inestable de tipo impulsivo/explosivo, trastorno límite de la personalidad etc.)	- Trastornos disociativos (conversivo que puedan convertirse en una emergencia)
- Manía con auto/heteroagresividad	- Situación de maltrato / abuso sexual
- Catatonia de origen psíquico.	

- Delirium tremens

En el caso de las emergencias de salud mental se determinarán estos criterios independientemente del tiempo de evolución.

En caso de las urgencias, son consideradas ya que se pueden convertir en una emergencia.

En temáticas de abuso sexual y maltrato se debe coordinar con la sala de primera acogida si la institución cuenta con este servicio. Para el efecto se debe atender la Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género, Acuerdo Ministerial 00005198, del 28 de noviembre de 2014, o la normativa desarrollada para el efecto.

## 5.2 Hospitalización

### 5.2.1 Criterios de inclusión para hospitalización en Unidades de Salud Mental Hospitalarias

a. Todos los trastornos mentales que no puedan ser resueltos en primer nivel de atención y que por las características del cuadro clínico representen una emergencia o las urgencias que el médico considere que puede convertirse en una emergencia (de las descritas en los lineamientos).

### 5.2.2 Criterios de exclusión para hospitalización en Unidades de Salud Mental Hospitalarias

- a. Todos los trastornos mentales que no constituyan urgencias ni emergencias, aunque se encuentren descompensados.
- b. Todos los trastornos mentales compensados.
- c. Durante la hospitalización se realizarán correctos procedimientos en cuanto a:
- **Internación de corta estancia:** El tiempo de internación depende del cuadro clínico del paciente y puede ser hasta de 15 días, de acuerdo al caso.
  - **Elaboración de historia clínica** que incluirá:
    - Elaboración de una discusión diagnóstica que debe aparecer con (motivo de consulta, historia de la enfermedad actual, diagnóstico diferencial y diagnóstico positivo ambos con argumentación).
    - Evoluciones diarias donde se refleje la mejoría o agravamiento del paciente.
    - Indicaciones médicas con los fármacos utilizados, concentración, dosificación y administración por parte de enfermería.
    - Descripción de las interconsultas que se realicen.
    - Descripción de los abordajes psicológicos de intervención en crisis que se realicen.
  - **Tratamiento psicológico de intervención en crisis** con congruencia entre el tipo de terapias utilizadas y las características del cuadro clínico del paciente.
  - **Actividades de promoción y prevención** mediante la realización de actividades con los pacientes de salud mental y los hospitalizados por enfermedades físicas, teniendo en cuenta las necesidades reales de la institución.
  - **Interconsultas** teniendo en cuenta características clínicas del caso hospitalizado y la congruencia con los criterios técnicos.

### 5.2.3 Generalidades del proceso de interconsulta <sup>(26)</sup>

a. El equipo de salud mental proveerá interconsulta de psiquiatría, enfermería de salud mental y psicología intrahospitalaria dentro del horario para el que está contratado al servicio de la institución, (una consulta inicial y visitas de seguimiento dependiendo del caso).

#### 5.2.3.1 Razones y mecanismos para solicitar interconsultas <sup>(26)</sup>

- a. Las consultas al equipo de salud mental podrán ser solicitadas por los médicos tratantes y enfermeras que estén en contacto directo con el paciente.
- b. Se podrá solicitar consulta al equipo para: evaluación de pacientes por sospecha o antecedente de un trastorno de salud mental, sospecha o uso de drogas psicotrópicas, pacientes agudamente agitados, que expresan ideación suicida u homicida; pacientes que solicitan ver al psiquiatra o al psicólogo (sólo después de informar al médico tratante), víctimas de violencia intrafamiliar y evaluación de un paciente que rechaza un procedimiento médico o quirúrgico.

### 5.2.3.2 También para la evaluación de pacientes en alto riesgo de presentar problemas de salud mental en virtud de su enfermedad o condición médica:

- a. Pacientes sujetos a amputaciones, cirugías o lesiones que alteren su imagen corporal interna o externa (V. gr. histerectomía, quemaduras, heridas punzocortantes, etc).
- b. Pacientes candidatos a cirugías mayores y que demuestren altos niveles de ansiedad preoperatoria.
- c. Pacientes con diagnóstico de cáncer, E. C. V., tuberculosis, SIDA, insuficiencia renal y/o hepática, diabetes mellitus o hipertensión arterial con pobre control ambulatorio u otras patologías asociadas a cambios significativos en su estilo de vida.
- d. Mujeres hospitalizadas por óbitos, abortos o amenazas de parto prematuro.
- e. Pacientes con diagnóstico de Anomalías Congénitas, hidrocefalia u otra patología infantil que afecte seriamente la dinámica familiar.

En la solicitud de interconsulta realizada por médicos, además de especificar alguna de las razones anteriores, se deberá consignar: antecedentes médicos y psiquiátricos mínimos, examen físico y neurológico, diagnósticos médicos al momento de la evaluación y laboratorios pertinentes.

### 5.2.3.3 Seguimiento de los casos vistos en interconsulta por el equipo de salud mental <sup>(26)</sup>

- a. La frecuencia de seguimiento de los pacientes intrahospitalarios por parte de salud mental de interconsulta depende de los parámetros de cada situación clínica. En cada visita se consignará al menos una breve nota de evolución. Se procurará que se realicen al menos dos visitas a cada paciente durante su estadía según el criterio del funcionario de salud mental.
  - **Utilización de fármacos** teniendo en cuenta tipo, concentración y dosificación en correspondencia con la sintomatología clínica del paciente.
  - **Conducta a seguir al egreso** teniendo en cuenta la elaboración completa de la contrareferencia, referencia o derivación con las indicaciones médicas congruentes con el nivel de atención al que se conduzca al paciente y orientaciones para el seguimiento. Las personas que han sido atendidas por más del tiempo contemplado en hospitalización, se debe coordinar con la coordinación zonal de salud para contrareferencia al primer nivel de atención.
  - **Calidad de la atención** que incluirá:
    - Calidad de información brindada al paciente y sus acompañantes relacionada con la situación de salud del enfermo.
    - Comprensión por parte del paciente y sus acompañantes del estado de salud del enfermo.
    - Adecuado uso del consentimiento informado.
    - Atención adecuada a las necesidades relacionadas con su estancia dentro de la institución.
    - Capacidad de respuesta ante problemas surgidos durante la hospitalización.

- b. **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.
- c. Independientemente del médico psiquiatra que hospitalice al paciente con trastorno mental, cualquiera del equipo de salud mental, que identifique modificaciones, en el enfermo, (positivas y/o negativas), durante la hospitalización, tiene que describir las observaciones encontradas y las alternativas de tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos congruentes con las características clínicas del caso.

## 5.4 Consulta externa

Es un recurso específico para pacientes, inestables, con la finalidad de evitar el ingreso y referencia a otros servicios <sup>6</sup>.

### 5.4.1 Criterios de inclusión:

- a. Todos los pacientes con trastornos mentales, que aunque no constituyan urgencias ni emergencias, después de haber recibido asistencia en primer nivel de atención (con abordaje psicosocial y farmacológico respaldado por procedimientos de buena evidencia científica como guías de prácticas clínicas avaladas internacionalmente, priorizando las que estén validadas nacionalmente), no hayan logrado su compensación y las alteraciones emocionales del paciente sean tan complejas que no puedan ser resueltas en el primer nivel de atención.
- b. Todo paciente, con trastorno mental, que acuda a emergencias y el médico considere que no tiene criterio de hospitalización pero que si se contrarefiere, al primer nivel de atención, pueda agravarse. Con la garantía que una vez estabilizado, clínicamente, será contrareferido al primer nivel de atención.

### 5.4.2 Criterios de exclusión:

- a. Pacientes que se encuentren compensados.
- b. Pacientes que requieran hospitalización.

*En la atención ambulatoria se realizarán correctos procedimientos en cuanto a:*

- a. **Intervención breve individual y familiar** de acuerdo a las necesidades de cada paciente y garantizando la contrareferencia al primer nivel de atención una vez estabilizado el caso clínicamente.
- b. **El tiempo de atención** para la primera consulta serán de 60 minutos y la subsecuente de 45 minutos, para psicología y psiquiatría.
- c. **Proceso psicoterapéutico**, máximo de 5 sesiones, por pacientes.
- d. **Articulación con la red pública integral de salud:**
  - Se realizará la contrareferencia a primer nivel de atención (tratamiento ambulatorio o ambulatorio intensivo según corresponda).
  - Se realizará la referencia a tercer nivel siempre que se haya hospitalizado en segundo nivel, por no haber sido compensado en consulta externa y se haya realizado un tratamiento psicosocial y farmacológico, respaldado por procedimientos de buena evidencia científica (guías de prácticas clínicas avaladas internacionalmente, priorizando las que estén validadas nacionalmente) y constituya un riesgo de agravamiento, con peligro para la vida del paciente y/o la de los demás, o si el caso lo amerita derivación a los subsistema de salud.
- e. **Utilización de fármacos** teniendo en cuenta tipo, concentración y dosificación en correspondencia con la sintomatología clínica del paciente.
- f. **Calidad en la atención** que incluirá:

- Calidad de información brindada al paciente y sus acompañantes relacionada con la situación de salud del enfermo.
- Comprensión por parte del paciente y sus acompañantes del estado de salud del enfermo.
- Adecuado uso del consentimiento informado.
- Atención adecuada a las preocupaciones que puedan surgir por parte del paciente y/o acompañantes
- Capacidad de respuesta ante problemas surgidos en la consulta

## 5.5 Supervisión de Enlace:

- a. En la supervisión de enlace se realizarán correctos procedimientos en cuanto a:
- Capacitación al personal técnico especializado y al no especializado, de primero y segundo nivel, de los conocimientos y habilidades para el desempeño, eficiente, de las actividades enfocadas en la atención en salud mental (tratamiento psicoterapéutico, tratamiento farmacológico, articulación con la red de salud etc.).
  - Supervisión y asesoría técnica de los procedimientos diagnósticos, tratamientos psicoterapéuticos, prescripciones farmacológicas, acciones preventivas y manejo de la referencia, contrareferencia, derivación, referencia inversa y transferencia que realizan los profesionales especializados y no especializados de primero y segundo nivel de atención.
  - Seguimiento y control de las problemáticas que surjan en la actividad diaria, realizando estudios de casos complejos con refuerzo en el manejo clínico.
- b. Este monitoreo y seguimiento se realizará de manera presencial y/o a través de videos o teleconferencias si existen las condiciones en el establecimiento de salud.

## Referencias

1. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría Julio Vallejo Ruiloba. 2011 Elsevier España.
2. Carlos Gómez-Restrepo. Guías de manejo de salud mental. Hermanas Hospitalarias, segunda edición; 2014.
3. Ibidem
4. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud CIE-10 2008.
5. Ibidem
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección nacional de Hospitales MSP-DNH-2015-2578-M.
7. OMS Día mundial de la salud mental. Depresión una crisis global, 2012
8. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. [Sede Web].22ma Ed. [Acceso el 10 de agosto de 2007]. Disponible en <http://buscon.rae.es/draeI/>.
9. Lineamientos operativos para el manejo del duelo en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. Ecuador-2015
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 2010.
11. <http://www.psiquiatria.com/sin-categoria/psicosis-aguda-v-evolucion-concepto-y-estabilidad-diagnostica-en-el-tiempo/#>
12. Ministerio de Salud pública. Guía de práctica clínica de cuidados paliativos. 2014.
13. Ministerio de Salud de Argentina. Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental. Argentina; pág 10, 2013.
14. Organización Mundial de la Salud, Plan de acción sobre salud mental; Suiza, 2013
15. Organización mundial de la salud, Organización de los Servicios Itinerante de Atención Comunitaria. [www.paho.org/dor/images/stories/archivos/chikungunya/panel4\\_02.pdf?ua=1](http://www.paho.org/dor/images/stories/archivos/chikungunya/panel4_02.pdf?ua=1)

16. Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté JC, Villaba L. Guía Clínica para la psicoterapia. R.P.U. (Internet). 2004 (citado 27 nov. 2013); 68 (2); 99-146. Disponible en: [http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/02\\_guía.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/02_guía.pdf)
17. <https://www.hestia.es/terapia-individual>
18. Ibidem
19. Patricia B. Mrazek, y Robert J. Hagerty. Reducing Risk for mental disorders. Frontiers for preventive intervention research. Committee on prevention of mental disorders. Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders. Institute of medicine. Washinton D.C: National Academy Press; 1994.
20. Ministerio de Salud Pública. Modelo de Atención en Salud. Modelo de atención en Salud mental 2014.
21. Gobierno de Chile Ministerio de Salud Pública AUGE Depresión en personas de 15 años y más. Santiago: MINSAL 2013.
22. Organización Mundial de la Salud, Plan de acción sobre salud mental 2013-2020; Suiza, 2013
23. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4); Washington, D.C.: OPS, © 2010
24. Organización panamericana de la salud. Salud Mental en la Comunidad, Segunda Edición. Estados Unidos 2009.
25. Ibidem
26. Organización Panamericana de la salud. Componente de Salud Mental en Hospitales Generales dentro de un entorno comunitario. Cooperación técnica entre países Honduras y Panamá, 2008-2009/ El componente de salud mental en hospital general. Asociación española de neuropsiquiatría, Madrid 2015.
27. Informe técnico de la supervisión de enlace en el modelo de atención de salud mental, 2015
28. Lugo Aguilar, Rebeca Iatrogenia CLÍNICA: infecciones nosocomiales Elementos: Ciencia y Cultura, vol. 19, núm. 82, abril-junio, 2011, pp. 17-22 Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Puebla, México
29. Modelo de Atención Integral en Salud



	<b>Nombres y apellidos</b>	<b>Cargo</b>	<b>Sumilla</b>
Aprobado por:	Dr. Paul Oswaldo Proaño Cárdenas	Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud.	
Revisado por:	Ing. María Gabriela Morales Escobar	Gerente del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones.	
	Dr. Edgar Augusto Bravo Paladines	Director Nacional de Hospitales.	
Elaborado por:	Mgs. Roberto Enríquez Anaya	Técnico, Comisión de Salud Mental.	
	Ps.Cl. Carlos Díaz Guerra	Analista, Comisión de Salud Mental.	
	Dr. Abel Pérez León	Analista, Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones.	

## ANEXO 1: PROCESO DE EMERGENCIA, UNIDAD DE SALUD MENTAL HOSPITALARIA

### 1.1 Ficha de Caracterización Emergencia

	<p align="center"><b>FICHA DE CARACTERIZACIÓN N</b></p>	<p><b>FECHA:</b> 15/06/2016</p> <p><b>VERSION:</b> 01</p>
<p><b>MACROPROCESO:</b></p>	<p>Atención médica al ciudadano</p>	
<p><b>PROCESO:</b></p>	<p>Atención de Emergencia</p>	
<p><b>SUBPROCESOS:</b></p>	<p>N/A</p>	
<p><b>OBJETIVO</b></p>	<p>Brindar atención médica y de enfermería eficiente y oportuna en el área de emergencia con la finalidad de estabilizar al usuario y evitar complicaciones.</p>	
<p><b>ALCANCE</b></p>	<p><b>Desde:</b> Solicitud de atención al servicio de emergencia. <b>Hasta:</b> El usuario es egresado del servicio de emergencia a domicilio, consulta externa, o referido, contrareferido, derivado.</p>	
<p><b>PROVEEDORES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usuarios.</li> <li>- Paramédicos.</li> <li>- Personal médico.</li> <li>- Referencia o derivación de Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria de Salud, a través de la coordinación del ECU911.</li> <li>- Establecimiento de Salud</li> <li>- Responsable legal del paciente, acompañante del paciente</li> <li>- Otros proveedores (Policía, Bomberos, Militares, etc.)</li> </ul>	
<p><b>DISPARADOR</b></p>	<p>Solicitud de atención médica en el servicio de emergencias.</p>	
<p><b>INSUMO(S)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitud de atención médica emergente.</li> <li>- Referencia y contrareferencia. MSP-DNEAIS/form.053/ene/2014.</li> <li>- Formulario de emergencia SNS-MSP/HCU-form008 /2008</li> <li>- Anexo 2. Atención Pre hospitalaria. SNS-MSP/HCU-anexo002/2008.</li> <li>- Formulario de Evolución y prescripciones. SNS-MSP/HCU-form.005/2008.</li> <li>- Indicaciones médicas verbales o escritas.</li> <li>- Historia Clínica Única.</li> </ul>	

<p><b>PRODUCTO(S) /SERVICIO(S)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicaciones médicas verbales.</li> <li>- Atención médica y de enfermería brindada.</li> <li>- Solicitudes de auxiliares de diagnóstico, tratamiento e internamiento.</li> <li>- Recetas médicas.</li> <li>- Certificados médicos.</li> <li>- Referencia, contrareferencia, referencia inversa (Formulario 053).</li> <li>- Consentimiento informado. SNS-MSP/HCU-form.024/2008</li> <li>- Interconsultas (SNS-MSP/HCU/form.007/2008).</li> <li>- Formulario de Evolución y prescripciones. SNS-MSP/HCU-form.005/2008.</li> <li>- Indicaciones verbales para enfermería.</li> <li>- Reportes asociados a la atención médica y de enfermería en emergencia.</li> </ul>	
<p><b>CLIENTES INTERNOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministerio de Salud Pública de Ecuador.</li> </ul>	
<p><b>CLIENTES EXTERNOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Población.</li> <li>- Red Pública Integral de Salud, Red Complementaria de Salud</li> </ul>	
<p><b>POLÍTICAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para efectos del proceso todo paciente previo al registro de actividades de atención de emergencia deberá estar registrado.</li> <li>- Cualquier indicación verbal que sea otorgada por el profesional deberá ser registrada posteriormente.</li> <li>- 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.</li> </ul>	
<p><b>CONTROLES (ESPECIFICACIONES TECNICAS Y LEGALES)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constitución de la República del Ecuador.</li> <li>- Ley Orgánica de la Salud.</li> <li>- Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017.</li> <li>- Norma Técnica de Referencia, Referencia Inversa, Contrareferencia, Transferencia y Derivación del Sistema Nacional de Salud.</li> <li>- Manual de uso de los formularios básicos de la historia clínica única (Acuerdo Ministerial 000138 14 de Marzo del 2008).</li> <li>- 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.</li> </ul>	
	<p><b>Talento Humano</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal sanitario que atiende en el servicio de emergencias (Emergenciólogos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, personal de farmacia, y trabajador social).</li> <li>- Personal de apoyo (Guardia de seguridad, trabajador de atención al usuario).</li> </ul>

<b>RECURSOS</b>	<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipos de computación.</li> <li>- Impresora.</li> <li>- Mobiliario según necesidad.</li> <li>- Equipamiento y Dispositivos médicos necesarios para el área de emergencias. (medicamentos y correas de sujeción)</li> <li>- Mobiliario de seguridad pasiva.</li> </ul>		
	<b>Tecnológicos</b>	N/A		
	<b>Financieros</b>	De acuerdo al presupuesto asignado.		
<b>FRECUENCIA</b>	Diaria.			
<b>VOLUMEN</b>	N/A			
<b>INDICADORES DE DESEMPEÑO</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Frecuencia:</b>	<b>Fórmula de cálculo:</b>	
	Porcentaje de pacientes atendidos en emergencia por edad.	Porcentaje de pacientes atendidos en emergencia por causas.	(Número de pacientes atendidos en emergencia por causa de morbilidad de acuerdo a la (clasificación cie-10, por edad / total de pacientes atendidos por todas las causas) * 100 <b>Fuente:</b> Registro de pacientes atendidos por emergencia.	
	Porcentaje de pacientes	Porcentaje de pacientes atendidos en	(Número de pacientes atendidos en emergencia por trastornos mentales)	
Atendidos en emergencia por sexo.	<b>Emergencia por causas.</b>	Morbilidad de acuerdo a la (clasificación cie-10, por sexo / total de pacientes atendidos por todas las causas) * 100 <b>Fuente:</b> Registro de pacientes atendidos por emergencia.		
<b>ANEXOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulario SNS-MSP / HCU-form.002 / 2008, Consulta externa, anamnesis y examen físico.</li> <li>- Formulario SNS-MSP / HCU-form.005 / 2008, Evolución y prescripciones.</li> <li>- Formulario SNS-MSP / HCU-form.007 / 2008, Interconsulta –Solicitud – Informe.</li> <li>- Formulario SNS-MSP / HCU-form.008 / 2008, Emergencia.</li> <li>- Formulario SNS-MSP / HCU-form.024 / 2008, Autorizaciones, Exoneraciones y Consentimiento Informado.</li> <li>- Formulario SNS-MSP / HCU-form.053 / 2008, Referencia – Contrareferencia.</li> </ul>			



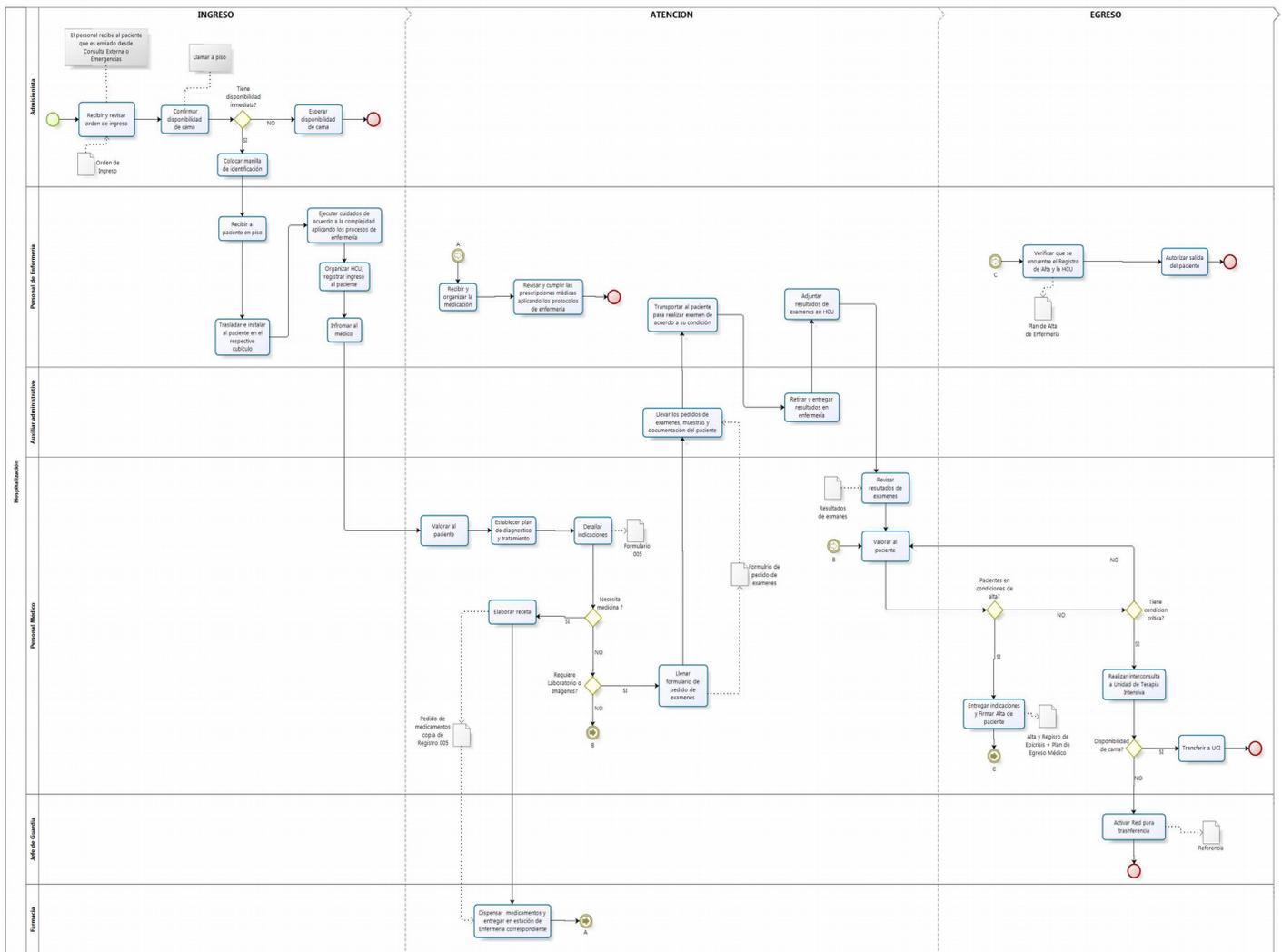
## ANEXO 2: PROCESO HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL HOSPITALARIA

### 2.1 Ficha de Caracterización Proceso Hospitalización

	<b>FICHA DE CARACTERIZACIÓN</b>	<b>FECHA: 24/08/2015</b>
		<b>VERSION: 01</b>
<b>PROCESO:</b>	Hospitalización	
<b>SUBPROCESO:</b>	Unidad Salud Mental Hospitalaria	
<b>OBJETIVO</b>	Brindar atención integral a todos los pacientes hospitalizados, con calidad y calidez.	
<b>ALCANCE</b>	Desde: Ingresar paciente al Servicio requirente. Hasta : Egreso correspondiente	
<b>PROVEEDORES</b>	Emergencia, Consulta Externa	
<b>DISPARADOR</b>	Solicitud de internación	
<b>INSUMO(S)</b>	Formularios de la Historia Clínica, solicitud de internación, protocolos, guías clínicas, procesos y procedimientos de atención.	
<b>PRODUCTO(S) /SERVICIO(S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente atendido en hospitalización con alta a domicilio</li> <li>- Paciente atendido en hospitalización con transferencia a otra unidad operativa.</li> <li>- Paciente atendido en hospitalización con referencia a otra unidad operativa.</li> <li>- Paciente atendido en hospitalización con derivación a otra unidad operativa.</li> <li>- Paciente atendido en hospitalización con contrareferencia a otra unidad operativa.</li> <li>- Paciente atendido en hospitalización que fallece.</li> </ul>	
<b>CLIENTES INTERNOS</b>	Personal médico, personal de enfermería, personal de farmacia, personal de servicios de apoyo, personal administrativo.	
<b>CLIENTES EXTERNOS</b>	Pacientes, familia y comunidad	
<b>POLÍTICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El personal de salud brindará atención integral con énfasis en la seguridad del paciente.</li> <li>- El personal de salud aplicará protocolos y estándares para el cuidado de en todos los pacientes.</li> <li>- El Paciente atendido en consulta externa que requiera hospitalización urgente debe ser remitido al servicio de emergencia con una interconsulta para valoración, en caso de no disponer de espacio físico del servicio.</li> </ul>	

<b>CONTROLES (ESPECIFICACIONES TECNICAS Y LEGALES)</b>	Constitución de la República del Ecuador Modelo de Atención de Salud Mental en el marco del MAIS Ley Orgánica de la Salud Manual Técnico Administrativo Norma Técnica de Referencia, Referencia Inversa, Contrareferencia, Transferencia y Derivación del Sistema Nacional de Salud.		
<b>RECURSOS</b>	<b>Talento Humano</b>	Personal médico psiquiatra, personal de psicología, trabajadora social, personal de enfermería, personal de farmacia, personal de servicios de apoyo, personal administrativo.	
	<b>Materiales</b>	Insumos y dispositivos médicos, correas de sujeción, medicamentos.	
	<b>Tecnológicos</b>	Equipos médicos y tecnológicos	
	<b>Financieros</b>	De acuerdo a presupuesto asignado	
<b>FRECUENCIA</b>	Diaria		
<b>VOLUMEN</b>			
<b>INDICADORES DE DESEMPEÑO</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Frecuencia:</b>	<b>Fórmula de cálculo:</b>
	Porcentaje de mortalidad en hospitalización	Mensual	$(\text{Número de pacientes fallecidos} / \text{No. de pacientes hospitalizados}) * 100 \%$
	Porcentaje de pacientes que presentan complicaciones	Mensual	$(\text{Número de pacientes con complicaciones} / \text{No. De pacientes hospitalizados}) * 100\%$
	Porcentaje de pacientes que reingresan a hospitalización	Mensual	$(\text{Número de pacientes que reingresan} / \text{No. Total de pacientes ingresados}) * 100\%$
	Porcentaje de pacientes que han utilizado una cama	Mensual	$(\text{Número de egresos} + \text{Pases}) / (\text{Número de camas disponibles}) * 100\%$
	Porcentaje de pacientes dados de alta	Mensual	$(\text{Pacientes que tienen informe de alta en la historia clínica} / \text{Pacientes dados de alta en hospitalización}) * 100\%$
<b>ANEXOS</b>	Manual de uso de los formularios básicos		

## 2.2 Diagrama de flujo Proceso Hospitalización



## ANEXO 3: PROCESO CONSULTA EXTERNA UNIDAD DE SALUD MENTAL HOSPITALARIA

### 3.1 Ficha de Caracterización Consulta Externa

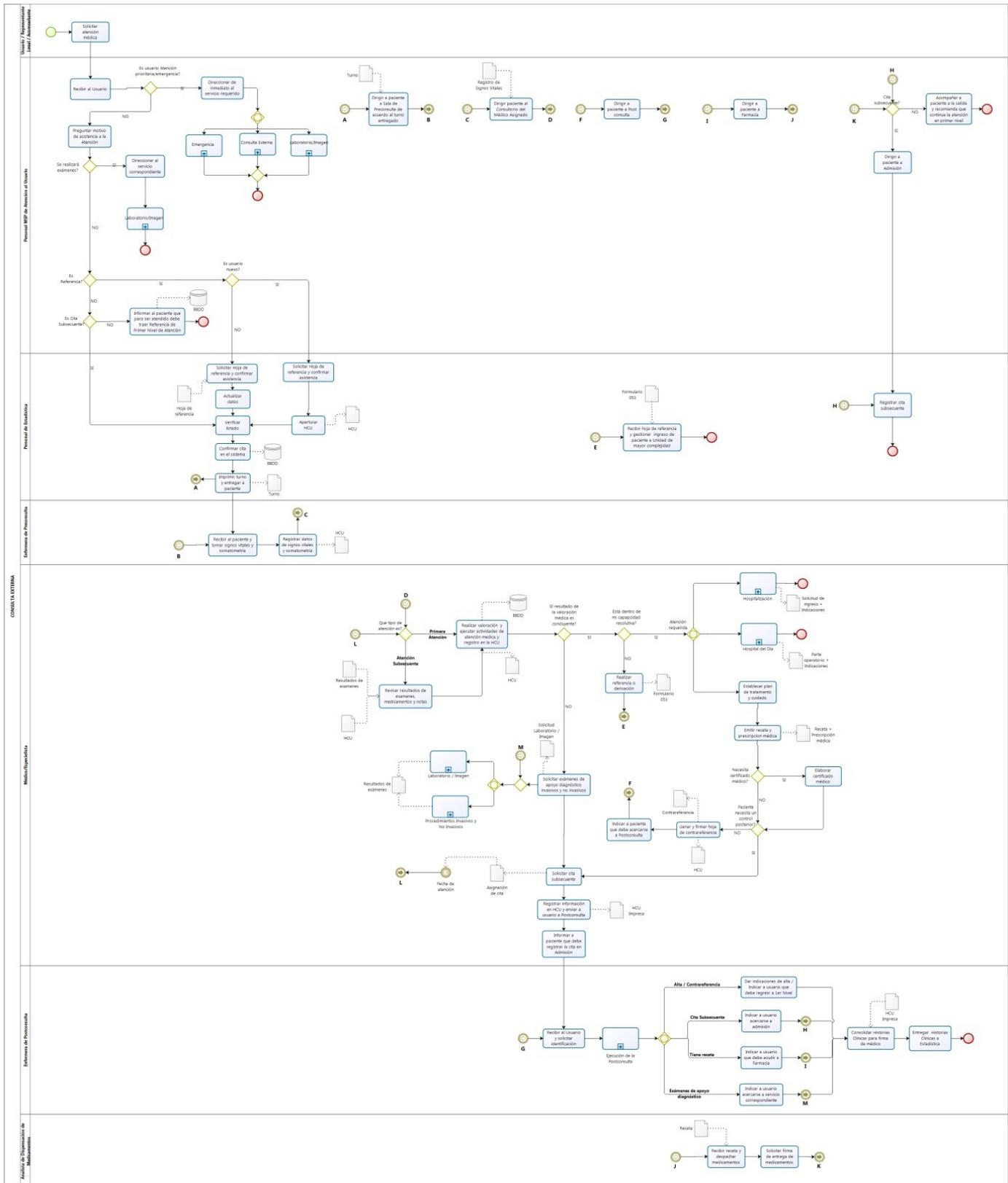
	<b>FICHA DE CARACTERIZACIÓN</b>	<b>FECHA:</b> 15/06/2016
		<b>VERSION:</b> 01
<b>MACROPROCESO:</b>	Atención médica al ciudadano	
<b>PROCESO:</b>	Atención en consulta externa.	
<b>SUBPROCESOS:</b>	- N/A	
<b>OBJETIVO</b>	Otorgar atención médica, psicológica, psiquiátrica, odontológica, nutrición atención de enfermería o fisioterapia con la finalidad de otorgar un plan terapéutico ambulatorio para pacientes, inestable, a fin de prevenir el ingreso y referencia a otros servicios.	
<b>ALCANCE</b>	<b>Desde</b> La referencia de emergencia, personal de salud de 1er nivel de atención y derivación desde hospitalización. <b>Hasta</b> Otorgar atención médica, psicológica, psiquiátrica, odontológica, de enfermería, ginecología, fisioterapia o nutrición y el usuario estabilizado, referido, contrareferido o derivado a la modalidad de tratamiento según criterio de inclusión.	
<b>PROVEEDORES</b>	- Personal de emergencia, personal de salud de 1er nivel de atención y de hospitalización	
<b>DISPARADOR</b>	Solicitud a la necesidad de estabilización.	
<b>INSUMO(S)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lista de usuarios agendados.</li> <li>- Solicitud de atención para usuarios no agendados.</li> <li>- Historia Clínica.</li> <li>- Equipos e insumos médicos, de acuerdo a la normativa desarrollada para el efecto.</li> </ul>	

<p><b>PRODUCTO(S) /SERVICIO(S)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención profesional brindada.</li> <li>- Registros derivados de la atención.</li> <li>- Solicitudes de auxiliares de diagnóstico, tratamiento e internamiento.</li> <li>- Recetas médicas.</li> <li>- Indicaciones verbales.</li> <li>- Certificados médicos.</li> <li>- Contra-referencias.</li> <li>- Referencia.</li> <li>- Referencia Inversa</li> <li>- Interconsultas.</li> <li>- Derivación.</li> <li>- Agendamiento de cita subsecuente.</li> <li>- Odontograma diagnóstico y/o tratamiento.</li> <li>- Tratamiento odontológico preventivo como curativo.</li> <li>- Diagnóstico y tratamiento psiquiátrico</li> <li>- Consentimiento informado.</li> <li>- Detecciones y test psicométricos</li> <li>- Plan alimenticio.</li> <li>- Prescripción dietética.</li> </ul>
<p><b>CLIENTES INTERNOS</b></p>	<p>Ministerio de Salud Pública de Ecuador.</p>
<p><b>CLIENTES EXTERNOS</b></p>	<p>Población. Ministerios e instituciones que soliciten información y cuenten con autorización.</p>
<p><b>POLÍTICAS</b></p>	<p>Todo paciente previo al registro de actividades de atención médica deberá estar registrado en el sistema o archivo que posea el Centro de Salud. El paciente para ser atendido desde cualquier servicio debe contar con el formulario 053.</p>

<p><b>CONTROLES (ESPECIFICACIONES TECNICAS Y LEGALES)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constitución de la República del Ecuador.</li> <li>- Ley Orgánica de la Salud.</li> <li>- Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017.</li> <li>- Modelo de Atención Integral de Salud.</li> <li>- Norma Técnica de Referencia, Referencia Inversa, Contrareferencia, Transferencia y Derivación del Sistema Nacional de Salud.</li> <li>- Normas y Protocolos de Atención Neonatal.</li> <li>- Normas de Nutrición para la Prevención Secundaria del Sobrepeso y la Obesidad en Niños y Adolescentes.</li> <li>- Normas, Protocolos y Consejería para la Suplementación con Micronutrientes.</li> <li>- Normas del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA.</li> <li>- Normas de Atención Integral a la Niñez.</li> <li>- Manual de Licenciamiento para Unidades de Primer Nivel.</li> <li>- Manual de Capacitación AIEPI, CIDA.</li> <li>- Manual de Muerte Materna.</li> <li>- Manual de Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto.</li> <li>- Modelo de atención en Salud Mental.</li> <li>- Protocolo de atención integral del consumo nocivo de tabaco, alcohol y otras drogas.</li> <li>- Lineamientos operativos para la atención de las unidades de salud mental hospitalaria.</li> <li>- Manual de Consejería Nutricional (2) para el Crecimiento y Alimentación Niño-Niña Menores de 5 años y de 5 a 9 años.</li> <li>- Manual Nacional de Consejería en VIH/SIDA/ITS.</li> <li>- Manual de Procedimientos de Pruebas de Tamizaje para Detectar la Infección por VIH/SIDA y SIFILIS, nivel primario.</li> <li>- Manual de Referencia y Contra referencia de Pacientes.</li> <li>- Módulo de Capacitación para la vigilancia centinela de neumonías y meningitis bacterianas agudas en menores de 5 años.</li> <li>- Guía de Intervenciones Perinatales basadas en Evidencias para la Reducción de la Mortalidad Neonatal.</li> <li>- Guía para la Atención Primaria Oftalmológica Infantil.</li> <li>- Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado.</li> <li>- Guía de prevención y control de la transmisión vertical del VIH/SIDA y de manejo de niños/as expuestos perinatales y viviendo con el VIH/SIDA.</li> <li>- Guía de atención integral de las infecciones de transmisión sexual.</li> <li>- Guía de Atención del Adulto Mayor.</li> <li>- Guía de Atención del Adolescente.</li> <li>- Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública, según sea el caso.</li> </ul>	
<p><b>RECURSOS</b></p>	<p><b>Talento Humano</b></p>	<p>Profesionales de la salud.</p>

	<b>Materiales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipos de computación.</li> <li>- Impresora.</li> <li>- Mobiliario según necesidad por especialidad.</li> <li>- Equipamiento, Dispositivos e Insumos médicos según especialidad.</li> </ul>	
	<b>Tecnológicos</b>	N/A	
	<b>Financieros</b>	Según el presupuesto asignado	
<b>FRECUENCIA</b>	Diaria.		
<b>VOLUMEN</b>	N/A.		
<b>INDICADORES DE DESEMPEÑO</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Frecuencia:</b>	<b>Fórmula de cálculo:</b>
	Porcentaje de consultas realizadas en la Unidad Operativa	Diaria	$\left( \frac{\text{Número de consultas realizadas en la Unidad}}{\text{Población programática}} \right) * 100$ <b>Fuente:</b> RDACCA
	Porcentaje de atenciones 1eras y subsecuentes para psicología y psiquiatría.	Diaria	$\left( \frac{\text{Número de atenciones por primera ocasión} + \text{Número de atenciones subsecuentes}}{\text{Número de atenciones por primera ocasión}} \right) * 100$ <b>Fuente:</b> RDACCA
	Porcentaje de ausentismo	Diaria	$\left( \frac{\text{Número de pacientes que no asisten a la consulta}}{\text{total de citas asignadas}} \right) * 100.$ <b>Fuente:</b> Informe de estadística y/o RDACCA
	Porcentaje de actividades realizadas por Enfermería	Diario	$\left( \frac{\text{Número de actividades realizadas por Enfermería en un periodo de tiempo}}{\text{Total de pacientes registrados por Enfermería en un período de tiempo}} \right) * 100$ <b>Fuente:</b> RDACCA
	Porcentaje de Tamizaje Neonatal.	Mensual	$\left( \frac{\text{Número de niños realizados Tamizaje Neonatal al cuarto día}}{\text{Población programática de neonatos}} \right) * 100$
<b>ANEXOS</b>	- Formulario SNS-MSP / HCU-form.053 / 2008, Referencia –Contrareferencia.		

## 3.2 Diagrama de flujo Consulta Externa



## 2.3 Procedimiento Consulta Externa

PROCEDIMIENTO		
Nombre del Proceso: Consulta Externa		Versión: 01
A.	Unidad / Puesto	Tarea / Actividad
1	Personal de emergencia de 1er y 2do nivel de atención y hospitalización.	<b>Solicitar atención médica psiquiátrica</b>  PASAR A PROCESO DE EMERGENCIA.
2	Personal MSP de Atención al Usuario	<b>Recibir al usuario y realizar las actividades en el ámbito de sus competencias.</b>
3	Personal MSP de Atención al Usuario	<b>Recibir al Usuario</b>  <b>Se pregunta:</b> ¿Es usuario Atención prioritaria/emergencia? <b>SI:</b> Se ejecuta la actividad: “Direccionar de inmediato al servicio requerido” <b>NO:</b> Se ejecuta la actividad: “Preguntar motivo de asistencia a la Atención”
4	Personal MSP de Atención al Usuario	<b>Direccionar de inmediato al servicio requerido</b> Se ejecutan los subprocesos: <b>Emergencia Consulta Externa</b> <b>Laboratorio/Imagen</b>
5	Personal MSP de Atención al Usuario	<b>Preguntar motivo de asistencia a la Atención</b>  <b>Se pregunta:</b> ¿Se realizará exámenes? <b>SI:</b> Se ejecuta la actividad: “Direccionar al servicio correspondiente” <b>NO: Se pregunta:</b> ¿Es Referencia? <b>SI: Se pregunta:</b> ¿Es usuario nuevo? <b>SI:</b> Se ejecuta la actividad: “Solicitar Hoja de referencia y confirmar asistencia” <b>NO:</b> Se ejecuta la actividad: “Solicitar Hoja de referencia y confirmar asistencia” <b>NO: Se pregunta:</b> ¿Es Cita Subsecuente? <b>SI:</b> Se ejecuta la actividad: “Verificar listado” <b>NO:</b> Se ejecuta la actividad: “Informar al paciente que para ser atendido debe traer Referencia de Primer Nivel de Atención”
6	Personal MSP de Atención al Usuario	<b>Direccionar al servicio correspondiente</b> Se ejecuta el subproceso Laboratorio/Imagen
7	Personal de Admisión	<b>Solicitar Hoja de referencia y confirmar asistencia</b>

8	Personal de Admisión	<b>Aperturar HCU</b>
9	Personal MSP de Atención al Usuario	<b>Informar al paciente que para ser atendido debe traer Referencia de Primer Nivel de Atención</b>
10	Personal de Admisión	<b>Actualizar datos</b>
11	Personal de Admisión	<b>Verificar listado</b>
12	Personal de Admisión	<b>Confirmar cita en el sistema</b>
13	Personal de Admisión	<b>Imprimir turno y entregar a paciente Se ejecuta el enlace A.</b>
14	Personal MSP de Atención al Usuario	<b>Enlace A Dirigir a paciente a Sala de Preconsulta de acuerdo al turno entregado Se ejecuta el enlace B.</b>
15	Enfermera de Preconsulta	<b>Enlace B Recibir al paciente y tomar signos vitales y somatometría</b>
16	Enfermera de Preconsulta	<b>Registrar datos de signos vitales y somatometría Se ejecuta el enlace C.</b>
17	Personal MSP de Atención al Usuario	<b>Enlace C. Dirigir paciente al Consultorio del Médico Asignado Se ejecuta en enlace D.</b>
18	Médico Especialista	<b>Enlace D. Se pregunta: ¿Qué tipo de atención es? Primera Atención: Se ejecuta la actividad: “Realizar valoración y ejecutar actividades de atención médica y registro en la HCU” Atención Subsecuente: Se ejecuta la actividad: “Revisar resultados de exámenes, medicamentos y notas”</b>
19	Médico Especialista	<b>Revisar resultados de exámenes, medicamentos y notas</b>
20	Médico Especialista	<b>Realizar valoración y ejecutar actividades de atención médica y registro en la HCU</b>
21	Médico Especialista	<b>Establecer plan de tratamiento y cuidado</b>
22	Médico especialista	<b>Realizar contrareferencia, referencia o derivación a la modalidad de tratamiento correspondiente de acuerdo a criterios de inclusión.</b>

23	Personal de Admisión	<b>Enlace E</b> <b>Recibir hoja de referencia y gestionar ingreso de paciente a Unidad de mayor complejidad.</b>
24	Médico especialista	<b>Solicitar exámenes de apoyo diagnóstico invasivos y no invasivos</b> <b>Se ejecuta los subprocesos: Laboratorio/Imagen ó Procedimientos Invasivos y No Invasivos</b>
25	Médico especialista	<b>Emitir receta y prescripción médica</b> <b>Se pregunta: ¿Necesita certificado médico?</b> <b>SI: Se ejecuta la actividad: “Elaborar certificado médico”</b> <b>NO: Se pregunta: ¿Paciente necesita un control posterior?</b> <b>SI: Se ejecuta la actividad: “Solicitar cita subsecuente”</b> <b>NO: Se ejecuta la actividad: “Llenar y firmar hoja de contrareferencia</b>
26	Médico especialista	<b>Elaborar certificado médico</b>
27	Médico especialista	<b>Solicitar cita subsecuente</b>
28	Médico especialista	<b>Llenar, firmar y entregar hoja de contrareferencia al paciente, representante o familiar.</b>
29	Médico especialista	<b>Indicar a paciente que debe acercarse a Postconsulta</b> <b>Se ejecuta el enlace F.</b>
30	Personal MSP de Atención al Usuario	<b>Enlace F</b> <b>Dirigir a paciente a Post consulta</b> <b>Se ejecuta el enlace G</b>
31	Enfermera de Postconsulta	<b>Enlace G</b> <b>Recibir al Usuario y solicitar identificación</b> <b>Se ejecuta el subproceso Ejecución de la Postconsulta</b> <b>Alta / Contrareferencia Cita Subsecuente Tiene receta</b> <b>Exámenes de apoyo diagnóstico</b>
32	Enfermera de Postconsulta	<b>Alta / Contrareferencia</b> <b>Dar indicaciones de alta / Indicar a usuario que debe regresar a 1er Nivel.</b>
33	Paciente, representante o familiar	<b>Entregar formulario 053 de contrareferencia al personal de admisión de 1er nivel de atención.</b>
34	Enfermera de Postconsulta	<b>Cita Subsecuente</b> <b>Indicar a usuario acercarse a admisión</b> <b>Se ejecuta el enlace H.</b>

35	Personal MSP de Atención al Usuario	<b>Enlace H y enlace K</b> <b>Se pregunta: ¿Cita subsecuente?</b> <b>SI: Se ejecuta la actividad: “Dirigir a paciente a Admisión”</b> <b>NO: Se ejecuta la actividad: “Acompañar a paciente a la salida y recomienda que continúe la atención en primer nivel”</b>
36	Personal MSP de Atención al Usuario	<b>Dirigir a paciente a Admisión</b>
37	Personal MSP de Atención al Usuario	<b>Acompañar a paciente a la salida y recomienda que continúe la atención en primer nivel</b>
38	Enfermera de Postconsulta	<b>Tiene receta</b> <b>Indicar a usuario acercarse a admisión</b>  <b>Se ejecuta el enlace I.</b>
39	Enfermera de Postconsulta	<b>Enlace I.</b> <b>Dirigir a paciente a Farmacia</b>  <b>Se ejecuta el enlace J.</b>
40	Analista de Dispensación de Medicamentos	<b>Enlace J.</b> <b>Recibir receta y despachar medicamentos</b>
41	Analista de Dispensación de Medicamentos	<b>Solicitar firma de entrega de medicamentos</b> <b>Se ejecuta el enlace K</b>
42	Enfermera de Postconsulta	<b>Exámenes de apoyo diagnóstico</b> <b>Indicar a usuario acercarse a servicio correspondiente</b>  <b>Se ejecuta el enlace M</b>
43	Enfermera de Postconsulta	<b>Consolidar Historias Clínicas para firma de médico</b>
44	Enfermera de Postconsulta	<b>Entregar Historias Clínicas a Estadística</b>
<b>FIN</b>		