



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del bicentenario de la consolidación de nuestra independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



DOCUMENTO TÉCNICO

**"PROTOCOLO SANITARIO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON  
TRASTORNOS MENTALES EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA  
DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA 2024"**

Lima - Perú



## ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN .....	3
II.	FINALIDAD .....	4
III.	OBJETIVOS .....	4
3.1	Objetivo General .....	4
3.2	Objetivos específicos .....	4
IV.	AMBITO DE APLICACIÓN .....	4
V.	BASE LEGAL .....	4
VI.	CONTENIDO .....	5
6.1	Consideraciones Generales: .....	5
6.2	Consideraciones Específicas: .....	6
VII.	RESPONSABILIDADES .....	13
VIII.	ANEXOS .....	13
IX.	BIBLIOGRAFIA .....	22



## I. INTRODUCCIÓN

La urgencia es un emergente del estado de malestar, no es un acontecimiento aislado sino parte del proceso de salud-enfermedad, en el que la persona debe ser asistida de manera integral (bio-psico-social) en el ámbito socio-sanitario y requiere de un seguimiento para evitar la recurrencia.

El proceso de atención en las urgencias psiquiátricas implica la provisión de mecanismos eficaces y ágiles de coordinación entre los profesionales de la salud mental, la disponibilidad de servicios específicos, el conocimiento de las pautas de actuación y la formación de los profesionales de los diferentes niveles del sistema.

Urgencia en salud mental es toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital, siendo estas una condición aguda o crónica como por ejemplo son: intento de suicidio, psicosis, conducta agresiva, crisis de angustia (ataques de pánico), trastorno de estrés agudo o trastorno de estrés postraumático, entre otros. Situaciones que requiere la atención interdisciplinaria de los profesionales de la salud conformado por médicos psiquiatras, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales

Tras la pandemia por Covid-19 existieron cambios en los estilos de vida de las personas, que no sólo reflejaron alteraciones económicas sino también a nivel de la salud mental. Así mismo se observa cambios en las características de los usuarios que acuden a la atención por emergencia psiquiátrica, como es el aumento de población adolescente, pacientes que acuden solos, aumento de casos asociados a consumos de sustancias y de trastornos de personalidad.

Es por ello que se ve la necesidad de actualizar el "PROTOCOLO SANITARIO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA 2024"



## II. FINALIDAD

Fortalecer las acciones a fin de reducir el impacto en la salud física y mental sobre los usuarios externos y trabajadores asistenciales y administrativos del Departamento de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera.

## III. OBJETIVOS

### 3.1 Objetivo General

Establecer y unificar los lineamientos de los diferentes procesos de atención a los pacientes que acuden al Departamento de Emergencia del Hospital "Víctor Larco Herrera".

### 3.2 Objetivos específicos

3.2.1.- Establecer y adecuar los procedimientos requeridos para la ejecución de los procesos de atención que corresponden a los pacientes en situación de emergencia psiquiátrica con y sin comorbilidades médicas compensadas.

3.2.2.- Optimizar la calidad de los procesos existentes en beneficio de los usuarios con patología psiquiátrica con y sin comorbilidades del Departamento de Emergencia del Hospital.

3.2.3.- Garantizar la adecuada prestación de servicios de salud a todos los usuarios en el Departamento de Emergencia que satisfaga las necesidades de atención del paciente bajo los criterios de calidad y oportunidad.

3.2.4.- Garantizar la atención del usuario de emergencia sin restricciones o sin condicionamientos que vulneren sus derechos.

## IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente proyecto es de aplicación en el Departamento de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera, DIRIS LIMA CENTRO perteneciente al MINSA.

## V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N°016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N°27604 que modifica la Ley General de Salud N°26842.
- Decreto Supremo N°008-2017/SA, que aprueba el Reglamento de la ley Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N°386-2006/MINSA, Norma Técnica de los Servicios de Emergencia-NTS 042/MINSA/DGSP/V.01
- Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA, que aprueba la Directiva N°007-MINSA/OGPP-V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N°132-2005/MINSA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Víctor Larco Herrera.
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, y sus modificatorias.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades, y sus modificatorias
- Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su modificatoria.



- Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el trabajo, y modificatoria.
- Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, y su modificatoria.
- Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- Ley N°30490, Ley de la persona adulta mayor
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y su modificatoria.
- Decreto Supremo N° 012-2019-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N°024-2021-MIMP que aprueba el reglamento de la Ley N°30490, ley de la persona adulta mayor.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021-MINSA/DGSP-V.03: Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
- Resolución Ministerial N° 255-2016-MINSA, que aprueba el documento "Guía para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud".
- Resolución Ministerial N° 1295-2018-MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud denominada "Gestión integral y manejo de residuos sólidos en establecimientos de salud, servicios médicos de apoyo y centros de investigación".
- Resolución Ministerial N°826-2021-MINSA, que aprueba el documento denominado "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

## VI. CONTENIDO

### 6.1 Consideraciones Generales:

Título del documento técnico: "**Protocolo sanitario para la atención de pacientes con trastornos mentales en el Departamento de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera 2024**"

#### EQUIPO DEL PROYECTO

- Dirección General: Dra. Elizabeth Rivera Chávez
- Dirección Adjunta: Dr. Carlos Palacios Valdivieso
- Dirección Administrativa: CPC. Elisa Rivera del Río
- Oficina de Gestión de la Calidad: Dra. Giovany Margarita Rivera Ramírez.
- Epidemiología y Salud Ambiental: Dr. Luis Vílchez Salcedo.
- Jefatura de Emergencia: Dra. Ana María Zamalloa Torres.
- Jefatura de Consulta Externa y SMC: Dra. Judy López Arias.
- Jefatura de Hospitalización: Dr. Augusto Vélez Marcial
- Oficina del COE: Dr. Carlos Palacios Valdivieso
- Departamento de Enfermería: Lic. Florencia Alendez Peralta.
- Departamento de Trabajo Social: Lic. Amala Amaya Layza
- Departamento de Farmacia: Lic. Marianela Torres Vilca.
- Jefatura de Recursos Humanos: Davis Eduardo Vivar Córdova
- Jefatura de Apoyo Médico Complementario: Álvaro Velásquez Acosta
- Equipo técnico del Departamento de emergencia

ELABORADO POR:



Equipo técnico del Departamento de emergencia:

- Dra. Ana María Zamalloa Torres
- T.S Elva Aguirre Castillo
- Lic. Florencia Alendez Peralta
- Psi. Iván Lizárraga Ramos

**LUGAR DE EJECUCIÓN:** Departamento de Emergencia.

**VIGENCIA:** 02 años

## 6.2 Consideraciones Específicas:

### 6.2.1 METODOLOGÍA

#### Determinar el procedimiento de atención

##### A. Atención ambulatoria en emergencia:

- a. El equipo asignado para la guardia de emergencia portará el EPP que se adecuen a las normas de bioseguridad vigentes.
- b. Las acciones de Triage corresponden única y exclusivamente al equipo de guardia liderado por el/los médicos(s) de guardia en Emergencia. Por lo tanto, ningún personal fuera del equipo podrá realizar dichas acciones. Siendo el médico quien realice y registre el Triage.
- c. Cuando acuda usuario al departamento de emergencia solicitando atención, el personal de vigilancia solicitará los datos del paciente y acompañante para su ingreso, de igual manera tiene la obligación de cerciorarse que ninguno de ellos ingrese con armas blancas u otras que puedan usar en contra de otros pacientes o del personal de salud. Indicando a los usuarios que esperen en el módulo de Triage.
- d. El paciente ingresará al módulo de Triage.
- e. El médico de guardia realiza la evaluación inicial, determina prioridad de atención de emergencia (Prioridad I y II, III, IV) en el módulo de Triage.
  - i. De no ser un caso de emergencia psiquiátrica se indica al paciente que solicite cita en consulta externa de este hospital o centro de salud mental comunitario, según corresponda. De igual manera en los casos que los pacientes acudan para extensión de receta, se indicará que se dirijan al MAR o su centro de salud, ya que dicha situación no es una emergencia.
- f. El personal de enfermería recibe al paciente y realiza la toma de funciones vitales: Temperatura, frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, y se las dará al médico de turno quien registrará dicha información en la Ficha de Triage y ficha de atención.
  - i. El médico de guardia, de acuerdo al criterio clínico, en caso que amerite, informará al familiar o acompañante que el paciente necesita primero ser evaluado en hospital general para posteriormente ser atendido en salud mental.
  - ii. Si el paciente se encontrara hemo dinámicamente inestable y/o con compromiso de conciencia, o si presentara síntomas o signos de gravedad de alguna comorbilidad somática, se priorizará la atención de la patología física frente a la mental y se derivará para evaluación y estabilización a un hospital general. Se informará al familiar que luego de ello el paciente podrá ser atendido por la patología mental, en emergencia del hospital Víctor Larco Herrera, debiendo quedar registrado en la ficha de Triage.
- g. Paciente luego de Triage pasará por admisión de emergencia para continuar con atención psiquiátrica.
- h. En caso de no tener SIS, será evaluado por trabajo social quienes decidirán si paciente pasa a OIM, si puede ser exonerado o si debe pagar atención.



- i. Luego del trámite administrativo el paciente será evaluado, en los casos en donde el médico vea necesario podrá ir evaluando al paciente, mientras el familiar o acompañante realiza el trámite antes descrito.
- j. El médico psiquiatra de guardia evalúa y registra los hallazgos de la valoración física y mental del paciente en la ficha de atención de emergencia.
- k. Si el paciente no presenta criterios clínicos de hospitalización en emergencia, se procederá a la indicación de tratamiento psicofarmacológico parenteral en caso lo requiera y/o el tratamiento a seguir de manera ambulatoria, dando la receta al paciente o a la persona responsable.
- l. Familiar de paciente o paciente se aproximará a farmacia para expendio de la medicación de acuerdo a su situación de aseguramiento al SIS.
- m. En caso el paciente requiera medicación parenteral esta será aplicada por personal de enfermería.
- n. Luego de la administración de la medicación parenteral y observación respectiva, se dará por culminada la atención del equipo de guardia de emergencia.
- o. Vigilancia y personal técnico verificarán que paciente y familiar se retiren en orden de la institución.

**B. Atención ambulatoria en emergencia de usuarios que necesitan evaluación por psiquiatría y psicología:**

- a. Médico de guardia luego de evaluación psiquiátrica determina la necesidad de evaluación y/o intervención por psicología. Lo cual informa al psicólogo de guardia
- b. Psicólogo evalúa a paciente y registra en formato de evaluación de psicología y lo anexa a ficha de atención de emergencia.
- c. Psicólogo brinda orientación a la familia en los casos que vea pertinente.
- d. Psicólogo informa a médico de guardia que culminó su atención.
- e. Médico de turno informará al familiar o paciente los cuidados pertinentes y pautas de tratamiento.

**C. Atención con internamiento en emergencia:**

- a. Los internamientos se realizan de acuerdo a criterio médico.
- b. Luego de la evaluación del paciente, el médico indica internamiento del paciente y solicitará al familiar del paciente, que firme el consentimiento informado para hospitalización.
  - a. Si la familia se negara al internamiento, firmará el formato de Retiro Voluntario, el cual sirve para exonerar la responsabilidad al equipo de guardia, este debe ser llenado por el médico con los datos del paciente y familiar; y firmado por ambas partes.
  - b. El médico de guardia dará las indicaciones a la familia para cuidado de paciente, así como indicaciones terapéuticas en receta del hospital.
  - c. Familiar acude a farmacia para dispense de medicamentos. Culmina la atención.
- c. En caso el familiar esté de acuerdo con el internamiento, firmará el consentimiento de hospitalización.
  - a. Si fuese el caso de paciente que acude sin familia, NN, la asistente social de guardia firmará el consentimiento informado.
  - b. En caso que el paciente acudiera solo pero se contacte a su familia, trabajo social solicitará a esta que se aproxime para regularizar dicho trámite y reciba los informes pertinentes.
- d. El médico expide la receta y llena formularios FUAT en caso que el paciente sea asegurado en el SIS. **El cual lo llenará usando cuatro dígitos del cie 10, además no debe hacer uso de siglas en el llenado de dichos formatos.**



- e. Familiar acude a farmacia de emergencia para expendio de medicación y se la dará a personal de enfermería.
- f. El médico psiquiatra, completará la ficha de atención de emergencia, colocando prioridad de atención, diagnóstico sindrómico, diagnóstico presuntivo, indicaciones terapéuticas, así como consideraciones especiales, y exámenes auxiliares solicitados.
- g. Médico comunicará a personal técnico de enfermería, para el traslado al área correspondiente.
- h. Personal técnico de enfermería trasladará y ubicará al paciente en la sala correspondiente, en conocimiento de familiar y/o acompañante.
- i. El médico, registra la atención en el libro de emergencia.
- j. Sobre los exámenes de laboratorio a solicitar: El médico de guardia solicitará los siguientes análisis de laboratorio:
  - a. Hemograma, glucosa, urea, creatinina, Tgp, Tgo, Colesterol total, triglicéridos.
  - b. En casos que amerite el médico de guardia solicitará:
    - i. En sospecha de consumo de sustancias: Toxicológica para cocaína y Thc.
    - ii. En mujeres en edad fértil y que no se tenga seguridad de su método anticonceptivo: Test de embarazo: Prueba sub unidad Beta serológica.
    - iii. En pacientes con conducta errática o actividad sexual promiscua: VIH, VRDL cualitativo.
    - iv. En casos de obesidad o síntomas depresivos recurrentes sin respuesta terapéutica a antidepresivos o que el médico vea prudente: Perfil tiroideo.
- k. El médico psiquiatra realizará una interconsulta al médico de guardia de UCE para la evaluación integral del paciente.
- l. El personal de enfermería coordina con laboratorio la realización de las pruebas de laboratorio, así como la interconsulta a médico de guardia de UCE.
- m. Personal de laboratorio y médico de Uce se aproximan a la sala de observación correspondiente para cumplir con lo solicitado.
- n. El enfermero administra el tratamiento y cumple las indicaciones médicas.
- o. Personal de enfermería controla funciones vitales y observa nivel de sedación y examinará físicamente al paciente en busca de lesiones, cicatrices, hematomas etc.
- p. El técnico de enfermería revisa y registra pertenencias del paciente.
- q. El técnico de enfermería entrega a la familia pertenencias de valor, y otras con el debido registro y cargo. Si los pacientes que no cursen con síntomas psicóticos refieren que no desean que se entregue su celular a sus familiares, se respetará ello, en tal caso se indica al paciente que no podrá hacer uso del celular durante su estancia. De ser el caso enfermería se encarga de hacer el reporte diario del celular y tomar las medidas preventivas para su cuidado. El resto de pertenencias de valor deberá ser entregado a los familiares con el debido registro de cargo.
- r. El técnico de enfermería asignado por la enfermera de turno, vigila permanentemente al paciente durante su turno en la sala de hospitalización pudiendo salir solamente bajo la orden de la enfermera y dejando su reemplazo durante su ausencia de tal manera que los pacientes estarán bajo observación constante.
- s. El enfermero completa la entrevista a la familia y elabora historias clínicas de enfermería y Kardex.
- t. Remite a la familia a la trabajadora social.
- u. La trabajadora social entrevista a la familia o persona responsable para evaluación social, Educación social y/o consejería-intervención familiar para reconstruir la estructura familiar-comunidad, Investigación social (estudio del soporte-socio-familiar).



#### D. Atención del usuario durante su internamiento

- a. Paciente recibe visita médica interdisciplinaria, conformada por Médico psiquiatra de guardia, enfermero, técnico de enfermería, trabajo social y psicología.
- b. Al terminar evaluación del paciente o al culminar la visita, el médico de turno indicará al psicólogo de guardia los pacientes que necesiten evaluación o intervención psicológica y lo registrará en la historia clínica como parte de plan de trabajo e indicaciones médicas.
- c. Enfermería tiene la responsabilidad de tomar las funciones vitales del paciente y colocarlas en el formato de Funciones Vitales, administrar la medicación según indicación médica y registrar ello en el Kardex.
- d. Técnico de enfermería tiene responsabilidad en el cuidado del paciente, así como de recibir y anotar los útiles de aseo, vestimenta que traen los familiares a sus pacientes. En los casos en donde se vea necesario la sujeción mecánica en pro de bienestar del paciente, siendo ello indicado por el médico de turno, los técnicos de enfermería serán los que lleven a cabo dicha acción.
- e. Trabajo social tiene responsabilidad de contactar a los familiares, brindar orientación, informar a los familiares que su paciente está de alta o si tiene indicación de transferencia a pabellón. Así mismo de realizar las altas domiciliarias en los casos que corresponda.
- f. Psicología tiene la responsabilidad de evaluar a los pacientes que se indicaron en la visita médica y registrar dicha intervención en la historia clínica.
- g. Médico de guardia tiene responsabilidad de dirigir la visita médica, llenar la evolución médica en la cual debe registrar fecha, hora, funciones vitales, y realizarla indicando subjetivo, objetivo, apreciación y plan de trabajo, así mismo es responsable de llenar el formato de ordenes médicas indicando fecha y hora, en cada evolución y de ordenes médicas. Deberá colocar su firma y sello. Así mismo es responsable de brindar información de la situación actual del paciente a sus familiares, esto incluye dar las indicaciones y cuidados que debe tener el paciente en su casa cuando esté de alta. Si bien trabajo social informa primero a la familia, el médico de guardia tiene la responsabilidad de dar las pautas e indicaciones a los familiares.
- h. Cada profesional de la salud que llene o registre datos en la historia clínica tiene la responsabilidad de colocar su firma y sello.

#### E. Paciente referido de otros hospitales o centros de salud

- a. Se solicita que el paciente esté hemo dinámicamente estable, lúcido y despierto para poder realizar una adecuada evaluación.
- b. De preferencia el paciente debe venir acompañado de algún familiar, de no ser el caso se pedirá que acuda con un personal que pueda tomar responsabilidad del trámite documentario necesario para la atención
- c. De ser aceptada la referencia, se pide al hospital referente que envíe la foto de la referencia en donde se indique el DNI del paciente.
- d. El médico de turno remitirá la foto de la referencia con el número de DNI del paciente a la unidad de referencia para que ellos comprueben que se encuentra en el sistema, de no estarlo la unidad de referencia será la encargada de subirla en el sistema. Para ello el médico de turno usará el equipo celular que está designado a los médicos de guardia.
- e. Una vez que llegue el paciente se procederá según lo indicado en puntos A. B. C.
- f. Si bien el médico de turno acepta la referencia, esta será para realizar la evaluación psiquiátrica quedando a criterio clínico del médico de guardia la necesidad de internamiento.



**F. Sobre la Transferencia de pacientes internados en emergencia a pabellones de agudos (varones y mujeres)**

Los requisitos para que puedan ser transferidos a pabellón de Agudos serán los siguientes:

- a. Médico de guardia indica transferencia a pabellón y realiza los siguientes documentos:
  - i. Papeleta de alta de emergencia
  - ii. Papeleta de hospitalización
  - iii. Epicrisis
- b. Enfermero de emergencia coordina con enfermero de pabellón de destino.
- c. De no estar el familiar del paciente, Trabajo social lo llama y le comunica que su paciente pasará a pabellón.
- d. Trabajo social explica a familiar los trámites a realizar.
  - i. En casos de pacientes SIS, personal de SIS es quién irá a pabellón para regularizar sellos y firmas pertinentes, por lo cual no es necesario que familiar acuda a oficina de SIS.
- e. Familiar acude a admisión para brindar datos de filiación y otros que personal de admisión solicite.
- f. En caso que el paciente no cuente con familiar o persona responsable. Trabajo social realizará los trámites correspondientes.
- g. Se debe considerar que para que el paciente pase a pabellón debe estar hemo dinámicamente estable y contar con la evaluación de Médico de Uce a su ingreso.
- h. Una vez realizado el trámite, enfermería coordina con chofer de ambulancia para el traslado del paciente a pabellón de agudos
- i. Si el trámite culmina antes de las 12:00 horas el paciente podrá pasar de manera inmediata, si culmina después de las 12:00 horas será trasladado a pabellón después de las 14:00 horas. Todo ello en coordinación con personal de enfermería de pabellón de destino

**G. De los casos especiales para asegurar la atención sin restricciones:**

**a. Cuando el paciente acude sólo a emergencia a atención ambulatoria**

- El paciente que acude solo se podrá atender. Para ello se siguen las pautas ABC y se añade lo siguiente:
  - Trabajadora social realiza la evaluación y estudio social según la ficha social de emergencia breve. Si tuviese SIS se orienta a la persona a ir admisión
  - En caso no tuviese SIS y según corresponda, trabajo social realiza la nota informativa a dirección administrativa para el apoyo social correspondiente e incluso si la persona no tuviese dinero se hace la nota informativa a con copia a farmacia para que pueda adquirir la medicación.
  - Trabajo social realiza la gestión para ubicar a la familia y puedan acudir al hospital para que la atención sea total calidad. Sobre todo, en casos de pacientes con ideación suicida.
  - En casos de pacientes sin riesgo suicida y que no estén con alteración de la conducta por psicosis, se brinda el apoyo social, la evaluación y orientación y se informa a la familia que el paciente acudió a emergencia, en este caso la familia decide si desea venir por el paciente o si lo espera en caso, ya que en estos casos el paciente no tiene riesgo de autolesión.



- b. Cuando el paciente acude sólo a emergencia y necesita ser internado**
- Se hace la evaluación social mediante ficha social de emergencia psiquiátrica.
  - Si el paciente no tiene SIS y cuando corresponda trabajo social realiza nota informativa de hospitalización dirigida a dirección administrativa y nota informativa a farmacia para que pueda tener a la medicación durante su estancia en el departamento de emergencia.
  - El paciente de ser posible podrá firmar el consentimiento informado. Trabajo social avisará al familiar del paciente o persona responsable de la permanencia del paciente en el hospital, siendo ellos lo que firmen el consentimiento de internamiento al momento de llegar.
  - Si el paciente se negara a firmar su consentimiento y no se ubicará a algún familiar o persona responsable, se pedirá al paciente que firme su retiro voluntario, se recomienda que ante lo sucedido se llame a la comisaria de magdalena para que se pueda dejar en acta el retiro voluntario del paciente.
  - Si fuese el caso que el paciente acuda solo en compañía de personal de alguna entidad, dicho personal o la trabajadora social de guardia podrían firmar el consentimiento informado de internamiento, el cual luego deberá ser regularizado una vez encontrado los familiares del paciente.
  - Trabajo social realiza la investigación social diaria para ubicar a los familiares del paciente, la cual incluye lo siguiente:
    - Movilización de redes.
    - Investigación en Reniec.
    - Coordinaciones con embajadas
    - Denuncia de persona desaparecida en coordinación con la Policía.
    - Coordinaciones con comedores populares para su posterior integración del paciente dentro de la comunidad.
    - Realización de visitas domiciliarias las veces necesarias
- c. De la atención a los usuarios adultos mayores**
- Se siguen las pautas según puntos A, B, C
  - En las indicaciones se hace énfasis en las atenciones que el paciente debe seguir en otras especialidades, para que complete su atención integral, ya sea geriatría, endocrinología, entre otras, según amerite. Así mismo se les indicará que dichas atenciones la pueden realizar en el hospital o centro de su referencia, puesto que nuestro hospital es especializado en salud mental y las otras especialidades médicas no es parte de nuestra cartera de servicios. Sin embargo, se hará énfasis para que la persona responsable tenga conocimiento de las otras evaluaciones que el paciente debe tener y pueda realizar los trámites o coordinaciones pertinentes.
  - En caso el paciente cuente con criterios de internamiento a nivel de salud mental, se procederá a internarse y se realizará los procedimientos antes detallados. El médico de turno decidirá si es recomendable o no su internamiento.
  - Así mismo si el paciente cursara con alguna entidad física de mayor complejidad que la psiquiátrica, la entidad física debe ser priorizada en su atención y estabilización en el establecimiento que corresponda.
- d. De los pacientes que retornan de hospital general:**
- Se realiza la coordinación respectiva con trabajo social.
  - Al momento en que llegue el paciente, se permite que ingrese con la ambulancia.
  - Se apertura la ficha de atención de emergencia, así como hoja FUAT en caso de los pacientes con SIS. El médico psiquiatra de turno llenará dichos formatos



- El médico de turno realiza la interconsulta al médico de UCE, el cual prioriza la evaluación del paciente y es quién decide si el paciente, de acuerdo a su estado de salud, retorna a su pabellón o si pasa a UCE.
- El médico psiquiatra realiza la papeleta de alta de emergencia y la papeleta de hospitalización al pabellón de origen.

**H. De los pacientes que acuden con mandato judicial:**

- a. Médico de guardia mencionará al efectivo personal, fiscal o persona responsable que se puede brindar atención de emergencia la cual se realiza de acuerdo a la Ley de Salud Mental 30947 y su Reglamento. Es decir que se puede atender al paciente en emergencia en caso lo amerite, pero ello no asegura el internamiento.
- b. La atención de emergencia no se niega, en caso que las personas responsables no deseen la atención, se llenará la ficha Triage registrando lo ocurrido siendo el médico de guardia el responsable de llenar la ficha y entregarla a admisión de emergencia.
- c. Cada vez que se atiende a un paciente con mandato judicial en la historia clínica se colocará "se atiende bajo marco legal de la ley de salud mental 30947 y su reglamento."
- d. La decisión de internamiento será basada de acuerdo al criterio clínico.
- e. Cuando acuda un paciente con mandato judicial, el médico de guardia lo apuntará en el libro de ocurrencias y avisará a la jefatura, sobre Triage o atención realizada sea el caso que el paciente se o no se interne,
- f. El equipo de guardia tiene la posibilidad de comunicarse con el área de asesoría legal, jefatura o dirección adjunta ante cualquier duda o desavenencia

**I. De los pacientes con intento suicida**

- a. Si el paciente acaba de lesionarse o acaba de ingerir medicamentos en sobredosis se recomendará que se atienda primero en hospital general para su estabilización y observación para que luego mediante referencia de hospital general se solicite la evaluación del paciente, asegurando así un manejo integral.
- b. Ante los antecedentes de intento suicida se recomienda que el paciente haya tenido al menos 24 horas de observación en alguna institución, así mismo el paciente deberá ser evaluado por el médico psiquiatría y el psicólogo de guardia para que realice la intervención en crisis.
  - Si luego de la intervención psiquiátrica y psicológica el paciente persiste con ideación suicida de manera estructurada se recomienda que se interne en sala de observación de emergencia.
  - Si luego de la intervención en crisis el paciente ya no presenta la ideación suicida, el médico de turno de acuerdo a criterio clínico y evaluando los factores de riesgo, soporte familiar, eventos de intentos suicidas previos y recientes, decidirá si el tratamiento puede ser ambulatorio o si es necesario el internamiento.
- c. En ambos casos se brindará la información oportuna a la familia.
- d. Cuando el paciente haya pasado el tiempo necesario en observación, es decir ya no tenga riesgo suicida, se dará el alta y las recomendaciones necesarias al familiar. Salvo tenga otra comorbilidad psiquiátrica que amerite que el paciente deba continuar internado.



## VII. RESPONSABILIDADES

Las coordinaciones se realizarán entre los siguientes responsables:

- Dirección General: Dra. Elizabeth Rivera Chávez
- Dirección Adjunta: Dr. Carlos Palacios Valdiviezo
- Dirección Administrativa: CPC. Elisa Rivera del Río.
- Oficina de Gestión de la Calidad: Dra. Giovany Margarita Rivera Ramírez.
- Epidemiología y Salud Ambiental: Dr. Luis Arturo Vilchez Salcedo.
- Jefatura de Emergencia: Dra. Ana María Zamalloa Torres
- Jefatura de Consulta Externa y SMC: Dra. Judy Soraya López Arias.
- Jefatura de Hospitalización: Dr. Augusto Vélez Marcial
- Oficina del COE: Dr. Carlos Palacios Valdiviezo
- Departamento de Enfermería: Lic. Florencia Alendez Peralta
- Departamento de Trabajo Social. Lic. Amalia Amaya Layza
- Departamento de psicología: Psic. Ivan Lizárraga Ramos
- Departamento de Farmacia: Lic. Marianela Vilca Torres.
- Jefatura de Recursos Humanos: Abog. Davis Eduardo Vivar Córdova
- Jefatura de Apoyo Medico Complementario: Álvaro Velásquez Acosta

## VIII. ANEXOS

1. Glosario de términos.
2. Recomendaciones de uso y eliminación del equipo de protección personal en emergencia.
3. Flujograma de atención del Servicio de Emergencia.
4. Ficha de triaje
5. Artículo 29 de la Ley de Salud Mental N°30947 y su Reglamento



ANEXO N° 01  
GLOSARIO DE TERMINOS

- 1- **ACCIONES CORRECTIVAS:** Se realizan después que se han encontrado deficiencias en los procesos de la organización.
- 2- **ACCIONES DE MEJORA:** Conjunto de actividades preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la Organización para la mejora continua.
- 3- **ASPECTOS TANGIBLES:** Son los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución. Estén relacionados con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad.
- 4- **ATENCIÓN AMBULATORIA DE EMERGENCIA:** Es la atención realizada por el médico psiquiatra, a los pacientes que no cumplan criterios de hospitalización y que luego de su atención y estabilización deberán seguir tratamiento en su domicilio, con controles posteriores por consulta externa en su IPRESS.
- 5- **ATENCIÓN CON INTERNAMIENTO EN EMERGENCIA:** Es la atención por el médico psiquiatra a los pacientes que cumplan criterios de internamiento, los que serán internados en la sala de observación que corresponda. El Departamento de Emergencia en la actualidad, cuenta con tres salas de observación: una para varones, otra para mujeres, y la Sala COVID-19.
- 6- **CALIDAD DE LA ATENCION:** Conjunto de actividades que realizan los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios, en términos de seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario.
- 7- **CAPACIDAD DE RESPUESTA:** Disposición de servir a los usuarios y proveerle un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable.
- 8- **EVALUACION:** Es la emisión de un juicio de valor que compara los resultados obtenidos con un patrón de referencia (estándares) para constatar la mejora de la atención de la salud a los usuarios que acuden por una atención a una organización de salud.
- 9- **EXPECTATIVA DEL USUARIO:** Define lo que el usuario espera del servicio que brinda la institución de salud. Esta expectativa se forma básicamente por sus experiencias pasadas, sus necesidades conscientes, la comunicación boca a boca e información externa. A partir de aquí puede surgir una retroalimentación hacia el sistema cuando el usuario emite un juicio.
- 10- **FIABILIDAD:** Capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido.
- 11- **MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD:** Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda organización de salud, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.
- 12- **SALA DE OBSERVACIÓN:** Área de hospitalización de corta estancia para la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes con daños de prioridad I y II, en un período que no debe exceder de 12 horas para los pacientes de prioridad I y de 24 horas para los de prioridad II. (Aunque esto puede variar de acuerdo a la evolución de los pacientes con trastornos mentales, pudiéndose extender el periodo de estancia)



- 13- **SEGURIDAD:** Evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza.
- 14- **USUARIO EXTERNO:** Persona que acude a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud de manera continua y con calidad, en el contexto de familia y comunidad.
15. **SÍNTOMAS DESCOMPENSATORIOS:** Fiebre  $>37.5C^{\circ}$ , disnea, saturación  $<94$ , presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria fuera de parámetros normales.
- 16-**TRIAJE:** Proceso de evaluación, mediante el cual se prioriza el daño y se orienta acertadamente para su atención, a los pacientes que llegan al Servicio de Emergencia. Es la primera actividad que debe realizar el personal asistencial, debe funcionar en todos los Establecimientos de Salud, prioritariamente en aquellos donde la demanda supere la oferta de servicios. Estará a cargo del médico de guardia.



## ANEXO 02:

### RECOMENDACIONES DE USO Y ELIMINACIÓN DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL EN EMERGENCIA

1. **Mandilones, Delantales, batas o trajes especiales** que deberán ser preferiblemente largos, impermeables a los fluidos, resistentes, desechables que impidan al máximo el paso de partículas virales.

#### Recomendaciones de uso y eliminación:

- ✓ Se retirarán de forma aséptica adecuada en las zonas correspondientes para este fin en bolsa roja.
  - ✓ Estos deberán cambiarse de inmediato cuando se presente contaminación visible con fluidos corporales durante el procedimiento.
  - ✓ Si no son desechables, en el proceso de lavado y desinfección, utilice solución de hipoclorito de sodio al 0.5%, luego lávelo con abundante agua para evitar que el hipoclorito residual debilite el material.
2. **Guantes** protectores apropiados (látex) para manipular muestras provenientes de pacientes enfermos o sospechosos.

#### Recomendaciones de uso y eliminación:

- ✓ Los guantes deben cambiarse entre procedimientos, por lo tanto, no se deben tocar ni manipular los elementos y equipos que no sean necesarios en el procedimiento. No se deben tocar superficies ni áreas corporales que no estén libres de desinfección, o se les haya hecho desinfección previa.
- ✓ Descartar los Guantes contaminados en Bolsa Roja; después de un procedimiento en el cual la contaminación fue mayor, inactivarlos en un recipiente con hipoclorito al 0.5 % y proceder a descartarlos.

#### Recomendaciones de uso y desinfección:

3. **Uso de Respiradores N-95** desechables que garantizan la protección necesaria contra material particulado del 95%. Funcionan filtrando el aire por mecanismos de presión negativa al inspirar el aire. Se usan para disminuir la diseminación del virus a través de la respiración, al hablar y al toser; se previene la exposición de las membranas mucosas de la boca y la nariz.

#### Recomendaciones de uso y eliminación

Cuando se retire el respirador envuélvalo en una toalla desechable, guárdelo en una bolsa de papel con su nombre, impidiendo que éste se aplaste y deforme. Almacénelo en un lugar limpio y seco. No use bolsa plástica ya que retiene la humedad.

Los respiradores son desechables, pero pueden utilizarse en varias ocasiones si se guardan en forma correcta y hasta un máximo de 3 días consecutivos o 7 días cuando hay uso alterno (días no consecutivos) excepto cuando haya:

- Pérdida del ajuste del respirador a la cara.
- Pérdida de calidad del elástico del respirador.
- Aplastamiento accidental.
- Contaminación con fluidos corporales.
- Procedimientos en pacientes sospechosos.

Deben ser descartadas en bolsa roja para su posterior eliminación.



**Prueba de ajuste:**

- ✓ Cubrir la mascarilla en su totalidad con las manos, proceder a espirar el aire suavemente, si éste se escapa alrededor de la cara y no por la mascarilla se debe colocar nuevamente y ajustar.
- ✓ Realizar una inspiración con la que la mascarilla debe deprimirse ligeramente hacia la cara.
- ✓ Uso de **Gorro** desechable para prevenir la entrada y caída de partículas virales contaminadas al uniforme, ya que el cabello facilita la retención y posterior dispersión.

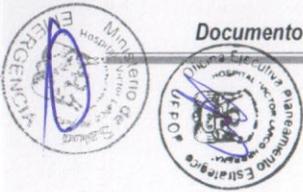
**Recomendaciones de uso y Eliminación:**

- Se retirarán de forma aséptica adecuada en las zonas correspondientes para este fin en bolsa roja.
- Estos deberán cambiarse de inmediato cuando se presente contaminación visible con fluidos corporales durante el procedimiento.
- Deben ser descartados en bolsa roja para su posterior eliminación por el método de su elección.

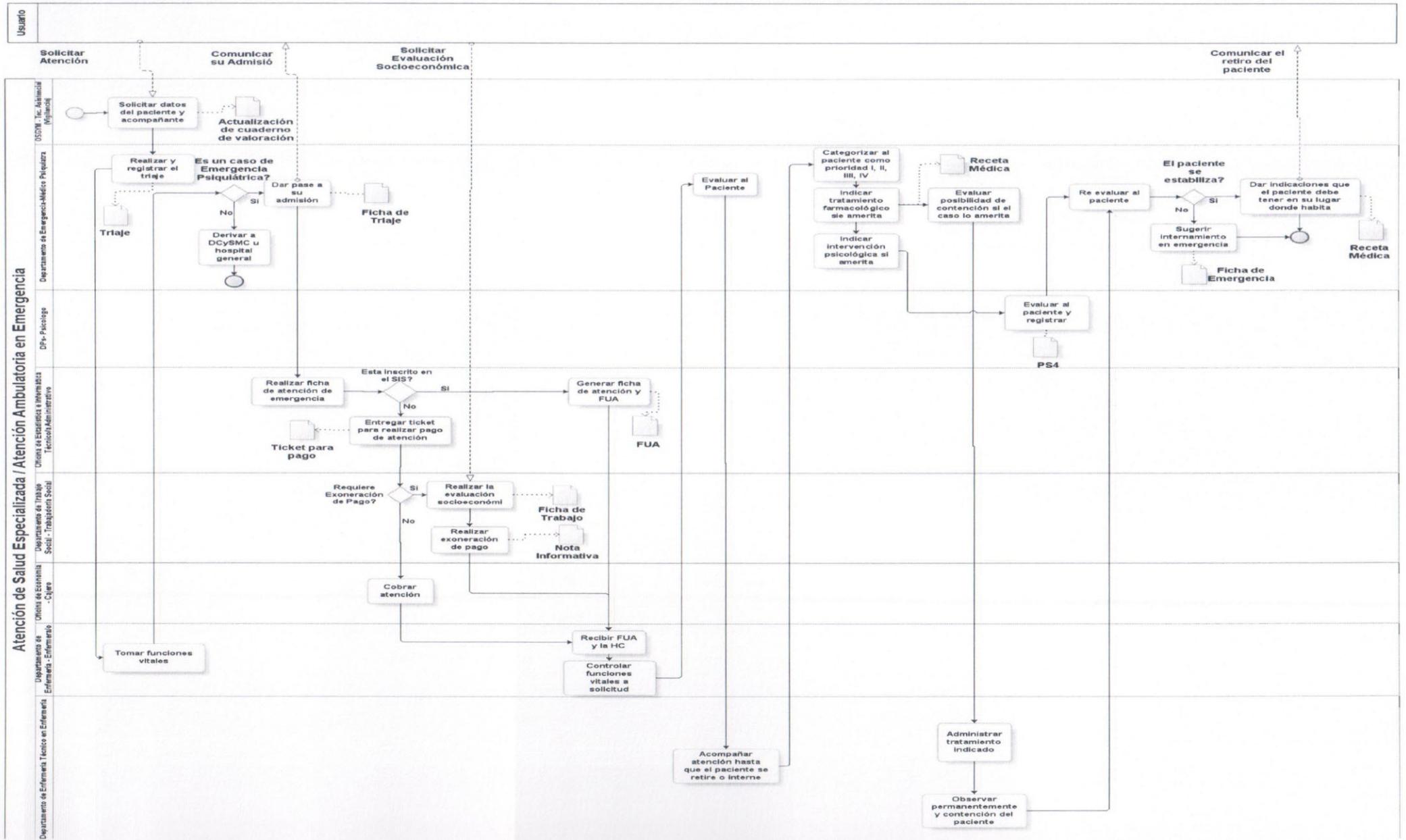
**Observación: Para asegurar medidas de bioseguridad**

Se realizará rondas sorpresa verificando el uso adecuado del EPP, lavado de manos, distanciamiento social al momento de atender a los usuarios-





### ANEXO 03 FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE EMERGENCIA







**ANEXO 4**

**FICHA DE TRIAJE**

FICHA DE TRIAJE					
PRIORIDAD		I	II	III	IV
Historia Clínica/ DNI		Edad:		Fecha:	
Nombre					
Funciones Vitales	FC:	FR:		PA:	T°:
<b>Motivo de consulta:</b> Ansiedad ____ Agitación psicomotriz. ____ Ideación Suicida. ____ Crisis de pánico ____ Disonía. ____ Conducta autolesiva. ____ Conducta desorganizada. ____ Conducta psicótica ____ Otros especificar: _____					
<b>No es emergencia psiquiátrica: Se realiza sólo Triaje</b> 1. Paciente acude por extensión de receta: _____ 2. Paciente acaba de ingerir medicamentos como benzodiazepinas, antidepresivos u otros en dosis que ameritan primero evaluación en hospital general para posteriormente mediante referencia de dicho hospital atenderlo: _____ 3. Paciente con antecedente de trastorno psiquiátrico, pero que acude por molestia física no asociada a psicofármacos: _____ 4. Paciente bajo efectos de sustancias psicoactivas, que no permiten la administración de psicofármacos, se sugiere evaluación en hospital general: _____ 5. Paciente somnoliento, que no permite evaluación _____ 6. Paciente traído por policía, serenazgo por deambular en la calle que requiere primero evaluación en hospital general _____ 7. Paciente con antecedente de enfermedad psiquiátrica que no está en situación de emergencia (especificar) ____ Otros especificar: _____					
<b>Paciente con mandato judicial:</b> Se indica atención el tratamiento se realizará de acuerdo a evaluación clínica _____ Se ofrece atención, pero al no confirmar internamiento, personal que lo trae refiere no desear la atención. _____					

**FIRMA Y SELLO MEDICO ASISTENTE**

**FIRMA Y SELLO MEDICO RESIDENTE QUE APOYO EN EL TRIAJE**

\*Las fichas de Triaje van junto a la ficha de atención de emergencia.

\*En caso sólo se realice Triaje: Entregar la ficha a admisión de emergencia.

## ANEXO 5

### ARTÍCULO 29 DE LA LEY DE SALUD MENTAL N°30947 Y SU REGLAMENTO

#### Artículo 29. Internamiento y hospitalización por mandato judicial

29.1. Los mandatos judiciales de internamiento y hospitalización sólo proceden en casos de medidas de seguridad u otros establecidos por ley, y se ejecutan bajo las siguientes condiciones:

29.1.1. La admisión de personas inimputables con problemas de salud mental es sólo en condición de inestabilidad clínica, posterior a la sentencia que declare la inimputabilidad y con previa evaluación psiquiátrica forense.

29.1.2. Las instituciones de salud ofrecen los servicios de internamiento u hospitalización únicamente para cumplir los objetivos que no puedan ser conseguidos en una atención ambulatoria en el contexto de un cuadro agudo o reagudización, consistentes en evaluación clínica, tratamiento y estabilización, sin distinción de la condición legal de las personas, y en concordancia con el artículo 27 del presente Reglamento. Quedan proscritas actividades estigmatizadoras como la custodia, albergue, estancia preventiva, entre otros, que generan estigmas manicomiales.

29.1.3. La junta médica psiquiátrica del establecimiento de salud donde se realizaría el internamiento u hospitalización evalúa el estado clínico y existencia de criterios de internamiento u hospitalización, previo al ingreso, estableciendo el periodo aproximado de estancia hospitalaria del(de la) usuario(a), el cual cuenta con resolución de inimputabilidad, del juzgado solicitante. Una vez realizado el informe de junta médica este se remitirá en plazo no mayor de 48 horas para que el juzgado competente autorice su ingreso consignando el periodo de internamiento definido por la junta médica psiquiátrica. En caso que el juzgado considere que el tiempo propuesto no es adecuado, solicita motivadamente una nueva evaluación, la cual es informada por la junta médica psiquiátrica dentro del plazo de 48 horas de notificado el requerimiento.

29.2. La dirección o jefatura del establecimiento de salud remite al juzgado competente, 72 horas antes del vencimiento del periodo designado por la junta médica psiquiátrica, un informe sobre las condiciones clínicas del egreso de la persona, fundamentando la presencia de criterios de tratamiento ambulatorio.

29.3. En caso de que la condición de alta clínica se alcance antes del plazo de hospitalización dictaminado, el director o jefe del establecimiento de salud informa y solicita al juzgado competente disponga el egreso de la persona hospitalizada en un plazo no mayor a 72 horas y la puesta en marcha, de ser necesario, de las medidas ambulatorias alternativas propuestas por la junta médica.

29.4. En caso de no alcanzar la condición de alta clínica una vez vencido el plazo de internamiento definido, dicha junta realizará una nueva evaluación que determine la extensión del periodo de internamiento requerido, el cual se informará a la autoridad quien dispone la extensión del periodo según lo informado por la junta.

#### Artículo 30. Desinstitucionalización

30.1. Todo establecimiento de salud con hospitalización que atienda a personas con problemas de salud mental, es responsable de conformar el Comité Permanente Encargado de Evaluar la Desinstitucionalización de Personas con Discapacidad Psicosocial, ante el cual



## IX. BIBLIOGRAFIA

- Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., ... & Xiang, Y. T. (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1732.
- [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental\\_0.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental_0.pdf)
- Reglamento de la ley de salud mental 30947.
- Uribe, Martha Patricia Ontiveros. "Urgencias en psiquiatría." *Salud mental y medicina psicológica*, 3e Eds. Juan Ramón de la Fuente, and Gerhard Heinze. McGraw-Hill Education, 2018, <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2368&sectionid=187436614>.
- [https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/abordaje-del-paciente-con-s%C3%ADntomas-mentales/emergencias-en-psiquiatr%C3%ADa#Principios-generales\\_v1024919\\_es](https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/abordaje-del-paciente-con-s%C3%ADntomas-mentales/emergencias-en-psiquiatr%C3%ADa#Principios-generales_v1024919_es)

