

# UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON CRISIS DE  
ANSIEDAD, DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA INSTITUTO  
NACIONAL DE SALUD MENTAL  
"HONORIO DELGADO HIDEYO NOGUCHI", 2016.

INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR EL  
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN PROFESIONAL EN SALUD  
MENTAL

MARTIN SABINO FRANCIA PACHECO

CALLAO, 2017  
PERU

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. ANGÉLICA DIAZ TINOCO : PRESIDENTA
- Dra. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO : SECRETARIA
- Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA : VOCAL

Nº de Libro : 03

Nº de Acta : 146- 2017

Fecha de aprobación del Informe Laboral: 25 de Mayo 2017

Resolución de sustentación de la Unidad de Posgrado

Nº 1061-2017-D/FCS

## INDICE

	<b>Págs.:</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>4</b>
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	4
1.2. OBJETIVO	6
1.3. JUSTIFICACIÓN	7
<b>II. MARCO TEORICO</b>	<b>8</b>
2.1. ANTECEDENTES	8
2.2. MARCO CONCEPTUAL	12
2.3. DEFINICION DE TÉRMINOS	32
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	<b>35</b>
3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS	35
3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL	35
3.3. PROCESOS REALIZADOS	42
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>47</b>
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>55</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	<b>56</b>
<b>VII. REFERENCIALES</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>59</b>

## INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional, titulado intervención de Enfermería en pacientes con crisis de ansiedad que acuden al Departamento de Emergencia Instituto Nacional de salud Mental "Honorio Delgado Hideyo Noguchi", tiene por objetivo describir la intervención del profesional de enfermería en la atención inmediata del paciente.

Enfermería en salud Mental, desempeña un papel clave e importante para afrontar la demanda de atenciones a los ciudadanos en relación con las alteraciones en su Salud Mental, proporciona una atención óptima e integral a los pacientes.

"Las atenciones de emergencias psiquiátricas incrementaron en 27% en el año 2016 Esto, en comparación con el año 2015. En los últimos seis meses, se han registrado más de 20 atenciones diarias y 6000 atenciones anuales." <sup>(1)</sup>

Se emplea el método descriptivo para realizar el informe laboral de nuestro problema, tomándose en cuenta datos a valorar como, cuadros estadísticos, reporte de enfermería, reporte de incidencias del día.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

En mi experiencia laboral durante 5 años como Enfermero asistencial del Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, las atenciones han ido incrementando de forma continua.

Se atiende a pacientes de todas las jurisdicciones y de otros hospitales generales e instituciones de salud, esta realidad hace que se incremente notablemente el número de pacientes a ser atendidos y por consecuencia la demanda en el Departamento de Emergencia.

La falta de conciencia de enfermedad del paciente y familiares acerca del problema de salud mental hace que abandonen el tratamiento a esto se suma las largas citas o controles los cuales en su mayoría dejan sin abastecimiento de medicamentos al paciente, para posteriormente retornar en situaciones de crisis de ansiedad y en el peor de los casos llegando a presentar conductas violentas.

Según la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD (OMS), el 25 % de la población de las grandes ciudades necesita o necesitaría apoyo durante su vida y los trastornos mentales están dentro de las primeras causas de enfermedad. La depresión y el alcohol son los problemas más frecuentes en salud mental. <sup>(2)</sup>

La estigmatización y la discriminación del cual son víctimas los enfermos y sus familiares disuaden a los pacientes de recurrir a los servicios de salud mental, la ignorancia y la estigmatización que rodean a las enfermedades mentales están muy extendidas. Pese a disponer de tratamientos, existe la creencia de que no es posible tratar los trastornos mentales, o de que las personas que los padecen son difíciles, poco inteligentes o incapaces de tomar decisiones. Esa estigmatización puede dar lugar a malos tratos, rechazo y aislamiento, y privar a las personas afectadas de atención médica y apoyo.

Según cifras del MINISTERIO DE SALUD (MINSA); Estas enfermedades afectan a más de 5 millones de personas en el país, sin embargo, aproximadamente el 80% de ellas no recibe el tratamiento especializado que necesita, indican las estadísticas del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM).<sup>(3)</sup>

Para Aitor Castillo, siquiatra y catedrático de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), esto se debe principalmente a que las políticas del Estado no son las adecuadas para atender los trastornos, y porque todavía existen prejuicios en torno a ellos que se reflejan, por ejemplo, en la falta de oportunidades laborales y en las burlas que se escuchan con frecuencia si bien existen varios trastornos mentales, los más frecuentes en el país son la depresión y la ansiedad. Estudios del

INSM muestran que 1 millón 700 mil peruanos padecen la primera enfermedad, mientras que 1 millón 200 mil, el segundo mal. <sup>(3)</sup>

En el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) "Honorio Delgado Hideyo Noguchi". Las atenciones de Emergencias Psiquiátricas incrementaron en 27% en el año 2016 Esto en comparación con el año 2015. En los últimos seis meses, se han registrado más de 20 atenciones diarias y 6000 atenciones anuales, así lo señaló el Dr. Freddy Vásquez Gómez, Jefe del Departamento de Emergencia y del Programa de Prevención del Suicidio, el especialista agregó que también han ido en aumento las patologías como la depresión, conducta suicida y agitación psicomotriz los problemas de salud mental que en Lima Metropolitana se atiende son desde crisis de ansiedad, agitación psicomotriz, conducta suicida y trastorno de pánico, que es la máxima expresión de la ansiedad; hasta personas depresivas y suicidas ante ello, se efectúan mecanismos tanto farmacológicos para manejar la situación crítica.<sup>(1)</sup>

## **1.2 Objetivo**

Describir la intervención de Enfermería en pacientes con crisis de ansiedad que acuden a Emergencia del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi en el año 2016.

### **1.3 Justificación**

En la actualidad las enfermedades que afectan la salud mental han ido incrementando de forma gradual y entre ellas las situaciones de crisis de ansiedad que se atienden en el Departamento de Emergencia del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.

El personal de Enfermería está capacitado para actuar frente a estas emergencias psiquiátricas por tal motivo tiene en cuenta que se trata de personas con trastorno de la conducta o pensamiento al cual es necesario brindar un tratamiento inmediato.

La actitud de la enfermera es decisiva tanto para calmar la angustia del enfermo y familiar y con ello tener un adecuado manejo de la situación, ya que representa alto riesgo de agresividad tanto para el paciente como para las personas que lo rodean.

Es para enfermería un desafío ya que su intervención involucra mucha responsabilidad y compromiso con la capacitación constante según el avance científico para hacer frente a esta demanda de atenciones y contribuir con la mejoría del paciente.

Describir las experiencias laborales en la atención del paciente que acude en crisis de ansiedad a emergencia nos muestra parte de la realidad actual y como estamos actuando frente a ella, de esta manera nos compromete a continuar con la búsqueda de atención oportuna y de calidad para mejorar en la intervención por parte de enfermería.

## II MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

**CIA PAYUELO A, (2013) – ESPAÑA “Ansiedad y depresión consulta de Enfermería de atención primaria,”** define según sus conclusiones, Llama la atención que los pacientes más jóvenes y mujeres son los que sufren con mayor frecuencia un trastorno de ansiedad, en cambio son los pacientes mayores de sesenta años los que más sufren los síntomas depresivos. Por lo que podemos decir que es una población con problemas de salud mental. Que podríamos decir que la ansiedad se relaciona con un sujeto de perfil joven (18 a 40 años), parado/a, mayoritariamente mujer son carga familiar de dos a tres personas, y la depresión a un perfil jubilad/a (> 60 años), mayoritariamente hombre con carga familiar de más de tres personas. <sup>(4)</sup>

**ORTEGA ARICA S. (2009) – LIMA “Opinión de los familiares sobre la calidad de la atención de Enfermería al paciente psiquiátrico en los pabellones de pacientes agudos,”** Llega a la siguientes conclusiones, los familiares que asisten a la visita, en los pabellones de pacientes agudos del Hospital V. Larco Herrera, opinan que la calidad de Enfermería en la atención al paciente psiquiátrico es medianamente favorable. Se observó el mayor porcentaje de juicio sobre la calidad de Enfermería en la atención al paciente psiquiátrico, en la Dimensión Técnica, el cual fue atribuido al valor final de medianamente favorable,

reflejando que el familiar no encuentra a la enfermera el apoyo que solicita. El menor porcentaje de juicio sobre la calidad de Enfermería en la atención al paciente psiquiátrico, en la Dimensión de Confort, el cual fue atribuido al valor final de desfavorable, reflejando que la enfermera muestra desinterés por el entorno del paciente hospitalizado. <sup>(5)</sup>

**TOLEDO MUÑOS L. (2015) – ESPAÑA “Las urgencias psiquiátricas hospitalarias: análisis del contexto clínico, sociodemográfico y económico,”** Las urgencias psiquiátricas supusieron el 1.5% del total de urgencias, presentando el 40% de los pacientes patología orgánica asociada, por lo que se debe englobar con las urgencias médico-quirúrgicas. - El perfil sociodemográfico del paciente es una mujer que consulta entre las 12.00-18.00 horas en día laborable, con una edad entre 26-40 años, acude por voluntad propia, con estudios primarios, desempleada y casada. - El 80% de los pacientes llevan tratamiento del centro de salud mental, siendo las alteraciones de la conducta el motivo de consulta más frecuente. - Los pacientes inmigrantes padecen cuadros psiquiátricos más graves, consumen más sustancias de abuso y no suelen llevar tratamiento pautado. - El consumo de tóxicos supuso el 32% de la demanda asistencial, fundamentalmente el alcohol. Los consumidores consultaron más en días laborables, entre las 06.00 y las 12.00 y tenían ingresos previos en el 50% de los casos. - Los factores relacionados con ingreso en planta son: la psicosis, la remisión del

paciente, ingresos previos y necesidad de pruebas complementarias. - El 12% de los pacientes necesitaron contención mecánica, siendo los factores relacionados: remisión por servicios de emergencia, agitación psicomotriz, pruebas complementarias e ingresos previos. Los servicios de emergencia son determinantes para la decisión de ingreso hospitalario.<sup>(6)</sup>

**ULLOA REYES L, (2017)-CUBA “Enfermedad mental y violencia Propuestas de intervención en Enfermería. Revista cubana de enfermería,”** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en una muestra compuesta por 80 pacientes con enfermedades mentales con un funcionamiento a nivel psicótico, familiares o convivientes y miembros de la comunidad pertenecientes a las áreas de salud del policlínico Julio Antonio Mella de Camagüey, que son atendidos por el Centro Comunitario de Salud Mental del área antes mencionada, en los meses de mayo, junio, julio y agosto del 2006, mediante la utilización de la Técnica Cualitativa de Grupos Focales, con el objetivo de explorar aspectos relacionados con la violencia y las enfermedades mentales conocer el criterio que se tiene con relación a este fenómeno y si el enfermo mental es víctima de violencia. Exploramos diferencias entre los grupos de enfermos, los convivientes y miembros de la comunidad, en cuanto a la percepción de la violencia (conceptualización), tipos de violencia, mecanismos de producción y reacciones ante ella. Participaron

en esta investigación el Equipo de Salud Mental, integrado por el psiquiatra, psicólogo, la trabajadora social, el técnico de terapia ocupacional, profesionales de Enfermería. Proponemos acciones de intervención a ejecutar por el personal de Enfermería para disminuir la violencia, así como actividades educativas, para aumentar el conocimiento acerca de las enfermedades mentales, e inculcar el respeto que se merecen como seres humanos. <sup>(7)</sup>

**GONZALES J, (2017)- ESPAÑA “la baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de Enfermería. Institut de atención psiquiàtrica, toxicomanías y salud mental, “Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto creemos necesario la puesta en marcha y desarrollo de Programas de Atención de Enfermería (Programas psico educativos) que tengan como objetivo lograr que el paciente decida participar en su terapia farmacológica, que se interese por su salud, que entienda el propósito de la medicación que toma, la relación de ésta con su enfermedad y las posibles consecuencias del abandono del mismo. Sabemos de la dificultad de conseguir en totalidad todas estas premisas, pero está claro que si no nos marcamos un camino, acabamos siendo estáticos, siendo meros espectadores de lo que ocurre a nuestro alrededor. Por lo que no es suficiente aconsejar, imponer, invertir muchas horas en enseñar a un paciente sobre sus medicamentos, sino que se debe lograr que el paciente esté convencido de que el medicamento es**

necesario para el tratamiento de su enfermedad, las creencias y actitudes tienen un papel predominante. Enfermería debe intentar rebatirlas o compensarlas enseñando al paciente. Si conseguimos que éste conozca su enfermedad y su tratamiento, qué duda cabe, conseguiremos un mejor cumplimiento. <sup>(8)</sup>

## **2.2 Marco conceptual**

### **ANSIEDAD**

La ansiedad (del latín anxietas, angustia, aflicción) es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc. Que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos y se acompaña de un sentimiento desagradable o se síntomas somáticos de tensión. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. <sup>(9)</sup>

### **ANSIEDAD PATOLÓGICA**

En las sociedades avanzadas modernas, esta característica innata del ser humano se ha desarrollado de forma patológica y conforma, en algunos casos, cuadros sintomáticos que constituyen los denominados trastornos de ansiedad, que tiene consecuencias negativas y muy desagradables para quienes lo padecen. Entre los trastornos de ansiedad se encuentran

las fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, etc. <sup>(9)</sup>

### **CRISIS DE ANSIEDAD**

El ataque de pánico es una reacción de ansiedad muy intensa, acompañada de la sensación de falta de capacidad para controlar esta reacción, e incluso la convicción de que uno puede llegar a morir en ese momento. Esta crisis de ansiedad puede producirse en diferentes situaciones (conduciendo, en la calle, etc.), las cuales tenderán a evitarse posteriormente. Las claves de este desorden hay que buscarlas, por un lado, en el tipo de pensamientos que las provocan, altamente preocupantes, catastrofistas (como muerte inminente, ataque al corazón, mareos y pérdida de conciencia, etc.); y por otro lado, en la hiperventilación (respiración agitada) que provoca un rapidísimo aumento de activación fisiológica generalizada. Los pensamientos catastrofistas se originan por una incorrecta interpretación de síntomas de ansiedad (activación fisiológica). <sup>(10)</sup>

### **ETIOLOGÍA**

La ansiedad es una reacción normal frente a situaciones percibidas como amenazantes, por lo que una persona con tal sintomatología no necesariamente es portadora de una patología. Sin embargo, las crisis de

ansiedad también pueden ser parte de diversos trastornos psiquiátricos, así como enfermedades físicas y consumo de sustancias psicóticas.

Algunos de los factores que pueden influenciar su desarrollo son:

- Factores biológicos hereditarios (otros familiares la sufren).
- El ambiente familiar en que creciste.
- Desbalances en nuestros neurotransmisores por falta de sueño, no comer apropiadamente o por excesivos niveles de estrés.
- Situaciones de crisis, cambios radicales o problemas difíciles por los que estamos pasando en estos momentos, por ejemplo: un divorcio, la muerte de un familiar, cambio de casa, un reciente matrimonio o un nuevo hijo.
- Eventos traumáticos que nos hayan sucedido.
- Estrés cotidiano.
- Inconformidad con tu actual situación de vida.

### **SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD**

Los síntomas de la “ansiedad o pánico” pueden ser muy frustrantes y aterradores, pero son solo eso, síntomas, el resultado de mantenerse en el estado de ansiedad constante.

Algunos síntomas son meramente cognitivas o de comportamiento como:

- Tener pensamientos negativos recurrentes
- Ver el mundo como un lugar más peligroso y aterrador de lo que realmente es

- Sentir que estamos fuera de la realidad y ver todo como en un sueño
- Tener la sensación de que estamos enloqueciendo
- Incapacidad para relajarse
- Tartamudez
- Sentir terror por ninguna causa concreta
- Baja autoestima
- Depresión
- Problemas de memoria
- Aparición de tics nervioso

**Otros síntomas son físicos e incluyen:**

- Insomnio y pesadillas nocturnas
- Taquicardia/palpitaciones
- Mareo
- Resequedad en la boca, ojos y cuerpo en general
- Necesidad de orinar frecuentemente
- Enrojecimiento en alguna parte de nuestro cuerpo
- Dolores de cabeza
- Dolores de estómago y/o colitis
- Sudoración en las manos

- Hiperventilación y respiración alterada, falta de aire
- Vómitos y náuseas
- Disminución de deseo sexual
- Exceso o pérdida de apetito
- Sensación de deshidratación
- Espasmos musculares
- Hormigueo en manos, pie y tensión en el cuello.

### **CLASIFICACIÓN**

Existen criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad.

Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales más importantes:

- DSM-IV- TR (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA).
- CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS).

La DSM-IV-TR enumera doce trastornos de ansiedad y en la CIE-10 los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relacionados con el estrés.

### **TRASTORNO DE PÁNICO**

Es un trastorno en el cual la persona ha sufrido uno o más ataques de pánico, seguido de la preocupación por sufrir un nuevo ataque, y las

consecuencias del mismo. Las crisis se caracterizan porque presentan un comienzo brusco y una duración de pocos minutos. De un modo súbito surge un temor intenso, que se acompaña de algunos de los siguientes síntomas: temblor, taquicardia, mareos, sensación de desmayo, sensación de muerte, sensación de falta de aire, de dificultad para tragar, trastornos gastrointestinales y cosquilleos o parestesias. Por lo general, el Trastorno de Pánico se acompaña de Agorafobia, que es el temor a sufrir un ataque en un lugar donde resulte difícil escapar u obtener ayuda.

### **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)**

El TAG se caracteriza por presentar como síntoma principal un estado de preocupación permanente difícil de controlar, con una duración de al menos seis meses. Puede haber varios focos de preocupación, los habituales en la población son la salud, la economía, la seguridad, la situación laboral, problemas familiares, etc. La intensidad de la preocupación es desproporcionada. Suele presentar al menos 8 tres de los siguientes síntomas: Inquietud o impaciencia; fatiga; dificultad para concentrarse o relajarse; irritabilidad; tensión muscular o alteraciones del sueño. Como consecuencias puede provocar malestar significativo y deterioro social, laboral y familiar. Este trastorno no está relacionado con el consumo de sustancias, a una enfermedad médica ni a un cuadro psicótico.

## **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)**

Presencia de obsesiones y/o compulsiones de carácter recurrente, graves, con deterioro de la actividad general y/o malestar clínico significativo. Estas obsesiones se presentan en contra de la voluntad del sujeto, que no logra apartar con facilidad de su mente, a pesar de enormes esfuerzos, y de reconocer muchas veces lo absurdo de los contenidos de dichas obsesiones. Las obsesiones son ideas, pensamientos, impulsos de carácter persistente, el sujeto piensa que la obsesión está fuera de control, aunque no están impuestas en contra de su voluntad. Los temas más frecuentes: temor a la contaminación o al contagio, necesidad de determinado orden y pulcritud, temor de lastimar a alguien de modo impulsivo o inadvertido, etc. Para aliviar la ansiedad que provocan las obsesiones, el individuo recurre a las compulsiones que son comportamientos o actos mentales repetitivos que el sujeto se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión, pero no producen placer o gratificación. Las compulsiones más comunes son lavarse las manos repetidamente, tocar o alinear algunos objetos en especial, pensar o repetir determinadas frases o palabras, etc.

## **FOBIA SOCIAL**

Temor intenso y persistente ante situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El

individuo teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso o presentar síntomas de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de pánico, o síntomas característicos tales como rubor, transpiración de manos, temblor, palpitaciones, etc. Como consecuencia de la ansiedad que esto provoca, el individuo tiende a evitar la interacción social, lo cual le proporciona un serio deterioro de la calidad de vida ya que interfiere en la rutina normal del individuo, en sus relaciones laborales y sociales.

### **TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

Los síntomas de ansiedad aparecen tras una exposición a un suceso traumático severo, como por ejemplo presenciar una muerte, sufrir la muerte violenta de un ser querido, ser víctima de un ataque con peligro para la propia vida, o verse en medio de un desastre natural (terremoto, etc.) Sus principales síntomas son tres: revivir el evento traumático, a través de pesadillas o flashbacks; conductas evitativas, tales como la evitación de situaciones o lugares relacionados con el evento traumático; y embotamiento emocional. Se acompaña también de síntomas que reflejan una elevada ansiedad, como irritabilidad, impaciencia e inquietud.

### **TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO**

Es similar al trastorno de estrés posttraumático pero su duración es menor de un mes, tras un acontecimiento traumático grave. Las alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de un mes.

## **FOBIAS ESPECÍFICAS**

Las personas que sufren este desorden presentan un temor intenso, desproporcionado, irracional y persistente a determinados objetos o situaciones claramente discernibles y circunscriptas. Quienes lo padecen reconocen lo inadecuado de sus temores, que por otra parte, los lleva a instrumentar conductas evitativas tendientes a sortear un posible encuentro con el estímulo desencadenante de su temor. El temor puede ser causado por diferentes objetos o circunstancias: - Animales: arañas, gatos... Suele iniciarse en la infancia. - Ambiental: aspectos de la naturaleza (bosques, mar), fenómenos atmosféricos (tormentas), suele iniciarse en la infancia. - Sangre, inyecciones, daño: Presenta una incidencia claramente familiar y suele generar una intensa respuesta vasovagal: desmayo. 10 - Situacional: Situaciones específicas como ascensores, aviones, sitios cerrados, etc. Puede aparecer en la segunda infancia o en la tercera o cuarta década de la vida.

## **AGORAFOBIA**

La característica esencial es la aparición de ansiedad intensa al encontrarse en lugares o situaciones donde puede resultar difícil o embarazoso, o donde si aparece una crisis de angustia puede resultar vergonzoso o no disponer ayuda para ello. Tiene como consecuencia una serie de comportamientos de evitación de todo aquello que requiera alejarse de casa o la ciudad y que conlleve mezclarse con mucha gente.

Esto genera una gran invalidez en la vida cotidiana, algunos individuos pueden enfrentarse a la situación si están en compañía de un ser querido que le proporcione apoyo.

### **TRASTORNOS MIXTOS**

Es un cuadro en el que se combinan síntomas depresivos y ansiosos, clínicamente significativos, sin que se pueda catalogar en uno u otro.

### **TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA**

El trastorno es secundario a los efectos psicológicos de una enfermedad médica. La ansiedad excesiva, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

### **TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS**

Los síntomas son secundarios a los efectos de una sustancia, ya sea una intoxicación, una abstinencia de la misma o en el primer mes siguiente. Los individuos presentan una elevada ansiedad, crisis de angustia y obsesiones o compulsiones. El consumo del medicamento o droga está relacionado etiológicamente con la alteración. Esta alteración provoca un malestar clínicamente significativo o 11 deterioro social, laboral o de otras

áreas importantes de la actividad del individuo. Las sustancias típicas inductoras son: Alcohol; alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cánnabis, cocaína, inhalantes, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.<sup>(4)</sup>

### **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA LA ANSIEDAD**

Para el tratamiento de la ansiedad se utilizan los ansiolíticos, estos alivian o suprimen los síntomas de ansiedad, sin producir sedación o sueño. Pero a dosis mayores tienen un efecto sedante e hipnótico, por lo que se utilizan también para inducir el sueño, como anestesia o para inducir un coma. Los ansiolíticos se clasifican en:

#### **BENZODIACEPINAS**

Su acción ansiolítica se basa en la mejora de la tensión psíquica y los síntomas subjetivos y objetivos característicos de angustia ansiedad como puede ser la sudoración, taquicardia, palpitaciones, etc. Son menos eficaces en la ansiedad de origen psicótico (depresiva y esquizoide) y en las fobias. También tienen poder miorrelajante, es decir, relajan la musculatura esquelética. Esto solo se manifiesta a dosis que producen sedación. Por último presentan una acción antiepiléptica e hipnótica. Por otra parte, pueden desencadenar algunos efectos adversos como: Sedación, somnolencia e incoordinación motora, disartria, incapacidad de coordinar movimientos finos o de responder a estímulos que requieren una respuesta rápida.<sup>(11)</sup>

## **ANSIOLÍTICOS QUE NO SON BENZODIACEPINAS**

Actúan como agonista parcial de los receptores 5-HT<sub>1A</sub>. Tiene como ventajas que no tiene actividad depresora sobre el SNC, es decir no tienen función hipnótica, anticonvulsivante y miorelajante, no incita al abuso porque produce disforia y tiene menos efectos adversos que las benzodiacepinas. Sin embargo, son menos eficaces y su utilidad clínica es limitada. Entre otras causas porque su efecto ansiolítico se instaura con lentitud y es casi ineficaz en los pacientes que previamente han sido tratados con benzodiacepinas. <sup>(11)</sup>

## **LA ENFERMERA FRENTE AL PACIENTE EN CRISIS**

Crisis es resistencia o incapacidad para aceptar decisiones en estas situaciones encontramos que existe ruptura de:

- Mecanismos de adaptación
- De los roles o funciones
- De la identidad con el contexto, hábitat

No se debe acceder nunca a realizar la entrevista en presencia de armas, debiendo solicitar colaboración al servicio de seguridad.

Mantener actitud serena pero poniendo en todo momento límites al paciente.

## **CUÁLES PUEDEN SER LAS CRISIS QUE VIVE UN PACIENTE PSIQUIÁTRICO**

Si enumeramos las primeras que aparecerían, serían:

- 1.-El desarraigo: desprendimiento de sus cosas, de su familia, de sus actividades pérdida de ingresos.
- 2.-La preocupación por los hijos
- 3.-Si al salir de la institución será aceptado por la sociedad y no ser excluido. <sup>(14)</sup>

### **MODELO TEORICO DE PEPLAU**

Las características particulares de los pacientes psiquiátricos requieren que enfermería desarrolle técnicas personales y profesionales para que los usuarios tengan confianza en comunicar sus problemas, pensamientos y sentimientos que les ayude a enfrentar la enfermedad, Peplau, en su modelo teórico hace hincapié en el proceso de interacción que conduce a una alianza terapéutica con el paciente y su familia.

En este proceso de interrelación con el usuario enfermería ocupa un espacio muy importante en la atención particularmente por el tiempo que está en contacto con él en las diferentes fases de la enfermedad, esto le da oportunidad de establecer interacciones que de ser terapéuticas pueden contribuir a la rehabilitación del paciente y a la estabilidad familiar. En éste sentido Peplau, recomienda que la enfermera amplíe su autoconocimiento, reflexionar sobre sentimientos y actitudes ante sí mismo y los Demás con el fin de identificar limitaciones y fortalezas al establecer una relación interpersonal; aceptar que como otros individuos está expuesta a situaciones de estrés y que puede tener reacciones

humanas; estar consciente de esta vulnerabilidad contribuye a la efectividad de la relación.

Identificó que la enfermedad provoca en el individuo la reactivación de conflictos de la infancia, por ende una de las tareas psicológicas de la enfermera es identificar las necesidades que se derivan del comportamiento del paciente y de mecanismos de defensa psicológicos que emergen para disminuir la ansiedad; la intervención eficaz en ésta situación será aquella que toma en cuenta el nivel de desarrollo que está operando en el individuo para ayudar a resolver sus necesidades, de tal forma que se avance para satisfacer otras necesidades más maduras.

El grado de dependencia del individuo será mayor, si la persona es privada de expresar sus deseos. La enfermera es el profesional preparado para entender la psicodinámica de la conducta de los pacientes altamente dependientes para que la reacción sea terapéutica. La intervención incondicional permite que el usuario se exprese libremente, disminuya su dependencia además esto permite a la enfermera ampliar el conocimiento de la forma que utiliza al paciente para enfrentar la enfermedad.

Peplau, describe que los pacientes que tienen rasgos de carácter en donde predomina la necesidad de control, requieren más que otros pacientes que se anticipen los procedimientos a realizar, hacer planes en conjunto en un ambiente afectuoso y de aceptación, ello favorece la

disminución de la ansiedad y mejora las habilidades personales del usuario.

De acuerdo a la teorista la enfermera conoce las claves de crecimiento en el comportamiento, así mismo desarrolla en los usuarios la habilidad para afrontar los problemas a fin de buscar explicación psicológica de la situación que el paciente plantea en ese momento.

Lo anterior implica conocer la historia del paciente sus experiencias satisfactorias e insatisfactorias, como un elemento que contribuye para progresar en la relación de ayuda.

Enfermería al planear la atención del paciente psiquiátrico integra el apoyo a necesidades físicas a una aceptación incondicional en los diferentes niveles de dependencia aun en aquellos pacientes con mayor alteración mental.

Su arte consiste en transmitir un interés genuino que se logra siendo espontánea, confiable, evitando actitudes robotizadas y represivas y también al estar atento a lo que siente y desconoce acerca del paciente.

La postura empática le da una dimensión personal a la atención, la enfermera capaz de sentir, tiene más posibilidades de buscar alternativas de acercamiento para identificar los sentimientos y pensamientos que podrían generarse en el paciente. En este sentido no es necesario que la enfermera tenga experiencia vivencial de todas las situaciones que le permitan comprender las posibles reacciones del individuo, lo importante es que tenga presente que las personas no son iguales.

## **ROLES DE ENFERMERIA, ACORDES AL MODELO DE PEPLAU**

- **Rol de persona extraña**

Se inicia con un acercamiento de respeto personalizado en busca de una alianza de cooperación, para lo cual es importante reconocer sus capacidades entendiendo lo que comunica, evitando etiquetar o calificar el comportamiento de los individuos.

- **Rol de persona - recurso**

Ésta actividad se centra en tratar, informar y despejar dudas de los problemas de salud. Su arte consiste en identificar la consecución de un aprendizaje constructivo al evitar dar consejos, por lo que se requiere explorar los aspectos psicológicos que intervienen en el problema y distinguir las situaciones que ameritan respuestas directas y objetivas de las que encubren sentimientos y necesitan asesoría; como señala la autora "Las enfermeras han interpretado siempre los planes y procedimientos del tratamiento para clarificar el cuidado prestado al paciente".

- **Rol de enseñanza**

Está implícito en los diferentes papeles que la enfermera desempeña, su tendencia es desarrollar el conocimiento, al evaluar la capacidad de autocuidado tomando en cuenta los conocimientos y creencias del paciente.

- **Rol de liderazgo**

Se espera que la enfermera motive la participación de las personas involucradas en el tratamiento y la búsqueda de alternativas para la solución de los problemas.

- **Roles sustitutivos**

Es un fenómeno psicológico de transferencia en donde al usuario en forma inconsciente atribuye identidades diferentes a la enfermera que son necesarios para tener una relación terapéutica con el paciente.

Su distorsión en la imagen puede influir positiva o negativamente de acuerdo a los atributos de la figura sustitutiva, cuando los sentimientos reactivados son de hostilidad y se tiene conciencia de éste evento la enfermera puede comprender que la conducta del paciente está determinada por procesos inconscientes.

Reconocer la transferencia permite controlar reacciones contra transferenciales que limiten el rol de la enfermera, ayudar al paciente a distinguir similitudes y diferencias para que la perciba en forma realista.

- **Rol de asesor**

Constituye la promoción de la experiencia que conduce a la salud, la forma en que la enfermera responde a las demandas del paciente es determinante, el abordaje se centra en ampliar experiencias poco claras para el paciente, incluye la verificación de cómo se siente el paciente

consigo mismo, como persona enferma y con respecto a pérdida de roles que esto conlleva. El asesoramiento tiene como fin ayudar a pacientes a tener conciencia de lo que sucede en lugar de mantenerlo disociado.

Los diversos roles, se van asumiendo en cada una de las fases que Peplau describe en el proceso de la relación interpersonal.

## **FASES DE LA RELACION DEL MODELO DE PEPLAU**

- **Fase de orientación**

Se analiza la reacción del paciente y su familia ante la enfermedad la cual se deriva de experiencias anteriores y del grado de conocimiento sobre la enfermedad; se valora además la objetividad en que percibe la situación problemática en cuanto a la gravedad y expectativas. Con ello se enmarca la dimensión de la intervención y permite planear la característica y el tipo de aprendizaje que se requiere.

La teoría de Peplau (1990), centra su atención en la enfermera como persona pues es requisito que reconozca los sentimientos que se generan al proporcionar ayuda para evitar interferencias en la relación y satisfacción de necesidades.

El objetivo en ésta fase es que el usuario identifique, comprenda y esté consciente de la ayuda que requiere. En ésta tarea participa la totalidad del equipo; a enfermería compete proporcionar y recopilar información, reforzar y clarificar lo que el médico ha comunicado al paciente e

identificar los problemas periféricos o potenciales que se asocian con el problema principal.

Se espera que la enfermera fomente la participación del paciente en la identificación y comprensión del problema, que haga uso de un rol democrático para crear una atmósfera de colaboración y que integre la experiencia sin mayores consecuencias en su vida diaria. Para lograrlo es indispensable que el equipo de salud esté coordinado y siga un mismo plan que evite interferencias.

Otra acción de suma importancia es la orientación de los servicios que se ofrecen, rutinas del hospital, presentación del personal con los pacientes, esto contribuye en disminuir la ansiedad, si se desarrolla en ambiente de interés y con una intención sentida de evitar desgaste emocional y reacciones de poca colaboración.

- **Fase de identificación**

Cuando el paciente tiene una idea más clara de su situación de salud y de los recursos con que cuenta para enfrentar la enfermedad podrá identificar las personas de apoyo, proceso en el cual influyen las características personales de los pacientes y de su familia.

En esta fase la meta es desarrollar una alianza terapéutica donde la tarea psicológica de las enfermeras es lograr establecer patrones de relación que proporcionen al paciente nuevas experiencias gratificantes como

sustento para expresar sus sentimientos, es importante estar alerta a la reacción de experiencias infantiles que se identifican por comportamiento de interdependencia, aislamiento o dependencia.

En éste periodo se puede potencializar la represión de emociones, por lo que la enfermera debe ser sensible a las manifestaciones psicológicas de los pacientes, ayudándolos para que no interfieran en el proceso de recuperación y les ayude a reconocer la necesidad de atención, haciendo hincapié en que los cuidados completos y dependientes son temporales para que el deseo de ser adulto siga presente.

- **Fase de explotación**

En ésta fase se incrementan las demandas del usuario para satisfacer sus necesidades, analizar las alternativas para solucionar los problemas y hacer planes para regresar a su medio ambiente, éste periodo se asemeja a la convalecencia dado que el conflicto se centra entre la necesidad de dependencia y la independencia

Enfermería debe estar pendiente de tratar las necesidades que surjan, cuando las exigencias se tornan un problema, el equipo de salud debe revisar la motivación de la conducta a fin de identificar la línea de acción, en ocasiones se debe reforzar la represión de la necesidad por dominar y obtener beneficios secundarios de ser necesario.

- **Fase de resolución**

En ésta etapa el paciente se prepara para volver a su medio ambiente, la familia con una preparación adecuada y particular a su circunstancia social, cultural y educativa estará en condiciones de reforzar el tratamiento para esperar mejores resultados; si se integra bien la experiencia de ayuda se disminuirá el sentimiento de desamparo.

Para la autora, la fase de resolución es un fenómeno psicológico en donde el paciente siente el deseo de concluir el episodio de enfermedad, por lo que la tarea de la enfermera consiste en asegurar que las necesidades de dependencia psicológica y de relación se apoyen, con lo anterior se evita que se incremente la ansiedad desencadenada por necesidades no satisfechas.

La resolución se da con la creación y fortalecimiento de la capacidad para actuar por sí mismo, esto se alcanza cuando se resuelven las necesidades dadas por la aceptación incondicional en la relación y el reconocimiento de los logros del paciente en su dinámica con la familia.<sup>(12)</sup>

### **2.3 Definición de términos**

- **Paciente psiquiátrico**

Persona con síntomas psicóticos y conductuales los cuales son percibidos como perturbadores o amenazantes por el propio paciente.

- **Crisis de ansiedad**

Presencia aguda y perturbadora de ansiedad, que puede estar acompañada por síntomas vegetativos o intranquilidad motora. <sup>(9)</sup>

- **Agresividad**

El término agresividad hace referencia a un conjunto de actividad que pueden manifestarse con intensidad variables, incluyendo desde la pelea física hasta los gestos o expresiones verbales que aparecen en el curso de cualquier negociación. <sup>(9)</sup>

- **Enfermero**

Profesional formado por una institución Universitaria que posee el título de licenciado en Enfermería a nombre de la nación, registrado en el colegio de enfermeros del Perú reconocido cuyo rol principal es el cuidado del paciente.

- **Cuidados de enfermería**

Es el conjunto de acciones basadas en conocimientos científicos y principios bioéticos que brinda el enfermero al paciente que acude solicitando una atención de emergencia.

- **Calidad del cuidado**

Es el conjunto de característica que deben tener los servicios en el proceso del cuidado desde el punto de vista técnico y humano.

- **Percepción**

El proceso de hacerse consciente de los objetos, relaciones o cualidades internas y externas, por medio de los sentidos y bajo la influencia de experiencias anteriores.

- **Continuidad del tratamiento**

Se considera que ésta se da cuando el paciente al ser dado de alta del hospital, toma el medicamento y asiste a la consulta programada.

- **Familiar**

Para este estudio se considera a uno de los miembros de la familia que el paciente identifique como recurso de apoyo al tratamiento.

- **Relación interpersonal**

Interacción de la enfermera con el paciente y su familia, desarrollada a través de un proceso en donde los participantes llegan a conocerse lo suficientemente bien para afrontar la problemática que surge en forma compartida <sup>(12)</sup>

### **III EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de datos**

Se llevó a cabo mediante los instrumentos de:

- **HISTORIAS CLÍNICA**

La valoración integral céfalo caudal con que se lleva acabo al ingreso del paciente la cual queda plasmada en este documento legal de uso exclusivo del equipo de salud.

- **LIBRO DE ESTANCIAS**

Documento en el cual se plasma la fecha de ingreso del paciente con el Dx inicial de ingreso a la unidad el cual es secuencial de mes a mes cambiando los Dx según la evolución o involución del paciente.

- **ESTADÍSTICA**

Es la que se lleva de forma mensual por la jefatura de Enfermería de la unidad donde se detalla ingresos, egreso, de los pacientes por Dx atendidos.

#### **3.2. Experiencia profesional**

Mi experiencia laboral en el Instituto de Salud Mental "Honorio Delgado Hideo Noguchi" en el Departamento de Emergencia es muy beneficiosa

ya que ha permitido adquirir destreza, habilidad y atención especializada en el área de Emergencias Psiquiátricas.

El trabajar en el Departamento de Emergencia me hizo ver una realidad que pasa en diferentes Instituciones de Salud Mental y Hospitales que cuentan con área de Psiquiatría, ya que es una enfermedad que afecta la voluntad del paciente.

La falta de compromiso hace que tanto la familia como el paciente abandonen el tratamiento teniendo como consecuencia en más de una ocasión a pacientes en situaciones de crisis de ansiedad.

En Emergencia se atiende a pacientes con diversos trastornos de enfermedad mental uno de ellos y el más frecuente en la actualidad son las crisis de ansiedad el cual requiere de un mayor cuidado, debido a que no solo está en riesgo la integridad del paciente sino también de los familiares que lo acompañan así como el personal que asiste la Emergencia.

Presentada la crisis, es cuando interviene el equipo de emergencia brindando los cuidados adecuados para actuar de forma oportuna y evitar posibles complicaciones.

Es este momento donde el enfermero realiza diversas intervenciones, en coordinación con la parte médica evaluadora quien dará las indicaciones terapéuticas a seguir ya que los pacientes son de alta complejidad con historial de abandono de tratamiento y muchos años de enfermedad y con otros diagnóstico (trastorno de la personalidad, agresividad, agitación psicomotriz, esquizofrenia, síndrome de abstinencia y otros síntomas que se presentan como la manipulación como síntomas de la enfermedad.

Durante la crisis de ansiedad, el enfermero evaluará su intervención conjuntamente con el equipo multidisciplinario se asegura de contar con el personal adecuado para poder actuar en caso de presentarse complicaciones como la agresión, dependiendo el estado del paciente se utiliza medios de comunicación (alarma, llamar a personal de seguridad, otros servicios solicitando apoyo para la contención con la finalidad de controlar la crisis.)

La actitud del enfermero es decisiva, tanto para calmar la crisis del paciente como la angustia de la familia, para ello se emplea interacción verbal con la finalidad de persuadir al paciente para conseguir que comprenda el carácter transitorio de su estado y la necesidad de ayuda externa que esta requiere.

Es importante la actitud de escucha activa, mostrar interés, en tono suave pausado relajado pero seguro.

No confrontar y negociar posibles situaciones, no criticar ni realizar juicios, no discutir con el paciente.

Se mantiene una distancia prudente durante la intervención asegurando la integridad física del paciente como del equipo multidisciplinario.

Si la contención verbal no es adecuada y el paciente muestra signos de descontrol de impulsos y pueda llegar a la agresividad, será necesario la contención física para minimizar el riesgo de agresión, se informa a la familia el procedimiento a seguir explicándole que de ser necesario se empleara la fuerza para realizar el traslado de su paciente a un ambiente conjunto para su posterior medicación, brindar esta información al familiar es importante a fin de lograr su mayor colaboración la cual pueda ser útil para su intervención y evitar la participación innecesaria, la que podría perjudicar la atención del paciente.

Realizada la intervención del paciente habiendo sido reducido es llevado al ambiente común o de clino terapia se toman las medidas de seguridad tanto para el como para el personal que lo asiste, se le realiza la búsqueda de objetos como armas, navajas materiales o sustancias con los cuales el paciente pueda atentar contra su integridad o la de los demás.

Se procede a administrar la contención farmacológica indicado por el médico tratante previo control de funciones vitales y exploración física en

busca de otras problemas físicos (cortes, fracturas, secuelas de enfermedades).

La acción del psicofármaco tiene como objetivo reducir la crisis inminente, el monitoreo de funciones vitales y la vigilancia de posibles reacciones o efectos adversos de la medicación es función primordial del enfermero.

De no ser efectiva la medicación y no lograr el efecto sedatorio esperado y si el estado actual del paciente lo requiera se aplicara la contención mecánica hasta lograr su sedación, de esta manera se previene actos violentos hacia sí mismo o terceros.

El enfermero a cargo brindara la información al paciente al momento de la sujeción indicando que es lo que se va hacer dando énfasis en que el objetivo es cuidarlo y facilitar su tratamiento sin que se haga daño, la sujeción ha de ser de forma momentánea y se debe tener vigilancia permanente, solo hasta lograr la tranquilidad del paciente para posteriormente ser retirado.

El paciente se mantiene en proceso de reevaluación por un periodo determinado durante el cual se continuara con el control de funciones vitales y la evolución de su estado emocional y conductual.

Durante este periodo de espera el enfermero entrevista a la familia para recabar información que facilite el tratamiento oportuno del paciente dicha información será contrastada con los datos que se puedan obtener de la historia clínica.

Posteriormente es evaluado por médico de guardia quien determinara según su criterio la situación actual del paciente.

De mostrar mejora en su conducta el paciente será dado de alta con tratamiento indicado para su casa por un periodo de tres días en la cual se le programara una cita de control ,donde se evaluaran el comportamiento del paciente en casa así como el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas.

Dicha información es brindada al familiar responsable a su vez se orienta para que pueda llevar a cabo las indicaciones terapéuticas, se informa que de presentarse cualquier situación de emergencia (síntomas extra piramidales, agresividad, rechazo a la medicación) la cual no pueda manejar, podrá traer a su paciente a emergencia para su evaluación.

Si por el contrario el paciente que ha sido evaluado no presenta mejoría alguna y continúa con síntomas de agresividad contenida, síntomas psicóticos, etc.

Se procederá a ingresar a observación de emergencia quedando como paciente hospitalizado, siendo el médico de guardia el encargado informar la situación actual del paciente al familiar.

El medico evaluador brinda el tratamiento indicado en un horario especifico de ser necesario se le solicita exámenes auxiliares o interconsultas.

De estar de acuerdo el familiar firmara la hoja de consentimiento para su ingreso a observación en emergencia.

Enfermero de turno brindara información sobre los procedimientos a seguir ya sea para la compra de medicamentos así como el requerimiento de útiles de aseo personal.

Se realiza la coordinación con el área de nutrición para proporcionarle la dieta adecuada según la prescripción médica.

Se coordina con el área de servicio social que se evaluara a los familiares a fin de recolectar información mayor información y determinar el interés por parte de familiar y disminuir el riesgo de abandono del paciente.

Respecto al paciente se procede a darle una pijama del servicio y se le informa que permanecerá en el área de emergencia para su evaluación de su salud mental la cual determinara el tiempo de estadía en emergencia , se controla funciones vitales, se verifica cual es la indicación médica para administrar el medicamento que le corresponde.se brinda comodidad y confort.

Durante su estancia será evaluado de forma constante su estado emocional así como su comportamiento, siendo supervisado de forma permanente por el personal técnico y personal de enfermería a su cargo, en todo momento se conversa con ellos ante cualquier inquietud, o molestias y se nos informe.

En nuestro actuar diario se realiza la ronda de enfermería con todo el equipo de trabajo ya sea del turno diurno o nocturno donde se entrevista al paciente para saber cómo se siente y evaluar su estado emocional ya que muchos de ellos ocultan su sintomatología y posteriormente pueden entrar en un cuadro de agitación psicomotriz .

Su estadía en el área de emergencia será finalizada según la evolución del paciente ya sea con su alta con su tratamiento y control respectivo de presentar mejoría alguna, de lo contrario se procederá a la hospitalización el área de pabellón según corresponda.

### **3.3 Procesos realizados en el tema del informe**

El incremento de las atenciones diarias en el Departamento de Emergencia es cada día más evidente teniendo el aumento en la incidencia y prevalencia de las enfermedades mentales como, las crisis de ansiedad, conducta agresiva, alcoholismo, drogadicción y violencia.

Son frecuentes las atenciones por parte de pacientes que retornan a emergencia por ausencia de tratamiento de forma continua o en el peor de los casos abandono del mismo seguido de ello el desconocimiento por parte de la familia como la del paciente es frecuente conllevando a un tratamiento ineficaz.

Ante las situaciones mencionadas el personal de Enfermería afronta esta realidad a través de procesos y guías ya establecidas con la finalidad de

brinda atención adecuada y oportuna al paciente y hacia la familia la orientación e intervención de forma constante para facilitar y de esta manera mejorara la atención del paciente.

Las actividades realizadas se presentan en las siguientes tablas:

**TABLA N° 3.1**  
**“INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CRISIS DE**  
**ANSIEDAD QUE ACUDEN A EMERGENCIA DEL INSM HONORIO**  
**DELGADO HIDEYO NOGUCHI EN EL AÑO 2016”**

<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
Recepción del paciente que acude al departamento de Emergencia.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se verifica el motivo de atención(cuál es la razón por la cual acude a solicitar evaluación de emergencia)</li><li>• De presentar crisis de ansiedad se evaluara la intervención con la finalidad de disminuir los riesgos en la atención del paciente.</li><li>• Se identifica la emergencia y registra al paciente (se verifica si el paciente cuenta con historia clínica o algún antecedente de tratamiento psiquiátrico)</li></ul>

**TABLA N° 3.2**  
**“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CRISIS DE**  
**ANSIEDAD QUE ACUDEN A EMERGENCIA DEL INSM HONORIO**  
**DELGADO HIDEYO NOGUCHI EN EL AÑO 2016”**

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES
Atención del paciente que acude al Departamento de Emergencia.	<p>Se emplea la contención</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Contención verbal, se busca la persuasión, se emplea la escucha activa, no se confronta al paciente, se busca negociar posible soluciones a su problema.</li> <li>2. Contención física, se realiza cuando el paciente se torna agresivo, hay descontrol de impulsos, es necesario el apoyo del personal, se busca controlar y resguardar la integridad del paciente y terceros.</li> <li>3. Contención farmacológica, acción del psicofármaco tiene como objetivo reducir la violencia inminente, está indicado por el médico tratante, el efecto es temporal.</li> <li>4. Contención mecánica, es momentáneo solo hasta calmar la ansiedad del paciente.</li> </ol>

**TABLA N° 3.3**  
**“INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CRISIS DE**  
**ANSIEDAD QUE ACUDEN A EMERGENCIA DEL INSM HONORIO**  
**DELGADO HIDEYO NOGUCHI EN EL AÑO 2016”**

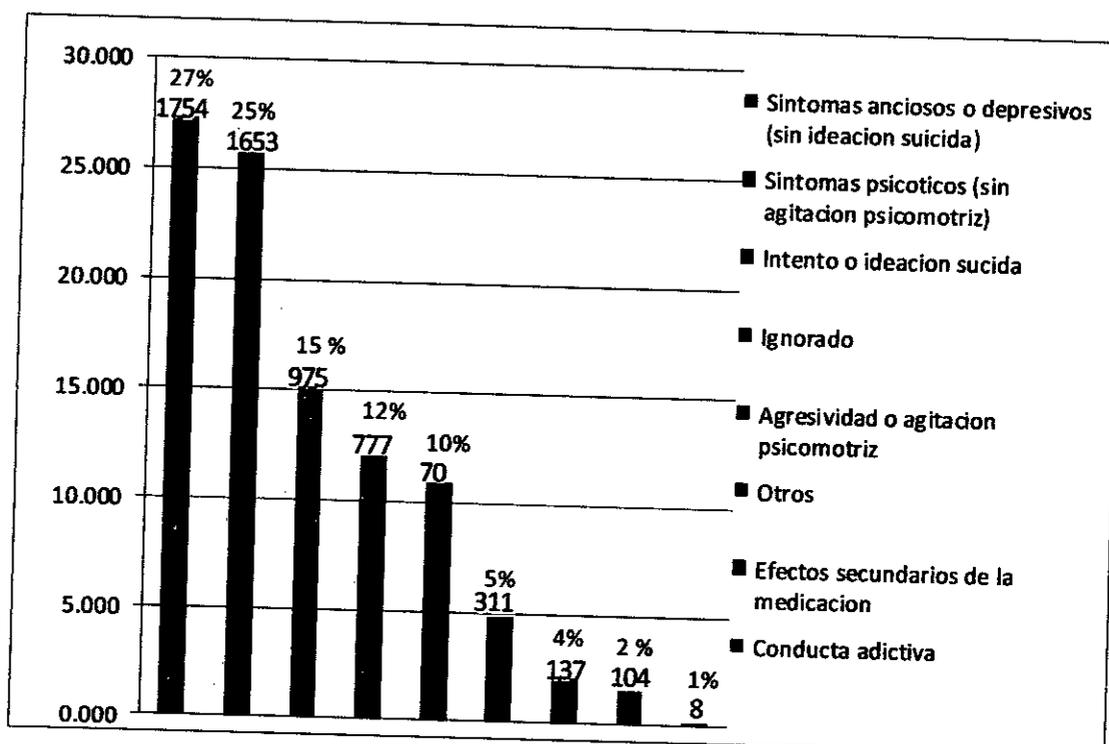
<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
<p>Monitoreo del paciente durante su estadía en Emergencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funciones vitales, enfermería realiza el control de funciones vitales antes y después de la administración del psicofármaco.</li> <li>• Evaluación de reacciones adversas o efectos secundarios al medicamento (síntomas extra piramidales) los cuales serán informados de forma inmediata al médico tratante.</li> <li>• Evolución del estado emocional del paciente.</li> </ul>

**TABLA N° 3.4**  
**“INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CRISIS DE**  
**ANSIEDAD QUE ACUDEN A EMERGENCIA DEL INSM HONORIO**  
**DELGADO HIDEYO NOGUCHI EN EL AÑO 2016”**

<b>INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
Definición de la situación del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación, médico de guardia determina si será necesario que el paciente quede en condición de observación o sea dado de alta.</li> <li>• En ambas situaciones se brinda orientación al familiar sobre las medidas a seguir para conllevar el tratamiento del paciente.</li> <li>• En todo momento se informa al paciente los procedimientos a seguir.</li> </ul>

## IV. RESULTADOS

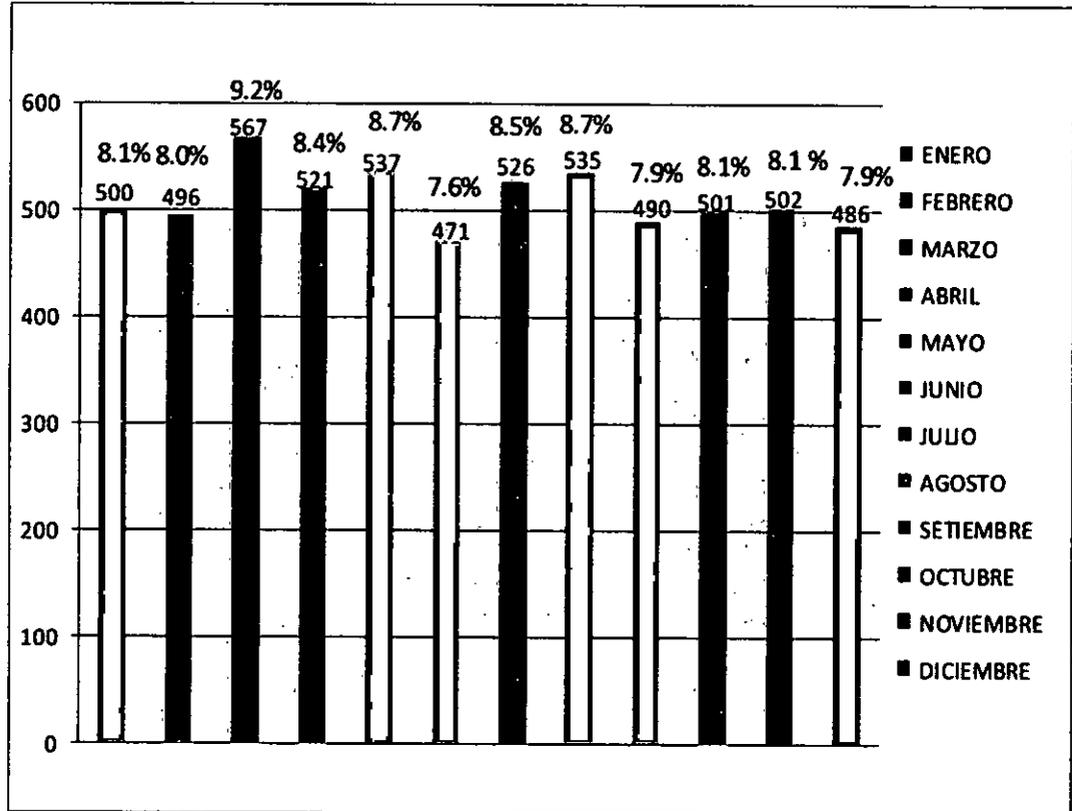
**GRAFICO 4.1**  
**NÚMERO DE ATENCIONES SEGÚN SINTOMATOLOGIA EN EL**  
**DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO DE SALUD**  
**MENTAL HONORIO DELGADO HIDEYO NOGUCHI DE ENERO –**  
**DICIEMBRE DEL 2016**



FUENTE: Reporte anual del Departamento de Emergencia

Durante el 2016 predominan las atenciones por síntomas ansiosos o depresivos sin ideación suicida con un 27 % del total de atenciones registradas, seguido por pacientes que acuden con síntomas psicóticos con el 25 % de atenciones, siendo los trastornos de conducta alimentaria los menos registrados con un 1 % .

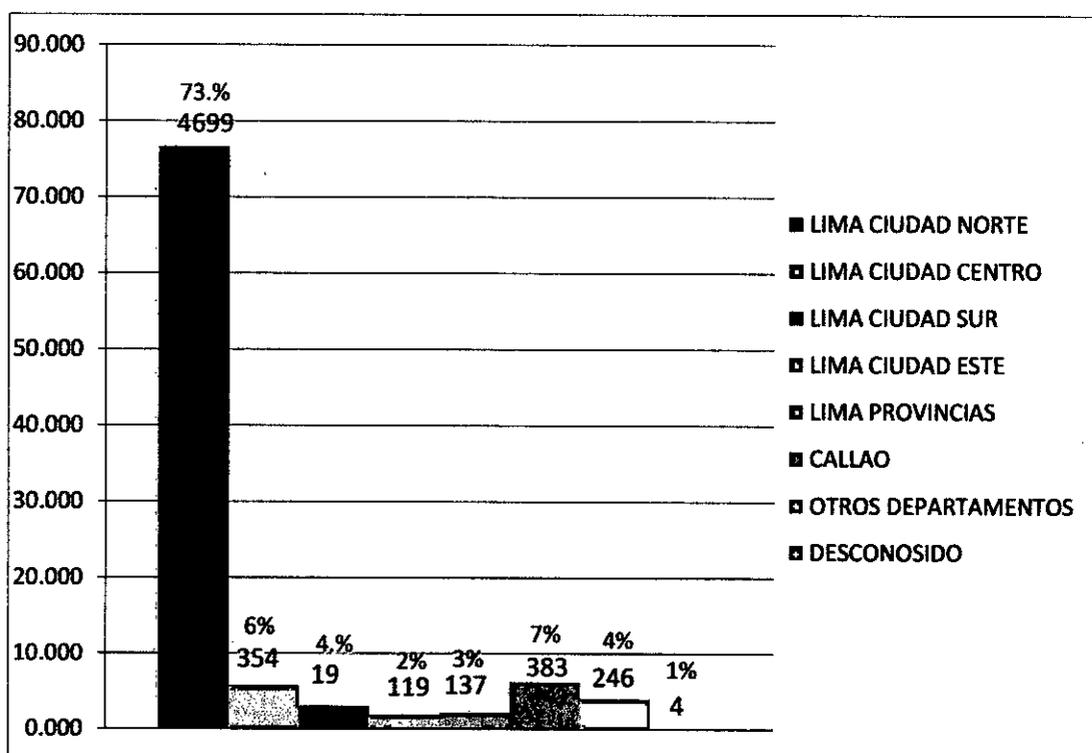
**GRAFICO 4.2**  
**NÚMERO DE ATENCIONES MENSUAL EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO HIDEYO NOGUCHI DE ENERO – DICIEMBRE DEL 2016**



FUENTE: Reporte anual del Departamento de Emergencia

Durante el 2016 y en los meses correspondientes la demanda de atención mensual se ha mantenido en un rango promedio, registrándose la mayor cantidad en el mes de marzo con el 9.2% del total de atenciones registradas siendo en menor cantidad durante el mes de junio con 7.6 % del total de atenciones registradas.

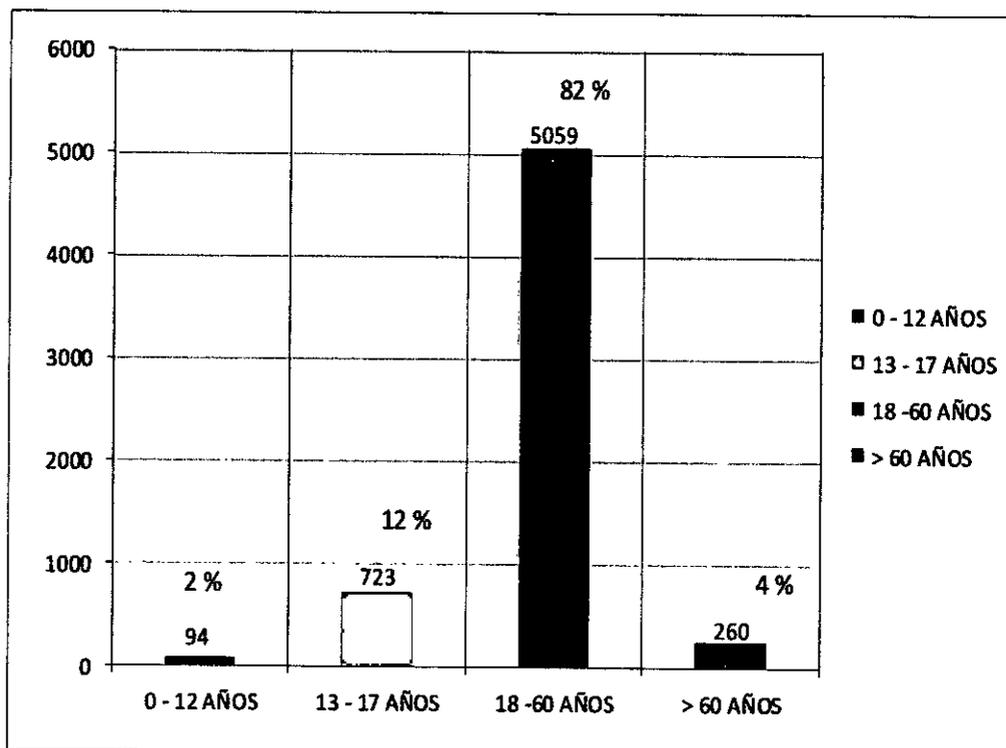
**GRAFICO 4.3**  
**NÚMERO DE ATENCIONES SEGÚN LUGAR DE PROSENCIA EN**  
**EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO DE SALUD**  
**MENTAL HONORIO DELGADO HIDEYO NOGUCHI DE ENERO –**  
**DICIEMBRE DEL 2016**



FUENTE: Reporte anual del Departamento de Emergencia

En el presente cuadro podemos evidenciar que la mayor parte de personas atendidas proviene de lima ciudad cono norte con el 73 %, seguido del callao con el 7 % de atenciones registradas y en menor cantidad con el 1% proviene de lugares desconocidos.

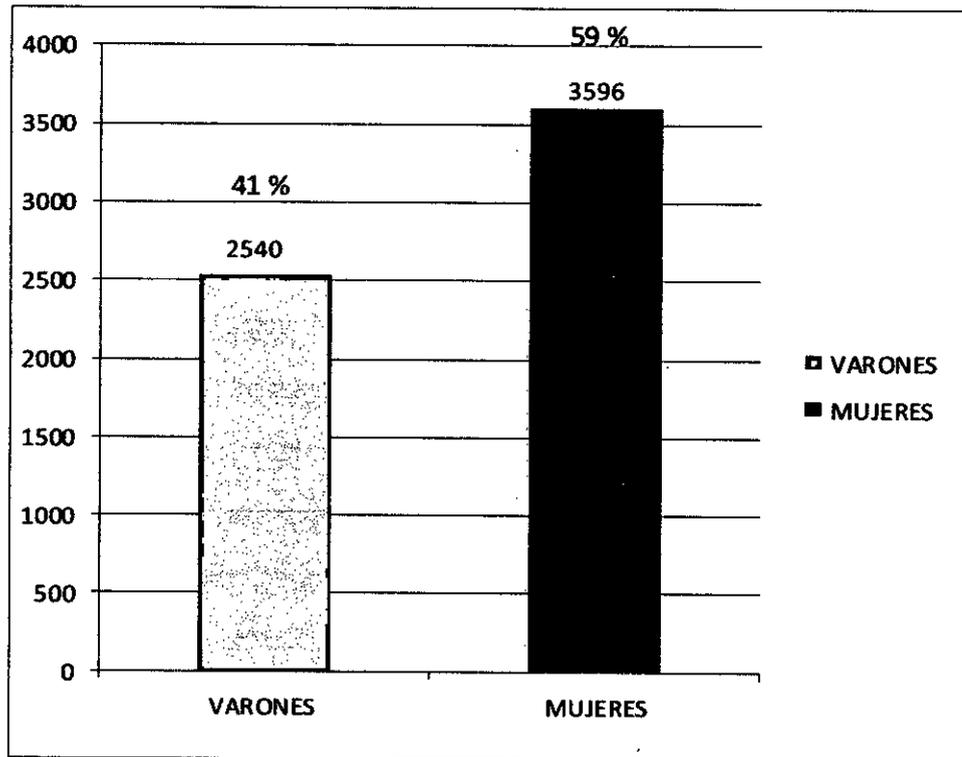
**GRAFICO 4.4**  
**NÚMERO DE ATENCIONES SEGÚN EDAD EN EL DEPARTAMENTO**  
**DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO DE SALUD MENTAL HONORIO**  
**DELGADO HIDEYO NOGUCHI DE ENERO – DICIEMBRE DEL 2016**



FUENTE: Reporte anual del Departamento de Emergencia

En el presente grafico se evidencia que las atenciones según el rango de edad el cual más atenciones registra fluctúan entre los 18 y 60 años con un 82 %, siendo en menor cantidad las edades entre 0 a 12 años con el 2% de atenciones registradas los cuales acuden a emergencia.

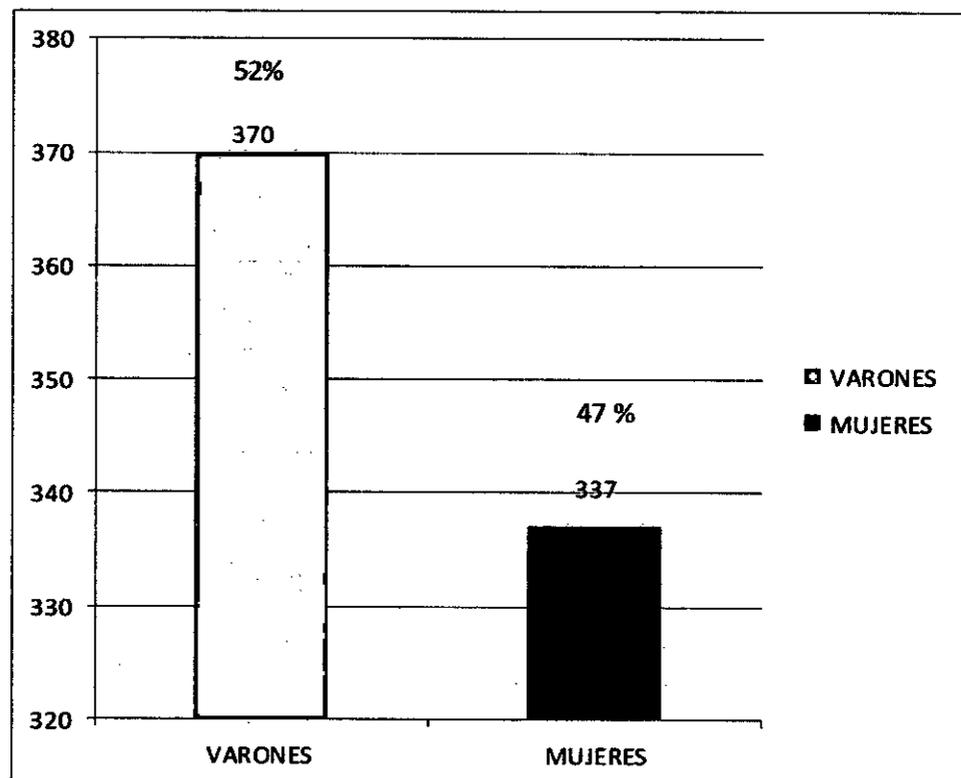
**GRAFICO 4.5**  
**NÚMERO DE ATENCIONES SEGÚN SEXO EN EL DEPARTAMENTO**  
**DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO DE SALUD MENTAL HONORIO**  
**DELGADO HIDEYO NOGUCHI DE ENERO – DICIEMBRE DEL 2016**



FUENTE: Reporte anual del departamento de Emergencia

El presente grafico nos muestra las atenciones según el sexo del paciente siendo las mujeres quienes acuden con mayor frecuencia solicitando una atención de emergencia con un total del 59 % ,en el caso de los hombres los cuales también solicitan atención de emergencia por distintas razones pero en menor cantidad con el 41% del total de atenciones registradas.

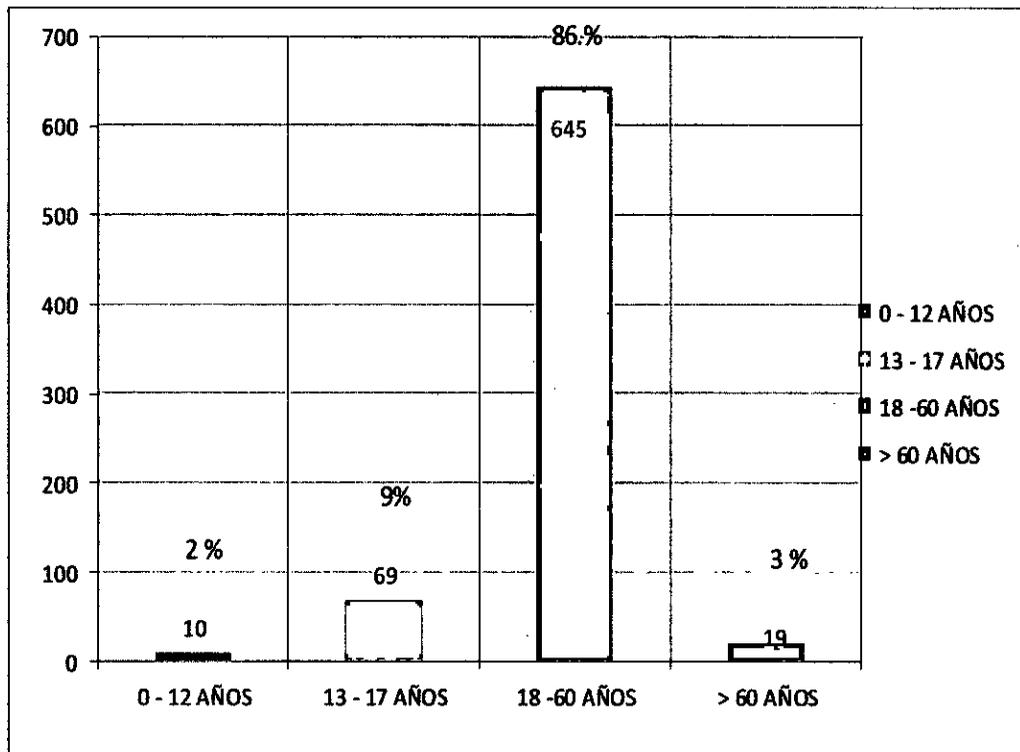
**GRAFICO 4.6**  
**NÚMERO DE INGRESO A SALA DE OBSERVACION SEGÚN SEXO**  
**EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA DEL INSTITUTO DE**  
**SALUD MENTAL HONORIO DELGADO HIDEYO NOGUCHI DE**  
**ENERO - DICIEMBRE DEL 2016**



**FUENTE:** Reporte anual del departamento de Emergencia

El presente grafico evidenciamos que el ingreso al área de observación de emergencia predomina el género masculino con un 52% siendo en menor cantidad el género femenino con el 47% del total de atenciones registradas.

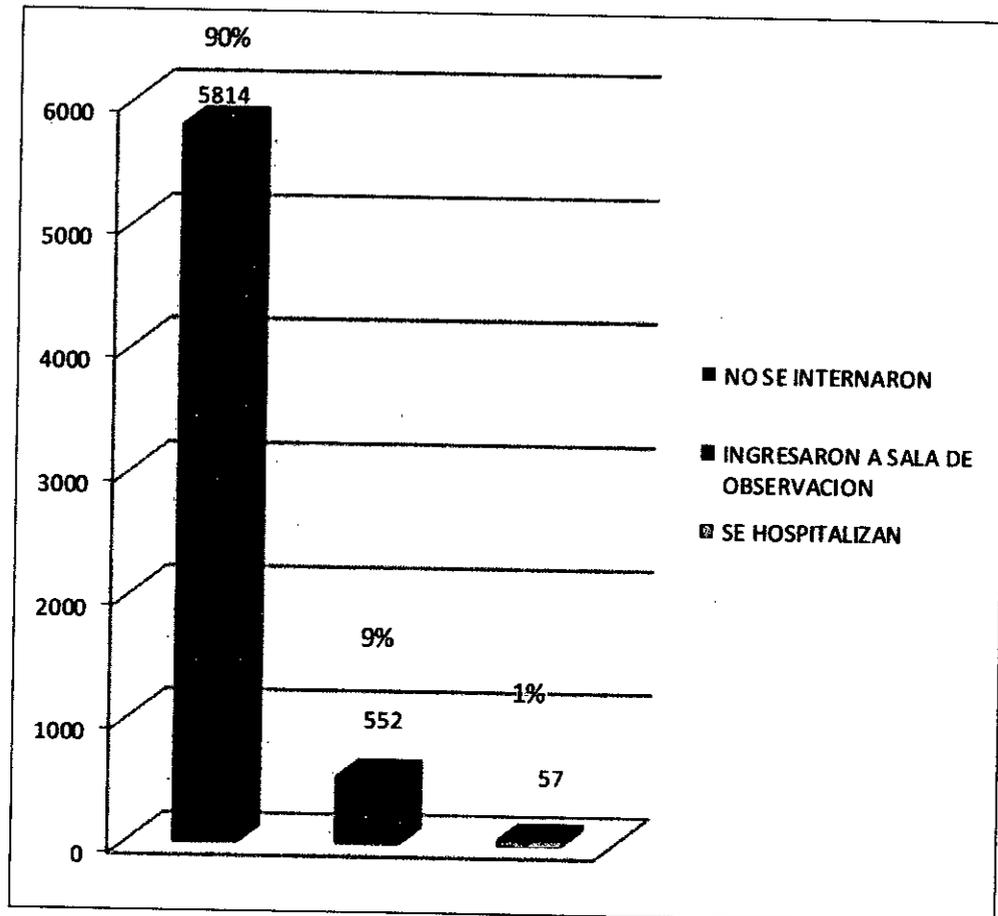
**GRAFICO 4.7**  
**NÚMERO DE INGRESOS A OBSERVACION SEGÚN EDAD EN**  
**EMERGENCIA DEL INSTITUTO DE SALUD MENTAL HONORIO**  
**DELGADO HIDEYO NOGUCHI DE ENERO – DICIEMBRE DEL 2016**



**FUENTE:** Reporte anual del departamento de Emergencia

En el presente grafico se evidencia el rango de edad de pacientes que ingresaron a observación siendo las edades predominantes entre 18 - 60 con el 86%, y en menor cantidad pacientes entre las edades 0 – 12 años con el 2 % de atenciones registradas.

**GRAFICO 4.8**  
**DESTINO LUEGO DE LA ATENCION EN EMERGENCIA EN EL**  
**INSTITUTO DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO HIDEYO**  
**NOGUCHI DE ENERO – DICIEMBRE DEL 2016**



FUENTE: Reporte anual del departamento de Emergencia

En el presente grafico se evidencia que del total de atenciones registradas el 90 % no se internaron, solo el 9 % ingreso como observación a emergencia y el 1% de atenciones se hospitalizaron.

## **V. CONCLUSIONES**

- Las atenciones en el Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, se incrementan cada vez siendo más frecuentes las atenciones por Crisis de Ansiedad con 1.754 atenciones registradas durante el año 2016.
- Dentro del total de atenciones se identifica que las mujeres son quienes acuden con mayor frecuencia solicitando atención de Emergencia registrándose 3.596 atenciones.
- El promedio de edad de las personas atendidas en emergencia se encuentra entre los 18 a 60 años de edad.
- La mayor cantidad de atenciones registradas fueron de pacientes que provienen del cono norte de lima con un total de 4.699 atenciones.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- El personal de Enfermería debe recibir capacitación de forma constante para hacer frente a la demanda de atenciones y así garantizar la atención oportuna y de calidad.
- La participación en talleres personales los cuales permitan desarrollar las habilidades del profesional de enfermería para brindar una mejor intervención frente a las situaciones de crisis que se presenten en el Departamento de Emergencia.
- Es importante que enfermería implemente actividades donde se refuerce el rol psicoeducativo con el fin de fortalecer el conocimiento de los pacientes y familiares para llevar un tratamiento adecuado.
- Se recomienda que enfermería organicen sesiones clínicas en donde se evalúen las actitudes que se desarrollan al interactuar con pacientes y familiares.
- Tener conocimiento sobre la parte legal respecto a los derechos y deberes del paciente importante para el actuar del enfermero en caso se presentaran complicaciones en la atención.

## VII. REFERENCIALES

1. Instituto de salud mental Honorio delgado hideyo noguchi , nota de prensa 2017 disponible en:  
<http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2017/enero%20html.html>
2. Organización mundial de la salud OMS, salud mental nota de prensa 2016 disponible en:  
<http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/48/101-salud-mental>
3. Salud: conoce los trastornos mentales más frecuentes en Perú nota de prensa diario correo 2015 disponible en:  
<http://diariocorreo.pe/miscelanea/los-trastornos-mentales-mas-frecuentes-en-peru-624338/>
4. CIA PAYUELO A, Ansiedad y depresión consulta de Enfermería de atención Primaria .España 2013 disponible en:  
<http://hdl.handle.net/10459.1/46960>
5. ORTEGA ARICA S. Opinión de los familiares sobre la calidad de la atención de Enfermería el paciente psiquiátrico en los pabellones de pacientes agudos. Lima: 2009 disponible en:  
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/501>
6. TOLEDO MUÑOS L. Las urgencias psiquiátricas hospitalarias: análisis del contexto clínico, sociodemográfico y económico. España 2015 disponible en:  
<http://hdl.handle.net/10201/45767>

7. ULLOA REYES L, enfermedad mental y violencia Propuestas de Intervención en Enfermería. Cuba 2017 disponible en:  
[http://www. http://scielo.sld.cu](http://www.scielo.sld.cu)
8. GONZALES J, la baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de Enfermería. 2017, disponible en:  
[http://www. http://um.es/eglobal](http://www.um.es/eglobal)
9. Ansiedad, medline plus 2016 disponible en:  
<https://es.wikipedia.org/wiki/MedlinePlus>
10. Centro de Tratamiento de la Ansiedad y el Stres, 2017 disponible en:  
<http://www.cetaes.com/07002cetaes.htm>
11. GUIA Práctica clínica para el manejo de la ansiedad en emergencia, lima 2014 disponible en:  
<http://www.insm.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dispo/rd/2014/rd-123-2014-dginsmhdhn.pdf>
12. NAVA OVANDO J, opinión del paciente y la familiar de la influencia de Enfermería en la continuidad del tratamiento psiquiátrico disponible en:  
<http://eprints.uanl.mx/429/1/1080072459.pdf>

# ANEXOS



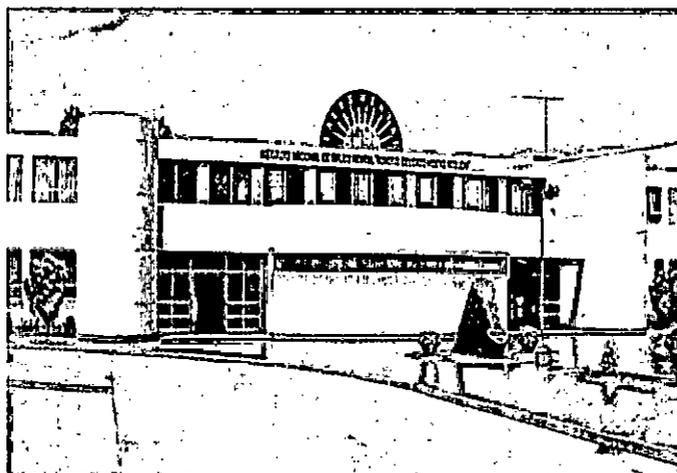
PERÚ

MINISTERIO DE  
SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
MENTAL "HONORIO DELGADO-  
HIDEYO NOGUCHI"

DEPARTAMENTO DE  
EMERGENCIAS

ANEXO 1  
**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA  
PARA EL TRATAMIENTO  
DE LAS CRISIS DE ANSIEDAD  
EN EMERGENCIA**



2014



## CONTENIDO

	Página
Introducción	3
I. Nombre y código	4
II. Definición y aspectos epidemiológicos	4
2.1 Definición	4
2.2 Etiología	4
2.3 Fisiopatología	5
2.4 Aspectos epidemiológicos	5
III. Factores de riesgo asociados	6
IV. Cuadro clínico	6
V. Diagnóstico	6
5.1 Comorbilidad	6
VI. Exámenes auxiliares	6
VII. Manejo	7
7.1 Medidas generales	7
7.2 Terapéutica	7
7.3 Efectos adversos de la medicación	8
7.4 Signos de alarma	9
7.5 Criterios de ingreso y de alta	9
7.6 Pronóstico	9
VIII. Complicaciones	9
IX. Criterios de referencia	9
X. Algoritmo	10
XI. Referencias bibliográficas	11



## INTRODUCCIÓN

La presente Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de las Crisis de Ansiedad en Emergencia ha sido elaborada siguiendo la estructura de la Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud (1), e intenta servir de referencia para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los adultos y adolescentes que acuden al Departamento de Emergencia presentando crisis de ansiedad. Cabe señalar que no pretende ser una guía rígida y aplicable estrictamente a todas las situaciones, pues cada persona debe ser evaluada individualmente y el juicio clínico de los evaluadores será el que determine el mejor tratamiento para cada caso. Sin embargo, la gran variedad de medicamentos disponibles en la actualidad, la necesidad de brindar una atención de calidad y la importancia del aspecto económico, particularmente en nuestra sociedad, obligan a establecer ciertos parámetros de homogeneidad en el tratamiento. Asimismo es recomendable que la presente Guía sea revisada y actualizada periódicamente. Siguiendo las especificaciones de la Norma Técnica citada, en la presente Guía cada recomendación irá acompañada del grado de solidez (A, B o C, entre paréntesis).



## I. NOMBRE Y CÓDIGO

Crisis de ansiedad. Por no constituir una entidad nosológica independiente, sino más bien una sintomatología que puede estar presente en múltiples trastornos o enfermedades, no cuenta con un código específico en la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) (2).

## II. DEFINICIÓN Y ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

### 2.1. Definición

En la presente guía el concepto de crisis de ansiedad se refiere a la presencia aguda y perturbadora de ansiedad, que puede estar acompañada por síntomas vegetativos e intranquilidad motora. Un tipo particularmente intenso de ansiedad lo constituyen las crisis de pánico.

### 2.2. Etiología

La ansiedad es una reacción normal frente a situaciones percibidas como amenazantes, por lo que una persona con tal sintomatología no necesariamente es portadora de una patología. Sin embargo, las crisis de ansiedad también pueden ser parte de diversos trastornos psiquiátricos, así como de enfermedades físicas y consumo de sustancias psicoactivas.

#### 2.2.1. Trastorno de pánico

El trastorno de pánico se caracteriza por la presencia recurrente de crisis súbitas de intensa angustia (crisis de pánico), acompañada de síntomas tales como palpitaciones, sensación de ahogo, parestesias, temblor de extremidades, sudor profuso, mareos, náuseas, cefalea, despersonalización o desrealización, las mismas que no son explicables por otro trastorno psiquiátrico, por una enfermedad somática ni por consumo de sustancias psicoactivas; tales crisis suelen alcanzar un máximo de intensidad en unos 10 minutos y suelen resolverse en 20-30 minutos. Con cierta frecuencia las personas que padecen trastorno de pánico desarrollan un gran temor evitativo a exponerse a situaciones en las cuales no podrían recibir ayuda en caso presentasen una crisis, tales como acudir a lugares abiertos, con multitudes o a alejarse mucho del hogar; tal temor se denomina agorafobia (2-4).

#### 2.2.2. Otros trastornos psiquiátricos

En las fobias específicas y en la fobia social las crisis de angustia aparecen ante el estímulo que genera la fobia. También pueden aparecer crisis en el trastorno de estrés postraumático y en el trastorno obsesivo-compulsivo, asociadas a la sintomatología propia de tales patologías. En general, cualquier trastorno psiquiátrico puede cursar con síntomas ansiosos de intensidad variable (3).



### 2.2.3. Enfermedades físicas

- Enfermedades cardiovasculares: angina, insuficiencia cardíaca congestiva, hiperreactividad  $\beta$ -adrenérgica.
- Enfermedades neurológicas: accidente cerebrovascular, epilepsia, corea de Huntington, encefalitis, enfermedad de Menière, migraña, esclerosis múltiple, tumor cerebral, enfermedad de Wilson.
- Enfermedades pulmonares: asma, embolia pulmonar.
- Enfermedades endocrinas: enfermedad de Addison, síndrome de Cushing, síndrome carcinoide, diabetes mellitus, hipertiroidismo, hipoglucemia, hipoparatiroidismo, feocromocitoma.
- Enfermedades reumatológicas: lupus eritematoso sistémico, arteritis temporal.
- Otras: anemia, hiperventilación, anafilaxia, deficiencia de B12, trastornos electrolíticos, intoxicación por metales pesados, infecciones sistémicas, uremia.

### 2.2.4. Uso de sustancias

- Intoxicación por: cafeína, nicotina, teofilina, anfetaminas, anticolinérgicos, cocaína, marihuana, corticosteroides, alucinógenos o nitrito de amilo.
- Abstinencia de: alcohol, benzodiazepinas, opiáceos y opioides.

## 2.3. Fisiopatología

Dos estructuras neuronales se consideran cruciales como sustrato neurobiológico de las crisis de pánico y el trastorno de pánico: la amígdala cerebral y el *locus coeruleus*, los cuales están además ligados a diversas vías donde están implicados neurotransmisores diversos como el ácido gamaaminobutírico, la serotonina, la noradrenalina, la colecistocinina y otros. La amígdala cerebral, en términos neurofuncionales, actúa como gatillo desencadenante de las crisis de pánico a nivel central y periférico. El *locus coeruleus*, con su elevada actividad adrenérgica, potencia la respuesta completa de síntomas propios de la crisis de ansiedad. Otras estructuras también se hallan secundariamente involucradas, por ejemplo: el núcleo parabraquial, que incrementa la frecuencia respiratoria y se asocia a las sensaciones de disnea, o el hipocampo, encargado de conservar la memoria de los eventos condicionantes asociados y desencadenantes de las crisis de pánico y que facilitan la producción de nuevas crisis (5).

## 2.4. Aspectos epidemiológicos

Por su carácter heterogéneo y multicausal, no se cuenta con datos epidemiológicos precisos para las crisis de ansiedad. Sin embargo, a lo largo del 2012 se dieron 1754 atenciones (de un total de 6423) por síntomas ansiosos o depresivos en el Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". En el caso específico del trastorno de pánico, el Estudio Epidemiológico Metropolitano de Lima y Callao del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" del 2002 (6) encontró una prevalencia de vida de 3.7% (5.1% mujeres y 2.2% varones) y una prevalencia actual de 1.2% (1.7% mujeres y 0.8% varones) para trastorno de pánico en la población adulta. Las cifras internacionales de prevalencia de vida para trastorno de pánico oscilan entre 1% y 4%, siendo la edad media de inicio a los 25 años (3).



### III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

El principal factor de riesgo para presentar crisis de ansiedad es la existencia previa de alguno de los trastornos, enfermedades o uso de sustancias mencionados en el capítulo II, ítem 2.2.

### IV. CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico depende del diagnóstico etiológico, según lo mencionado en el capítulo II, ítem 2.2.

### V. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la ansiedad es clínico, no existiendo resultados de exámenes auxiliares patognomónicos.

#### 5.1. Comorbilidad

Más del 90% de personas con crisis de pánico recurrentes padece de otro trastorno psiquiátrico, principalmente agorafobia, de tal modo que en el diagnóstico de trastorno de pánico suele diferenciarse entre aquel con agorafobia y aquel sin agorafobia. Otros trastornos concomitantes son la depresión mayor, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social, las fobias específicas y el trastorno obsesivo-compulsivo. También es frecuente la asociación con algunos trastornos de la personalidad (3,7).

### VI. EXÁMENES AUXILIARES

Los exámenes auxiliares que ayuden a identificar una posible etiología no psiquiátrica de la sintomatología o una condición médica concomitante, serán solicitados según el criterio clínico del médico evaluador (grado B). Algunos de los exámenes auxiliares que se pueden solicitar se encuentran en la tabla 3.

Glucemia	Sospecha de hipoglucemia
Pruebas de función tiroidea	Sospecha de hipotiroidismo o hipertiroidismo
Dosaje de vitamina B12	Sospecha de deficiencia de vitamina B12
Metabolitos urinarios para marihuana o cocaína	Sospecha de consumo de dichas sustancias
Electroencefalograma	Sospecha de epilepsia
Electrocardiograma	Sospecha de cardiopatía
RMN /TC cerebral	Sospecha de lesiones cerebrales



## VII. MANEJO

### 7.1. Medidas generales

Si una persona acude al servicio de emergencia en estado de ansiedad, el personal intentará tranquilizarla con la orientación adecuada, evitando manifestaciones de fastidio o minimizando su dolencia diciéndole que "no tiene nada". El tratamiento médico en casos severos debe ser inmediato. La evaluación debe incluir la medida de las funciones vitales, no olvidando preguntar sobre enfermedades subyacentes o consumo de sustancias adictivas o medicamentos, debiendo necesariamente descartarse una patología orgánica que explique la sintomatología, antes de establecer un diagnóstico psiquiátrico (grado C).

### 7.2. Terapéutica

Descartada la posibilidad de una etiología orgánica, el tratamiento de las crisis de ansiedad comprende dos situaciones: inicio y mantenimiento.

#### 7.2.1. Tratamiento inicial

Si la persona acude en un estado de ansiedad particularmente intensa puede ser necesario el uso de una benzodiacepina endovenosa, tal como diazepam 5-10 mg endovenoso aplicado en forma lenta; alternativamente puede utilizarse clonazepam 0.25-0.5 mg sublingual, en casos de menor severidad o en aquellos que desaconsejen el uso de la vía endovenosa. Superada la crisis, debe iniciarse el tratamiento según el diagnóstico específico. Mientras no se descarte la organicidad, debería evitarse la sedación excesiva, utilizando la menor dosis posible de benzodiazepinas. En caso de trastorno de pánico debe utilizarse un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) (3,7,8); el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (9) incluye la fluoxetina (dosis inicial de 10 mg/día) y la sertralina (dosis inicial de 25 mg/día) (grado A). Debido al tiempo de acción retardado de estos medicamentos, así como a la posibilidad de una exacerbación inicial de la ansiedad, es recomendable acompañarlos al principio por una benzodiacepina (3,7,8) (grado B); el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (9) comprende el clonazepam (dosis inicial de 0.5 mg/día), el alprazolam (dosis inicial de 0.5 mg/día) y el diazepam (dosis inicial de 10 mg/día) (grado A); si la persona es consumidora crónica de benzodiacepinas, las dosis necesarias pueden ser mayores. Las benzodiacepinas no deberían utilizarse más de 2-3 meses, debido al riesgo de dependencia (3,7,8) (grado B).

Como alternativa a la fluoxetina y a la sertralina tenemos otros ISRS como la paroxetina (dosis inicial de 10mg/día), la fluvoxamina (dosis inicial de 25 mg/día), el citalopram (dosis inicial de 10 mg/día) o el escitalopram (dosis inicial de 5 mg/día); también pueden utilizarse otros antidepresivos como la clomipramina (dosis inicial de 25 mg/día), la mirtazapina (dosis inicial de 15 mg/día) o la venlafaxina (dosis inicial de 37.5 mg/día) (3,7,8). No se ha demostrado la efectividad de la buspirona o del propranolol (7). Debe evitarse el uso de otros psicofármacos sedantes, tales como los antipsicóticos, por presentar más riesgos que beneficios en estos casos.

#### 7.2.1. Tratamiento de mantenimiento

Logrado el control de los síntomas, el tratamiento con ISRS debe continuarse durante 8-12 meses; algunos autores recomiendan llegar hasta 24 meses. La dosis de



mantenimiento de fluoxetina puede llegar hasta 60 mg/día, y la de sertralina hasta 200 mg/día. Es muy recomendable complementar la farmacoterapia con terapia cognitivo-conductual (3,7) (grado B).

#### 7.2.1. Embarazo y lactancia

Durante la gestación, particularmente en el primer trimestre, debe preferirse la terapia cognitiva-conductual para el tratamiento del trastorno de pánico. Si no puede evitarse el uso de medicamentos, también los ISRS son los fármacos de elección, por no haberse asociado a un mayor riesgo de malformaciones congénitas. En el período de lactancia la fluoxetina y el citalopram no son medicamentos de primera elección, por su vida media prolongada. No se recomienda el uso de benzodiacepinas durante el embarazo ni durante la lactancia (7).

#### 7.2.2. Ancianos

En pacientes geriátricos se halla alterada tanto la farmacocinética como la farmacodinamia de las benzodiacepinas. En cuanto a lo primero, es deseable el empleo de benzodiacepinas con metabolismo hepático de "fase II", esto es, que son inactivadas por glucuronoconjugación y cuyos metabolitos son inactivos (por ejemplo, lorazepam, que se halla disponible en nuestro medio). No está claro el motivo de la mayor sensibilidad farmacodinámica a las benzodiacepinas en los ancianos, pero es recomendable el uso de las dosis mínimas, en lo posible, y prefiriendo aquellas de vida media más corta (alprazolam), pues las de vida media larga (como diazepam o clonazepam) se asocian a somnolencia diurna y riesgo consiguiente de caídas y lesiones. Asimismo, es pertinente cuidar las interacciones medicamentosas, tan frecuentes en personas de edad avanzada, que suelen consumir otros medicamentos, por cuanto en presencia de inhibidores de citocromo CYP3A4 (como antibióticos, antimicóticos, fluvoxamina o jugo de toronja) se pueden elevar los niveles de benzodiacepinas como alprazolam, clonazepam y midazolam. En cuanto al uso de antidepresivos, está claramente recomendado el uso de ISRS por encima de los antidepresivos tricíclicos. Y análogamente a como se mencionó en cuanto al uso de benzodiacepinas, debe cuidarse del potencial de interacciones, por lo que es preferible el uso de sertralina, escitalopram o citalopram por su menor efecto sobre citocromos (10).

### 7.3. Efectos adversos de la medicación

#### 7.3.1. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

Estos fármacos pueden producir palpitaciones, sudor, temblor de extremidades, cefalea, náuseas, aumento de apetito, insomnio y disfunción sexual; en ocasiones se presenta acatisia, que puede confundirse con la sintomatología del trastorno original. Excepto con la fluoxetina, los ISRS pueden generar síndrome de discontinuación al suspenderlos bruscamente (8).

#### 7.3.2. Benzodiacepinas

Dependiendo de la dosis, las benzodiacepinas pueden generar somnolencia, lo que debe advertirse a quienes conducen automóviles o maquinaria; también existe riesgo de dependencia con su uso crónico (8).



### 7.3.3. Otros

La domipramina puede producir somnolencia, aumento de apetito, visión borrosa, estreñimiento y taquicardia. La mirtazapina suele generar somnolencia, aumento de apetito y estreñimiento, en tanto que con la venlafaxina puede haber insomnio y aumento de la presión arterial.

### 7.4. Signos de alarma

Considerar como signos de alarma todos aquellos que sugieran una patología orgánica, según lo explicado en el ítem 2.2.3.

### 7.5. Criterios de ingreso y de alta

Las crisis de ansiedad no suelen requerir internamiento.

### 7.6. Pronóstico

El pronóstico depende del diagnóstico principal. El trastorno de pánico es crónico, aunque la evolución es bastante variable. Aproximadamente 30-40% de personas permanece sin síntomas a largo plazo, alrededor del 50% padece síntomas leves no disfuncionales, y en 10-20% persisten síntomas significativos (3).

## VIII. COMPLICACIONES

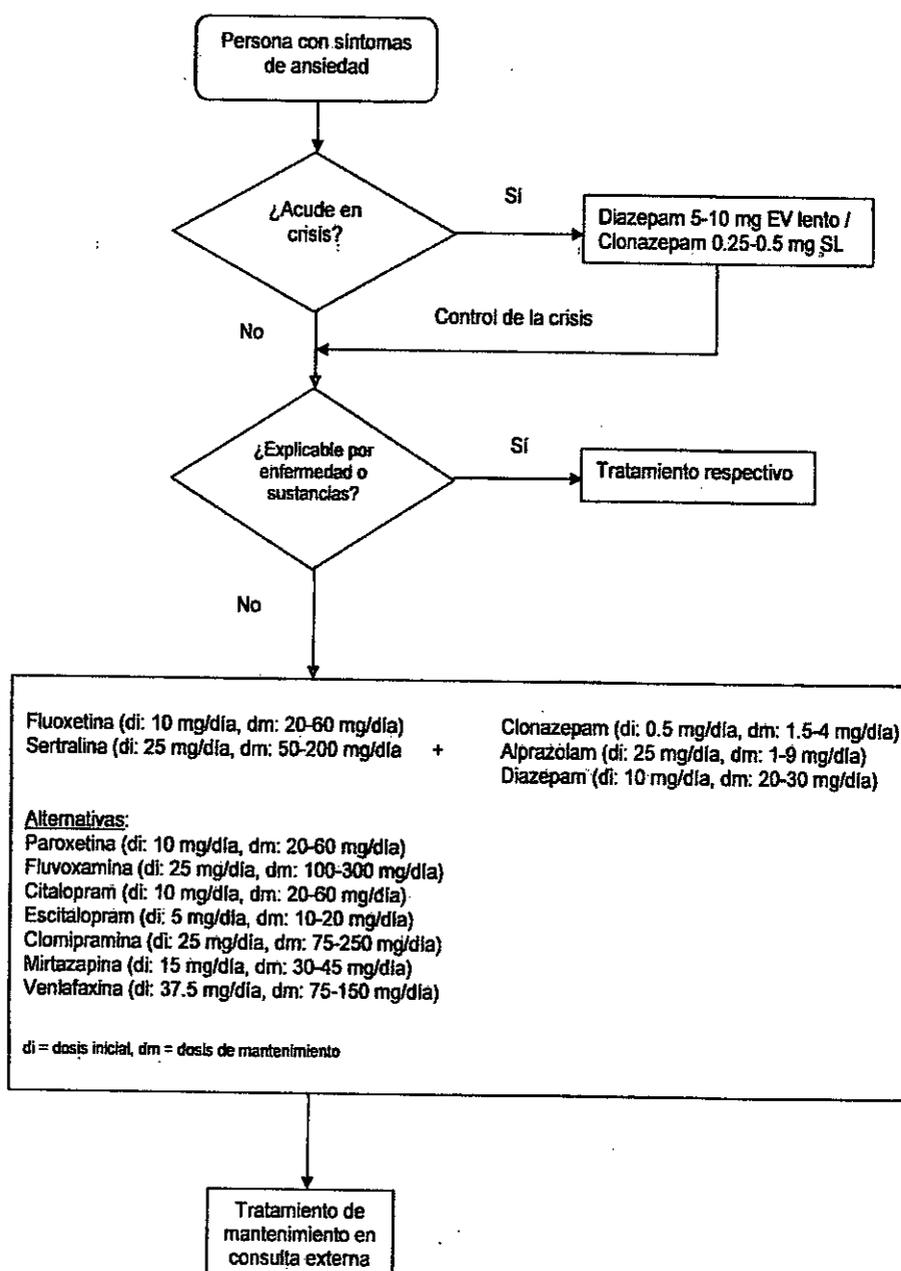
Las complicaciones también dependen de la patología original. En el caso del trastorno de pánico, se calcula que 40-80% de personas desarrolla depresión, en tanto que 20-40% se vuelve dependiente del alcohol. Asimismo, el riesgo de suicidio es más alto que en la población general (3).

## IX. CRITERIOS DE REFERENCIA

Debe referirse a un hospital general a todos aquellos pacientes con evidencia o sospecha de una enfermedad somática que implique un riesgo importante para la vida (p.ej: infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular).



## X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO



## XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la elaboración de guías de práctica clínica (N.T. N°027-MINSA/DGSP-V0.1). Resolución Ministerial N°422-2005.
2. Organización Mundial de la Salud. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10). Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, 1992.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Trastorno de angustia y agorafobia. En: Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta / Psiquiatría clínica. Décima edición. Barcelona: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins, 2009: 587-97.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-V). Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
5. Cosci F. The psychological development of panic disorder: implications for neurobiology and treatment. Rev Bras Psiquiatr 2012; 34(Supl1): S09-31.
6. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. Anales de Salud Mental 2002; 18(1-2): 74-5.
7. Marchesi C. Pharmacological management of panic disorder. Neuropsychiatric Disorders Treatments 2008; 4 (1): 93-106.
8. Davidson JRT, Connor KM, Zhang W. Treatment of anxiety disorders. Panic disorder. En: Schatzberg AF, Nemeroff CB. Textbook of Psychopharmacology. Fourth edition. Washington: American Psychiatric Publishing Inc, 2009: 1173-7.
9. Ministerio de Salud. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud. Lima, 2012. Aprobado por R.M. N° 599-2012/MINSA.
10. Jacobson SA, Pies RW, Katz IR. Clinical manual of geriatric psychopharmacology. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc, 2007.



*Participaron en la elaboración de este documento:*

- *Santiago Stucchi Portocarrero <sup>1</sup>*
- *Lizardo Cruzado Díaz <sup>1</sup>*
- *José Luis Rondón de la Jara <sup>1</sup>*
- *María Patricia Núñez Moscoso <sup>1</sup>*
- *Elisa Isabel Cáceres Taco <sup>1</sup>*

*1. Médico Psiquiatra, Departamento de Emergencia*

*No existen conflictos de intereses en los autores.*

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideo Noguchi"  
Departamento de Emergencia  
Dirección: Jr. Eloy Espinoza Saldaña N° 709, Lima 31, Perú  
Web: <http://www.inism.gob.pe/departamentos/emergencia/presentacion.html>  
Correo electrónico: [emergencia\\_inism@peru.com](mailto:emergencia_inism@peru.com)  
Teléfonos: 511-6149205, 511-6149200 anexo 1043





PERÚ

MINISTERIO DE  
SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
MENTAL "HONORIO DELGADO-  
HIDEYO NOGUCHI"

DEPARTAMENTO  
DE EMERGENCIA

# MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA



2014





PERU

MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS

PROCESO : PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD  
 SUBPROCESO : RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

Nombre del procedimiento	ATENCIÓN A USUARIO EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA	Fecha :	20.08.2014
		Código :	038

Propósito	Atención especializada
Alcance	Departamento de Enfermería Oficina de Estadística e Informática Oficina Ejecutiva de Administración - Oficina de Economía - Tesorería
Marco legal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ley N° 28158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.</li> <li>Ley N° 26842, Ley General de Salud.</li> <li>Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de salud al servicio del Estado.</li> <li>Decreto Legislativo N° 1154, Decreto Legislativo que autoriza los servicios complementarios de salud.</li> <li>Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.</li> <li>Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.</li> <li>Decreto Legislativo N° 1167, Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.</li> <li>Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, Aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.</li> <li>Resolución Ministerial N° 462-2006/MINSA, Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi".</li> <li>Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA, Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V-02. Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.</li> <li>Resolución Ministerial N° 686-2004/MINSA, Modifica la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02. Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud.</li> </ul>

## ÍNDICE DE RENDIMIENTO

Indicador	Unidad de medida	Fuente	Responsable
Número de atenciones en emergencia en un período	Atenciones en emergencia	Módulo Informático de Emergencia; Sistema Informático HIS	Oficina de Estadística e Informática Técnica(o) de estadística

## NORMAS

- Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA de 20-04-2006 - Aprueba la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.
- R.D. N° 251-2011-DG/INSM "HD-HN". Aprueba la Directiva Administrativa N° 007-2011-DG/INSM"HD-HN"/DE-V.01 Transporte Asistido para Pacientes por Vía Terrestre.
- R.D. N° 290-2009-DG/INSM-"HD-HN". Aprueba la actualización de la Guía de Práctica Clínica de Manejo del Síndrome Psicótico en Emergencia.
- R.D. N° 291-2009-DG/INSM-"HD-HN". Aprueba la actualización de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento en Emergencia de los Síntomas Extrapiramidales Inducidos por Medicamentos.
- R.D. N° 071-2013-DG/INSM-"HD-HN". Aprueba la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Agitación Psicomotora y la Conducta Agresiva.
- R.D. N° 123-2014-DG/INSM-"HD-HN" Aprueba la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de las Crisis de Ansiedad en Emergencia.



Página 8 de 50



PERU

MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL  
"HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

## DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

## INICIO

1. Técnica(o) de enfermería: Recibe a las personas que acuden al servicio. Registra los datos personales del usuario en la base de datos informatizada. Si es un usuario nuevo, hace la filiación y le asigna un número de historia clínica; si es un usuario continuador, solicita la historia clínica a la Oficina de Estadística e Informática, y la entrega a la enfermera. Si es usuario del Seguro Integral de Salud (SIS), verifica los datos en Internet. Ubica en la silla de ruedas o en la camilla, según el estado en que se encuentre el usuario.
2. Técnica(o) administrativo de la Oficina de Estadística e Informática: Recibe la solicitud y entrega la historia clínica.
3. Enfermera(o) especialista: Entrevista al usuario y/o al acompañante para determinar si se encuentra o no en situación de emergencia (según lo establecido). Registra la información en la primera página de la Historia Clínica de Emergencia\* (si es nuevo) o en el formulario Notas de Enfermería\* (si es continuador). Toma las funciones vitales. En caso de proceder la atención de emergencia, comunica al médico especialista de turno / guardia el estado en el que se encuentra el usuario y le entrega la Historia Clínica. Si no procede la atención de emergencia, orienta al usuario y/o al acompañante sobre el tipo de atención necesaria.
4. Médico especialista (psiquiatra): Entrevista al usuario y/o a su acompañante. Evalúa y registra el estado de salud en el formulario de Historia Clínica de Emergencia\* (si es nuevo) o en el formulario de Notas de Evolución Médica\* (si tiene historia clínica), tomándose en cuenta las guías de práctica clínica aprobadas. Toda anotación debe contener obligatoriamente la fecha y hora de la atención, el tratamiento prescrito y la firma y sello del médico especialista responsable de la atención; en la Historia Clínica de Emergencia debe figurar de todas maneras el(los) diagnóstico(s) del paciente con el código CIE vigente. Determina el ingreso de la persona evaluada a la Sala de Observación o a Hospitalización, si reúne los criterios correspondientes (según las guías de práctica clínica aprobadas), informándole al usuario y/o a la persona responsable sobre tal decisión. Los medicamentos indicados deben ser prescritos de modo correcto, en los recetarios oficiales del Instituto (según sea o no usuario del SIS). Solicita los exámenes auxiliares que considere pertinentes, utilizando los formularios institucionales respectivos\*. Solicita las interconsultas que considere pertinentes, utilizando el formulario institucional respectivo\*. Si el evaluado no reúne criterios para ingresar a la Sala de Observación o a Hospitalización, se le indica el tratamiento ambulatorio, y se le informa sobre el establecimiento de salud que le corresponde. Si la persona requiere una evaluación de emergencia de otra especialidad en otro establecimiento de salud: a) coordina telefónicamente el traslado con el jefe de guardia de dicho establecimiento; b) llena el formulario correspondiente (Interconsulta, Hoja de Referencia u Hoja de Contrarreferencia)\*, y c) firma la salida de la ambulancia en la boleta respectiva\*. Anota la atención en el sistema informatizado de gestión asistencial. Devuelve la Historia Clínica. Al final de su turno / guardia, imprime el formulario HIS, lo firma y sella, y se lo entrega al personal de enfermería.
5. Enfermera(o) especialista: Aplica los medicamentos indicados por el médico. Registra la aplicación en las Notas de Enfermería.
6. Técnica(o) de enfermería: Imprime el Formato Único de Atención (FUA)\*, en el caso de usuarios del SIS, y lo entrega al médico y luego al paciente o responsable para las firmas respectivas.
7. Trabajadora social: En los usuarios que no cuenten con SIS, evalúa, orienta y/o afilia, temporalmente o definitivamente según el caso. En los mismos hace la categorización respectiva brindando el apoyo social que requiere en los pagos y exámenes auxiliares. Si el paciente asiste solo o se encuentra en situación de abandono, intenta ubicar a los familiares o acompaña en el traslado al domicilio del paciente. En caso de personas no identificadas, moviliza recursos institucionales para su identificación.
8. Cajero: Registra los datos del usuario que no cuente con SIS en el sistema de caja. Selecciona el servicio, indica el monto a pagar y realiza el cobro. Entrega el comprobante de pago con copia.

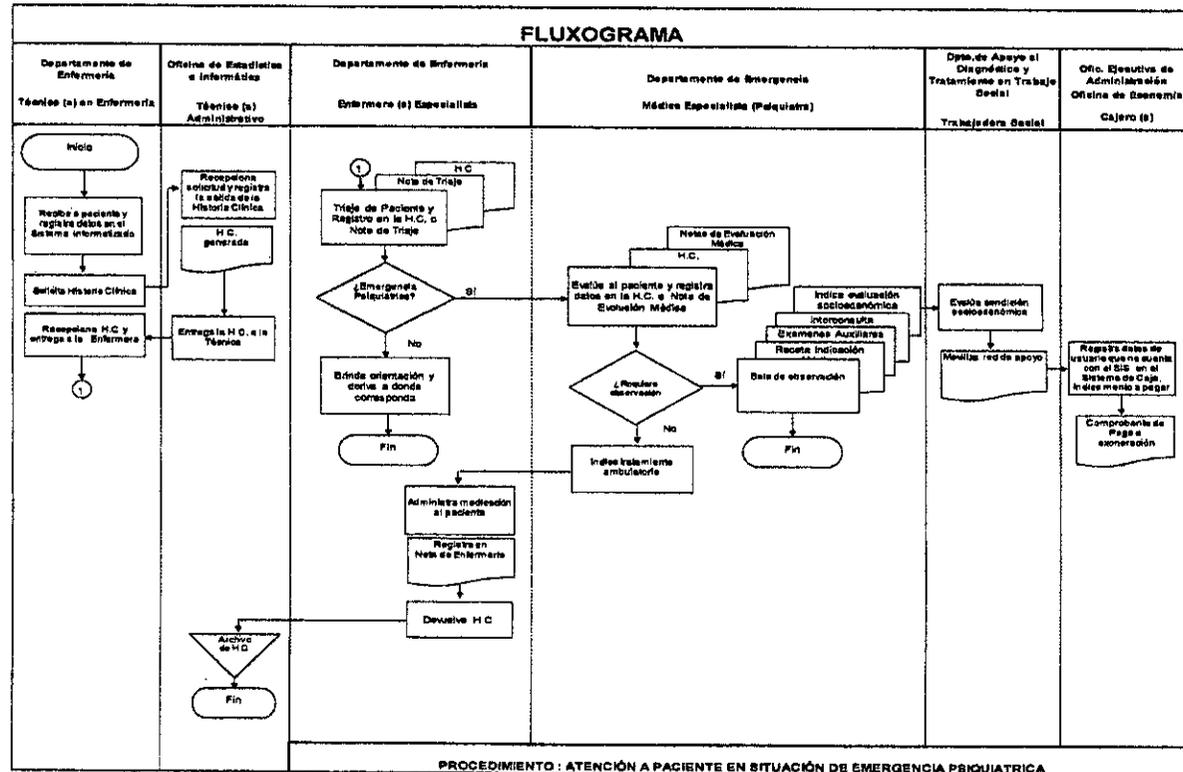
\* Ver los anexos.

FIN



Página 9 de 50

J. Ríos P





PERU

MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

PROCESO : PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD  
 SUBPROCESO : RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

Nombre del procedimiento	INGRESO A LA SALA DE OBSERVACIÓN DE EMERGENCIA	Fecha :	20.08.2014
		Código :	038

Propósito	Atención especializada
Alcance	Departamento de Enfermería Oficina de Estadística e Informática Oficina Ejecutiva de Administración-Oficina de Economía - Tesorería
Marco legal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.</li> <li>Ley N° 26842, Ley General de Salud.</li> <li>Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de salud al servicio del Estado.</li> <li>Decreto Legislativo N° 1154, Decreto Legislativo que autoriza los servicios complementarios de salud.</li> <li>Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.</li> <li>Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.</li> <li>Decreto Legislativo N° 1167, Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.</li> <li>Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, Aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.</li> <li>Resolución Ministerial N° 482-2006/MINSA, Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi".</li> <li>Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA, Aprueba la Directiva N°007-MINSA/OGPP-V-02. Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.</li> <li>Resolución Ministerial N° 686-2004/MINSA, Modifica la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02. Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud.</li> </ul>

ÍNDICE DE RENDIMIENTO			
Indicador	Unidad de medida	Fuente	Responsable
Número de ingresos a la sala de observación de emergencia en un periodo	Ingresos a la sala de observación de emergencia	Módulo Informático de Emergencia; Sistema Informático HIS	Oficina de Estadística e Informática - Técnico de estadística

NORMAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA de 20-04-2006 - Aprueba la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.</li> <li>R.D. N° 251-2011-DG/INSM "HD-HN". Aprueba la Directiva Administrativa N° 007-2011-DG/INSM/HD-HN/DE-V.01 Transporte Asistido para Pacientes por Vía Terrestre.</li> <li>R.D. N° 290-2009-DG/INSM "HD-HN". Aprueba la actualización de la Guía de Práctica Clínica de Manejo del Síndrome Psicótico en Emergencia.</li> <li>R.D. N° 291-2009-DG/INSM "HD-HN". Aprueba la actualización de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento en Emergencia de los Síntomas Extrapiramidales Inducidos por Medicamentos.</li> <li>R.D. N° 071-2013-DG/INSM "HD-HN". Aprueba la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Agitación Psicomotora y la Conducta Agresiva.</li> <li>R.D. N° 123-2014-DG/INSM "HD-HN". Aprueba la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de las Crisis de Ansiedad en Emergencia.</li> </ul>

Página 12 de 50





PERU

MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL  
"HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

### DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

#### INICIO

1. Médico especialista (psiquiatra): Considera el ingreso del usuario a la Sala de Observación según su estado clínico, tomando en cuenta las guías de práctica clínica aprobadas. Informa al usuario y/o a la persona responsable sobre la decisión de ingreso a la Sala de Observación, y llena el formulario "Nota de Ingreso a la Sala de Observación de Emergencia". Proporciona al usuario (si su condición lo permita) y/o a la persona responsable, la información sobre el ingreso, que forma parte del mismo formulario, solicitando su consentimiento por escrito. Si el usuario (en caso su condición lo permita) y/o la persona responsable dan su consentimiento, el médico comunica a la enfermera el ingreso a la Sala de Observación de Emergencia. Si el usuario (en caso su condición lo permita) y/o la persona responsable niegan su consentimiento, se anota en el formulario "Constancia de Negativa a Internamiento", informando a la autoridad legal competente, de ser necesario. Evalúa de forma diaria y todas las veces que fuese necesario al usuario internado en la Sala de Observación. El ingreso a la Sala de Observación debe ser registrado en el sistema informatizado de gestión asistencial.
2. Médico especialista (psiquiatra): Escribe las indicaciones médicas del usuario ingresado en el formulario "Órdenes Médicas". Entrega la receta a la persona responsable. Solicita los exámenes auxiliares e interconsultas que considere pertinentes, utilizando los formularios institucionales del caso\*.
3. Enfermera(o) especialista: Según lo coordinado con el médico, indica al técnico de enfermería el ingreso del usuario a la Sala de Observación de Emergencia. Coordina con el Servicio de Nutrición, para la ración de alimentos del ingresado. Comunica a la trabajadora social para la atención social respectiva.
4. Técnica(o) de enfermería: Conduce al usuario a su habitación. Registra las prendas personales en el cuaderno correspondiente y las entrega a la persona responsable. Registra los datos de la persona ingresada en la base de datos informatizada correspondiente. Recibe las medicinas entregadas por la persona responsable o tramita la donación o exoneración indicada por la trabajadora social (en caso de donación) y las coloca en el casillero correspondiente.
5. Enfermera(o) especialista: Aplica la medicación indicada por el médico y lo registra en las "Notas de Enfermería". Coordina con el laboratorio para la realización de los exámenes auxiliares solicitados por el médico. Coordina con los servicios respectivos para las interconsultas solicitadas por el médico.
6. Trabajadora social: En caso de usuarios que no cuenten con SIS, evalúa la posibilidad de afiliación al mismo. Intenta ubicar a los familiares si fuera necesario. Realiza la evaluación social integral (ficha de evaluación inicial), precisando los factores protectores y de riesgo social, reforzando la adherencia y soporte socio familiar.
7. Cajero: Registra los datos del usuario que no cuente con SIS en el sistema de caja. Selecciona el servicio, indica el monto a pagar y realiza el cobro. Entrega el comprobante de pago con copia.

\* Ver los anexos.

FIN



Página 13 de 50

J. Ríos P.

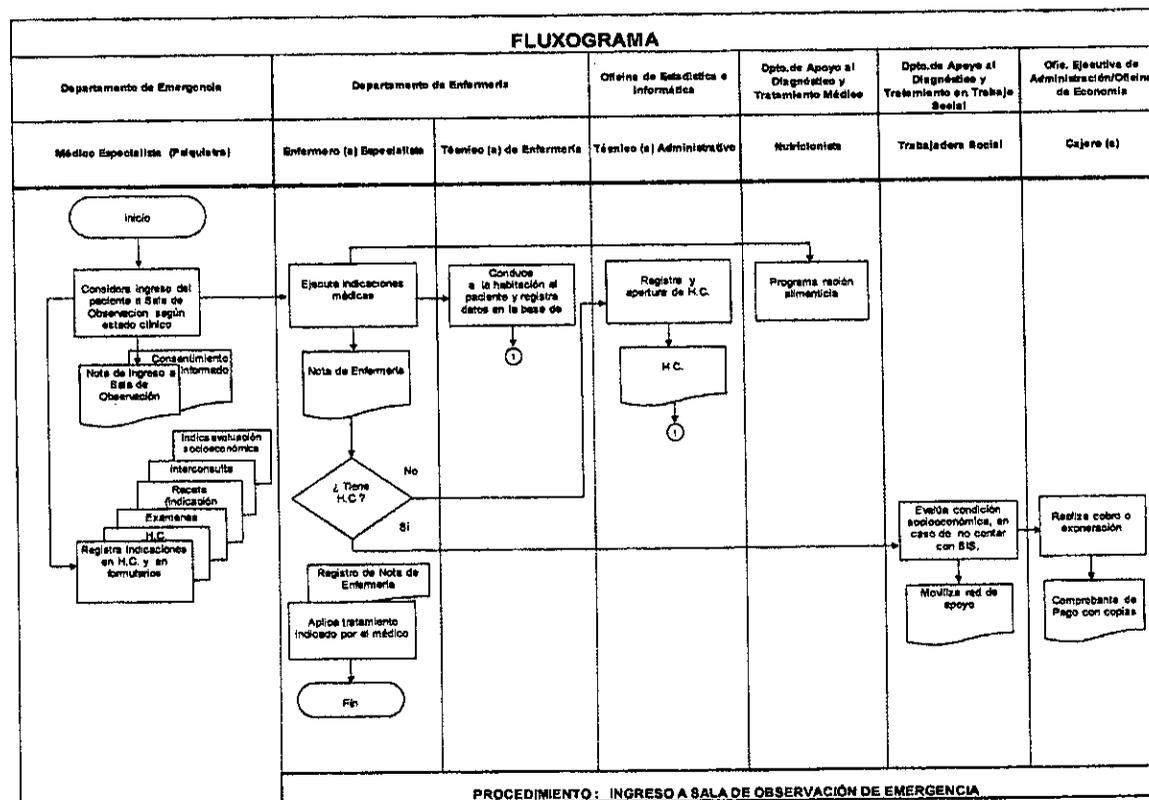


PERU

MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA





PROCESO : PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD  
 SUBPROCESO : RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

Nombre del procedimiento	ALTA DE LA SALA DE OBSERVACIÓN DE EMERGENCIA	Fecha :	20.08.2014
		Código :	038

Propósito	Atención especializada
Alcance	Departamento de Enfermería Oficina de Estadística e Informática Oficina Ejecutiva de Administración-Oficina de Economía - Tesorería
Marco legal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.</li> <li>Ley N° 26842, Ley General de Salud.</li> <li>Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de salud al servicio del Estado.</li> <li>Decreto Legislativo N° 1154, Decreto Legislativo que autoriza los servicios complementarios de salud.</li> <li>Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.</li> <li>Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.</li> <li>Decreto Legislativo N° 1167, Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.</li> <li>Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA, Aprueba la NT N° 018-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contra referencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud.</li> <li>Resolución Ministerial N° 462-2006/MINSA, Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi".</li> <li>Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA, Aprueba la Directiva N° 007-MINSA/OGPP-V.02, Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional.</li> <li>Resolución Ministerial N° 686-2004/MINSA, Modifica la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.02, Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud.</li> </ul>

ÍNDICE DE RENDIMIENTO			
Indicador	Unidad de medida	Fuente	Responsable
Número de altas de la sala de observación de emergencia en un periodo	Altas de la sala de observación de emergencia	Módulo Informático de Emergencia; Sistema Informático HIS	Oficina de Estadística e Informática - Técnico de estadística

NORMAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA de 20-04-2006 - Aprueba la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.</li> <li>R.D. N° 251-2011-DG/INSM "HD-HN". Aprueba la Directiva Administrativa N° 007-2011-DG/INSM/HD-HN/DE-V.01 Transporte Asistido para Pacientes por Vía Terrestre.</li> <li>R.D. N° 280-2009-DG/INSM-"HD-HN". Aprueba la actualización de la Guía de Práctica Clínica de Manejo del Síndrome Psicótico en Emergencia.</li> <li>R.D. N° 291-2009-DG/INSM-"HD-HN". Aprueba la actualización de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento en Emergencia de los Síntomas Extrapiramidales Inducidos por Medicamentos.</li> <li>R.D. N° 071-2013-DG/INSM-"HD-HN". Aprueba la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Agitación Psicomotora y la Conducta Agresiva.</li> <li>R.D. N° 123-2014-DG/INSM-"HD-HN". Aprueba la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de las Crisis de Ansiedad en Emergencia.</li> </ul>





PERU

MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL,  
"HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

### DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

#### INICIO

1. Médico especialista (psiquiatra): Determina que el usuario ha sido estabilizado y se ha superado el estado de emergencia, tomando en cuenta las guías de práctica clínica aprobadas. Comunica el alta al usuario (si su estado de salud se lo permite) y/o a la persona responsable. Registra el alta en las Notas de Evolución Médica\* de la Historia Clínica y en el sistema informatizado de gestión asistencial. Firma el formulario de Orden de Alta. Comunica a la enfermera el alta. Indica continuar el tratamiento en el establecimiento de salud que le corresponda. Si la evaluación determina que el usuario reúne criterios para hospitalización, se sigue el procedimiento respectivo. Si la evaluación determina que el usuario debe continuar en la Sala de Observación de emergencia, registra esta decisión en la Historia Clínica. Si el usuario (en caso su condición lo permita) y/o la persona responsable, solicitasen su alta en contra de la opinión médica, se deja constancia en el formulario Constancia de Retiro Voluntario\*, informando a la autoridad legal competente, de ser necesario.
2. Enfermera(o) especialista: Brinda orientación adicional sobre la adherencia al tratamiento de ser necesario. Entrega la orden de alta a la persona responsable para el pago por los servicios prestados. Reporta el alta al Servicio de Nutrición. Indica al técnico de enfermería el alta del usuario.
3. Técnica(o) de enfermería: Devuelve al usuario o a la persona responsable toda la medicación no utilizada. Apoya en el egreso del usuario. En el caso de usuarios del SIS, imprime el FUA y se lo alcanza al médico para el llenado respectivo. Devuelve la historia clínica a la Oficina de Estadística e Informática. Registra el egreso en la base de datos informatizada correspondiente.
4. Trabajadora social: Si el usuario no tiene SIS, emite la exoneración respectiva por los días de permanencia en observación. Refuerza el soporte social y la adherencia familiar al tratamiento.
5. Cajero: Solicita la orden de alta al usuario. En caso de usuarios que no cuenten con SIS, indica el monto a pagar y realiza el cobro, entregando el comprobante de pago con copia.
6. Enfermera(o) especialista: Recibe la copia del comprobante de pago por la cancelación de la deuda. Entrega la receta con la indicación médica y autorización de salida del usuario.

\* Ver los anexos.

FIN

#### ENTRADAS

Nombre	Fuente	Frecuencia	Tipo
Triage	<ul style="list-style-type: none"> <li>Departamento de Enfermería</li> <li>Departamento de Emergencia</li> </ul>	(x) Diario	Manual

#### SALIDAS

Nombre	Destino	Frecuencia	Tipo
Notas de evolución médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Departamento de Enfermería</li> <li>Departamento de Emergencia</li> </ul>	(x) Diario	Manual
Tarjeta Kardex	Oficina de Estadística e Informática	(x) Diario	Manual

Definición	Atención especializada: Es la atención efectuada por personal de salud que se brinda al ciudadano que lo requiere, la cual tiene como objetivo la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
Registro	<ul style="list-style-type: none"> <li>Historia clínica de emergencia</li> <li>Memorando de pago a tesorería</li> <li>Kardex</li> <li>Tarjeta de citas</li> </ul>
Anexo	Flujograma

F-ORG-10.0

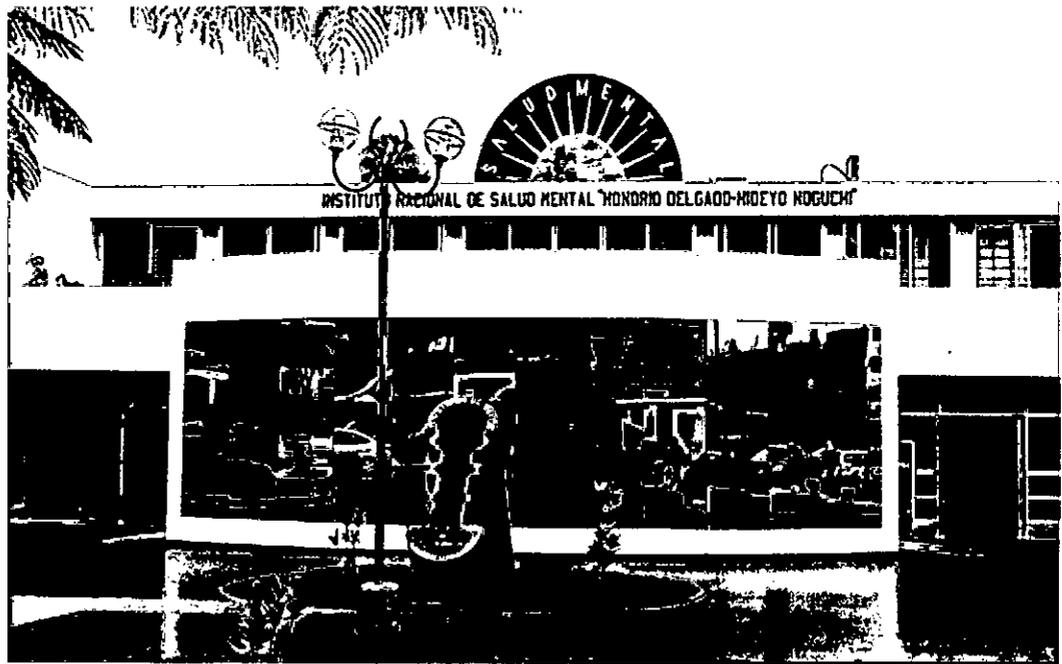


Página 17 de 50

J. Ríos P.



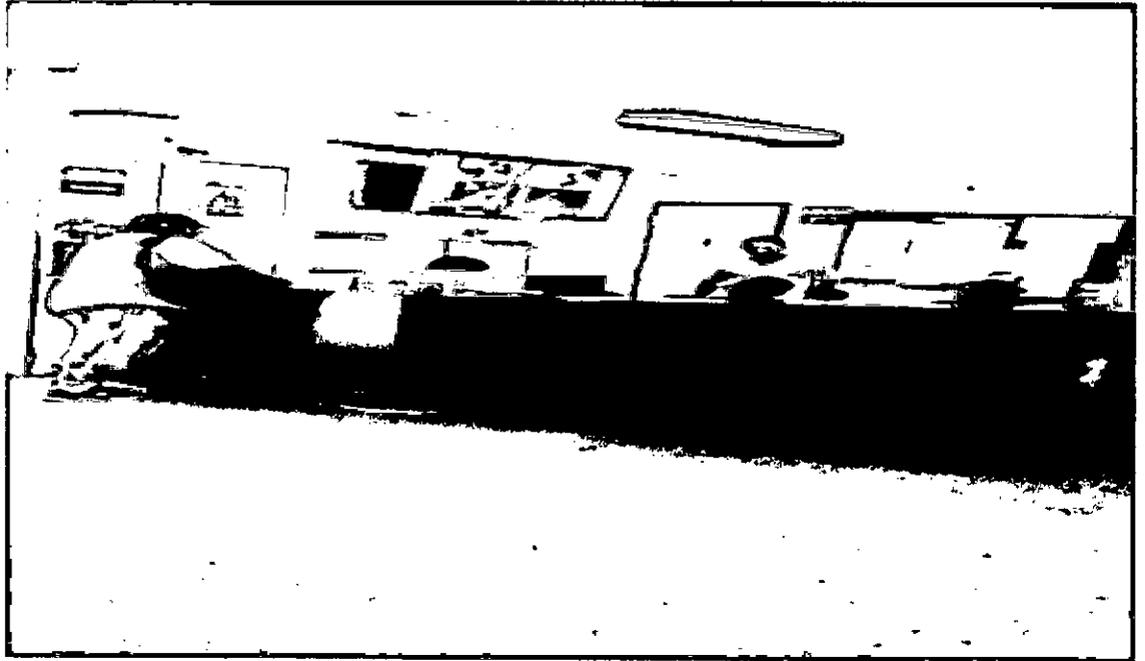
**ANEXO 3**  
**INSTITUTO DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO HIDEYO**  
**NOGUCHI**



**DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA**



## RECEPCIÓN DEL PACIENTE STAR DE ENFERMERIA



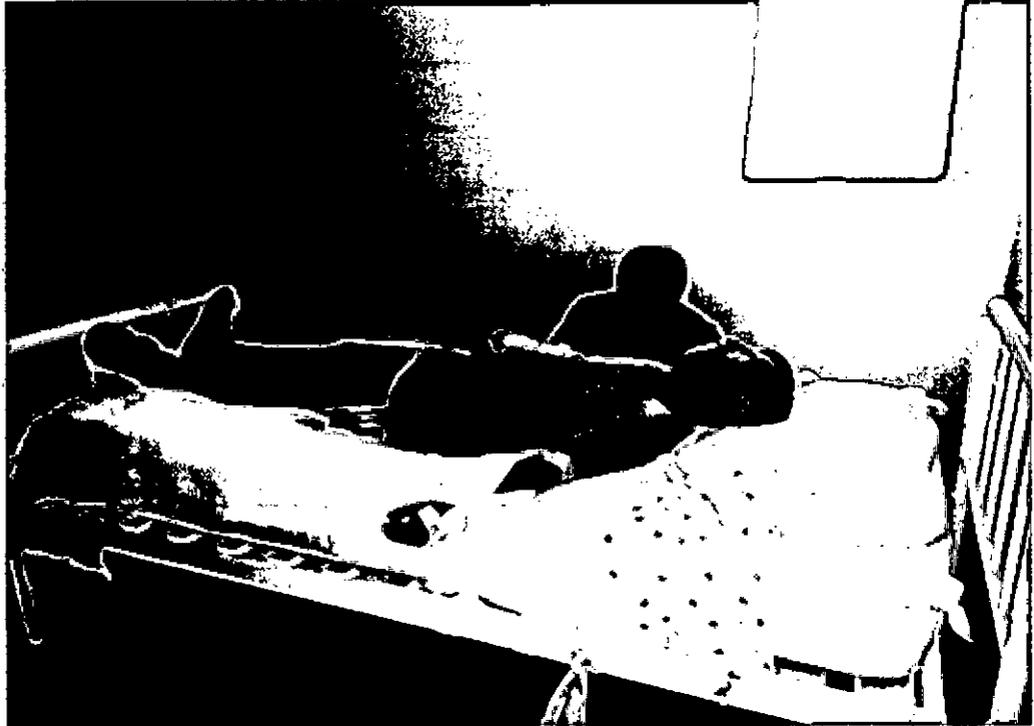
**SALA DE ESPERA**



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ORIENTACIÓN AL PACIENTE**



**CONTENCIÓN MECÁNICA**



**CONTENCIÓN MECÁNICA**



