


	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>			
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>			
	<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión</b> 1	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	



## ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

 <b>ELABORA:</b> <b>Zenidia Sanabria Vega</b> Subgerente asistencial	 <b>REVISAR:</b> <b>Zenidia Sanabria Vega</b> Subgerente asistencial	 <b>APRUEBA:</b> <b>JUAN JOSE MUÑOZ ROBAYO</b> Gerente Resolución No.669 de 2021/10/27
<b>FECHA:</b> 2021/10/26	<b>FECHA:</b> 2021/10/26	
<b>Vo.Bo:</b>  <b>Martha E. Amaya Cruz</b> <b>Oficina de Calidad</b>	<b>FECHA:</b> 2021/10/26	

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>				
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>				
	<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión 1</b>	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	<b>Página</b> 2 de 20	

## CONTENIDO

1.	OBJETIVO. ....	3
2.	ALCANCES Y RESPONSABLES. ....	3
3.	GENERALIDADES. ....	3
3.1	RECURSOS NECESARIOS .....	5
3.2	MEDICAMENTOS DISPONIBLES:.....	5
3.3	DESCRIPCION DETALLADA .....	6
3.3.1	Posibles etiologías .....	6
3.3.2	Uso de sustancias:.....	6
3.3.3	Condición médica general:.....	7
3.3.4	Enfermedad psiquiátrica: .....	7
3.4	MANEJO DE LA AGITACION PSICOMOTORA.....	8
3.4.1	Acercamiento al sitio de la urgencia: .....	8
3.4.2	Preguntas que permiten identificar al paciente, definir el abordaje y establecer el nivel de riesgo para el equipo asistencial.....	9
3.4.3	Preparación del lugar .....	9
3.4.4	Establecer comunicación con el paciente:.....	10
3.4.5	Inmovilización mecánica:.....	11
3.4.6	Sedación:.....	12
3.4.7	Traslado:.....	13
3.4.7.1	Registro:.....	14
3.5	COMPLICACIONES .....	14
4.	FLUJOGRAMA.....	16
5.	ANEXOS.....	17
6.	TÉRMINOS Y DEFINICIONES.....	17
7.	REGISTRO DE CALIDAD. ....	19
8.	NORMATIVIDAD.....	19
9.	BIBLIOGRAFIA.....	19
10.	CONTROLES .....	19

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>				
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>				
	<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión</b> 1	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	<b>Página</b> 3 de 20	

## 1. OBJETIVO.

Establecer el manejo de pacientes con problemas y trastornos en salud mental o consumos de sustancias psicoactivas, con el fin de que todos los integrantes del equipo de salud, realicen prácticas seguras, con el fin de prevenir la presencia de errores en la atención y disminuir los riesgos de la misma haciendo énfasis en el entendimiento de las características diferenciales de esta población.

## 2. ALCANCES Y RESPONSABLES.



El procedimiento comprende desde la identificación de la necesidad de traslado de un paciente con problemas y trastornos en salud mental o consumos de sustancias psicoactivas, hasta que la ambulancia se encuentre nuevamente disponible para la prestación del servicio.

Los responsables son todos los integrantes del equipo de salud encargado del traslado del paciente.

## 3. GENERALIDADES.

Según la OMS, cerca del 50% de las enfermedades mentales se manifiestan antes de los 14 años y presentan un perfil similar en todas las culturas; estos trastornos figuran dentro de las cinco primeras causas de discapacidad juvenil, sin embargo, las regiones del mundo con mayores porcentajes de población menor de 19 años disponen de menos recursos para la atención en salud mental; en la mayoría de países con ingresos bajos y medios se cuenta con un psiquiatra infantil por un millón de habitantes. Adicionalmente, los trastornos mentales se han identificado como un factor de riesgo relevante de enfermedades como el VIH, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus e incluso de lesiones no intencionales o autoinflingidas.

Según el estudio nacional de salud mental realizado en Colombia en el año 2003, el 40,1% de la población participante presentó uno de los 23 trastornos mentales incluidos en el estudio alguna vez en la vida; el 16,0% lo reportó en los últimos 12 meses y el 7,4% refirió haber sufrido trastornos mentales en los últimos 30 días. El estudio también reveló que la edad de inicio de las enfermedades mentales varía de una a la otra; se logró establecer que la edad media de aparición de los trastornos del estado de ánimo está entre los 20 y los 24 años, para los trastornos de ansiedad entre los seis y los 24 años, en los trastornos relacionados con sustancias entre los 18 y 26 años; los trastornos que afectaron a los participantes

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>				
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>				
	<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión 1</b>	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	<b>Página</b> 4 de 20	



con edades más tempranas fueron el trastorno negativista desafiante (mediana 10 años), la fobia social (mediana de 14 años), la bulimia nerviosa (mediana de 15 años) y la agorafobia (mediana de 16 años).

Las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol o abuso de sustancias, son los factores de riesgo más comunes del suicidio que se ha considerado como el principal riesgo en salud mental. Según la OMS cada año se suicidan cerca de un millón de personas en el mundo, es decir una tasa global de mortalidad de 16 por 100.000 habitantes, figurando ésta entre las 20 causas de defunción más importantes en todas las edades; las tasas de mortalidad por suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial durante los últimos 45 años. Se ha evidenciado que el 75% de los suicidios ocurren en países de bajos y medianos ingresos.<sup>26</sup> En Colombia, para el 2012, la tasa de suicidios por 100.000 habitantes fue de 9,1 en los hombres y 1,9 en las mujeres, la tasa global fue de 5,4.

- Aplicación de GUI-GQA-05 PREVENCIÓN DE CAÍDA el cual contiene instrumento de valoración del riesgo de caída (Morse) durante la valoración de ingreso del paciente y verificación en cada turno.
- Documentar en la historia clínica la valoración y seguimiento del riesgo de caídas y el plan de cuidados a implementar.
- Informar a los procesos de apoyo acerca de factores de riesgo presentes en el entorno físico que predispongan las caídas.
- Informar al paciente y/o la familia acerca de los factores de riesgo detectados y las medidas de prevención.
- Involucrar a la familia del paciente en las actividades para su cuidado permitiendo su compañía permanente.

Si bien se estima que la agitación psicomotora corresponde aproximadamente al 10% de los motivos de consulta en un servicio de urgencias psiquiátricas, en la experiencia del Centro Regulador de Urgencias de Bogotá durante los años 2.002 al 2.003, del total de intervenciones en salud mental, cerca del 60% estuvieron relacionadas con este evento, independientemente del diagnóstico final, el cual fue en orden decreciente esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno afectivo bipolar en episodio maníaco o mixto y trastorno cognoscitivo o secundario a condición médica general. Cerca del 5% de los traslados primarios realizados por los móviles del centro corresponden a casos relacionados con pacientes agitados o agresivos.

Esta frecuencia y el hecho de que el paciente agitado puede estar propenso a agredir a su familia, a terceros o al equipo de atención prehospitalaria, hace que sea imprescindible para este último, estar preparado para enfrentar este tipo de

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>				
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>				
	<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión</b> 1	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	<b>Página</b> 5 de 20	

urgencia en forma eficaz, brindando de esta forma protección inmediata a la salud y funcionalidad del paciente y su núcleo primario de apoyo.

Además, el equipo de atención prehospitalaria tiene la misión invaluable de informar al grupo primario de apoyo del paciente y a la comunidad sobre las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, y de organizarlos como red, lo cual es uno de los principales factores pronósticos en la evolución a largo plazo de los trastornos psiquiátricos.

### **3.1 RECURSOS NECESARIOS**



Equipo entrenado en técnicas de abordaje del paciente agitado. Si las condiciones lo ameritan se debe buscar el apoyo de instituciones como la policía y los bomberos. Idealmente el equipo debe contar con un médico psiquiatra con experiencia en abordaje psicoterapéutico, farmacológico y mecánico de pacientes agitados, un auxiliar de enfermería entrenado en procedimientos de inmovilización mecánica y aplicación de medicación y un asistente del equipo entrenado en inmovilización mecánica, que preste apoyo en el momento requerido. Quienes conforman este equipo de asistencia prehospitalaria deben actuar siempre con amplio sentido del respeto humano y con profesionalismo, lo cual garantiza una adecuada y sana contención, sin que se someta al paciente y su familia a procedimientos innecesarios que pueden ser vivenciados como agresiones injustificadas.

### **3.2 MEDICAMENTOS DISPONIBLES:**

Haloperidol y Midazolam en presentación parenteral, Lorazepam en presentación oral.

Inmovilizadores de lona o cuero, jeringas desechables, guantes para cada integrante del equipo, tabla larga y corta de transporte, cuellos ortopédicos.

La mayoría de pacientes que presentan episodios de agitación psicomotriz requieren el traslado a unidades de atención de urgencias tanto a hospitales médicos generales como a unidades de salud mental; por tanto, se debe contar con un vehículo dotado de los elementos básicos para transporte de pacientes (camilla, mantas, elementos para oxigenoterapia, atril, entre otros).

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>				
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>				
	<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión</b> 1	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	<b>Página</b> 6 de 20	

### 3.3 DESCRIPCION DETALLADA

La agitación psicomotora es un estado de fuerte tensión con intensas manifestaciones motoras (inquietud) y emocionales (ansiedad, irritabilidad) que perturban gravemente el comportamiento del individuo. De una manera más amplia puede definirse como el comportamiento verbal o motor excesivo.

Puede fácilmente progresar hacia agresividad verbal o física y violencia; esta última se define técnicamente como agresión física heterodirigida, o sea hacia otras personas, animales u objetos.

La clave de la intervención oportuna del equipo de atención prehospitalaria que enfrenta a un paciente con agitación psicomotora está en prevenir la progresión de la agitación a la agresividad y de ésta a la violencia.



#### 3.3.1 Posibles etiologías

Es muy importante tener en cuenta que la agitación psicomotriz no es una patología en sí, sino un signo asociado a diversas patologías de diferente etiología, entre las cuales se deben contemplar reacciones fisiológicas a consumo o abstinencia de sustancias psicoactivas, compromiso del estado médico general o exacerbación de patología de orden psiquiátrico. Por esto, la intervención prehospitalaria no busca realizar un diagnóstico profundo y específico sino uno sindromático que permita enfocar oportunamente el estudio e intervenciones subsecuentes, siempre teniendo en cuenta que la intervención terapéutica temprana es un factor determinante del pronóstico para trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia.

#### 3.3.2 Uso de sustancias:

La agitación psicomotriz puede presentarse dentro del contexto del consumo activo (abuso o dependencia), intoxicación secundaria o formando parte del síndrome de abstinencia por suspensión súbita y prolongada del consumo de la sustancia adictiva.

La intoxicación con etanol lleva a la desinhibición del comportamiento, incluyendo conducta sexual inapropiada, agresividad, labilidad del humor, juicio alterado y funcionamiento social u ocupacional alterado, que sumado a las características de personalidad del sujeto podría confluir en agitación psicomotriz de intensidad variable.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>				
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>				
	<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión</b> 1	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	<b>Página</b> 7 de 20	

La suspensión o reducción abrupta del consumo de alcohol en personas que han desarrollado tolerancia puede llevarles en pocos días a un síndrome de abstinencia alcohólica, caracterizado por hiperreactividad autonómica (taquicardia, hipertermia, aumento de la tensión arterial, diaforesis, entre otros), temblor progresivamente generalizado de alta frecuencia, insomnio, ansiedad e irritabilidad. En casos severos el paciente presenta desorientación, actividad alucinatoria, ilusiones táctiles y crisis convulsivas, configurándose así un Delirium Tremens.

Tanto la intoxicación como la abstinencia de sustancias psicoactivas como la cocaína (basuco, perica) y los inhalantes (pegante, thinner) generan reacciones de intensa agitación psicomotriz, motivo de asistencia prehospitalaria. En menor medida también los relacionados con cannabinoides (marihuana) y opioides.

### **3.3.3 Condición médica general:**



La agitación psicomotora secundaria a condición médica general se presenta clínicamente como un Delirium (síndrome confusional agudo, encefalopatía), es decir un cuadro de inicio abrupto, con alteraciones fluctuantes en el nivel de conciencia, desorientación y otras alteraciones cognoscitivas (en memoria, atención, cálculo, lenguaje, entre otras) y comportamentales (agitación, conductas erráticas, incoherencia).

Las condiciones médicas generales explican cerca del 30% de los episodios de agitación psicomotriz atendidos por los equipos de atención prehospitalaria. Entre las que generan con mayor frecuencia estados de agitación psicomotora están las crisis convulsivas, lesiones traumáticas, infecciosas y neoplásicas del Sistema Nervioso Central, efectos colaterales o tóxicos de algunos fármacos (sobre todo los que tienen efectos anticolinérgicos como la amitriptilina o el biperideno), trastornos metabólicos, hipoxémicos e hidroelectrolíticos, entre otros.

### **3.3.4 Enfermedad psiquiátrica:**

Uno de los signos más frecuentes por los que se solicita el apoyo de los equipos asistenciales prehospitalarios por parte de familiares o de la comunidad de pacientes con trastorno mental es la agitación psicomotriz acompañada de comportamientos violentos.

La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos se caracterizan por la presencia de actividad delirante persecutoria en la que el paciente experimenta una permanentemente sensación de ser perseguido y amenazado. Esta situación puede conducirlo a identificar erróneamente a algunas personas como sujetos

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>				
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>				
	<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión</b> 1	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	<b>Página</b> 8 de 20	

peligrosos para la seguridad propia, lo cual le lleva a comportamientos agresivos contra ellas. Otro grupo especial de pacientes psicóticos presenta alucinaciones auditivas de comando, en las cuales les ordenan golpear, asesinar o lesionar a algún miembro de la familia u otra persona.

La exaltación afectiva, la impulsividad y la irritabilidad que se presentan durante los episodios maníacos del trastorno afectivo bipolar, y más cuando se asocian a ideas delirantes megalomaniacas (de grandeza), pueden suscitar comportamientos peligrosos para el paciente o para la comunidad cercana a él.

Los estados de intensa ansiedad propios de los flashbacks del trastorno por estrés postraumático, en los que la persona afectada vuelve a experimentar situaciones traumáticas (participación en combates, episodios de violencia sexual, entre otros) pueden llevar a agitación psicomotora y a agresividad incoordinada.

También puede haber agitación psicomotora durante las crisis de pánico (trastorno de pánico, también conocido como ansiedad paroxística recurrente o síndrome de hiperventilación), en las cuales la ansiedad subjetiva y objetiva (taquicardia, hiperventilación, diaforesis, parestesias, sensación de opresión torácica, temblor) inicia de manera súbita y sin ningún evento desencadenante evidente.

Con frecuencia los pacientes con demencia (vascular, de Alzheimer, asociada a la enfermedad de Parkinson) o retardo mental, presentan episodios de agitación psicomotora o agresividad, como resultado de su impulsividad, desinhibición social y la incapacidad para prever consecuencias de sus actos que les da su déficit cognoscitivo.



Ante situaciones de estrés, personas en extremo impulsivas o agresivas (con probable trastorno de personalidad), o los niños con trastornos disociales (trastorno opositor-desafiante, trastorno de conducta, que les predisponen a hacer “pataletas” severas) pueden reaccionar con episodios de agitación psicomotora.

### **3.4 MANEJO DE LA AGITACION PSICOMOTORA**

#### **3.4.1 Acercamiento al sitio de la urgencia:**

Es deseable que haya una solicitud por la familia o por las autoridades competentes para acceder al lugar donde se encuentra un paciente en estado de agitación psicomotora. La ambulancia o vehículo de desplazamiento debe ubicarse cerca del domicilio, más no bajo ventanas o balcones por el riesgo de



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>				
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>				
	<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión</b> 1	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	<b>Página</b> 9 de 20	

caída de objetos; debe estacionarse en posición de salida y nunca dentro de calles ciegas. Si el paciente está armado debe solicitarse apoyo a la policía; el equipo terapéutico ingresará al lugar sólo cuando el paciente se encuentre desarmado. Recolección de la información:



Con miras a formular hipótesis diagnósticas antes del contacto con la situación urgente y de preparar la intervención terapéutica pertinente, se obtienen datos de los familiares del paciente. Esta información debe ser recolectada de manera rápida, precisa y oportuna. Se sugiere tener en cuenta la siguiente lista de preguntas:

### **3.4.2 Preguntas que permiten identificar al paciente, definir el abordaje y establecer el nivel de riesgo para el equipo asistencial**

- ¿Cuál es el nombre del paciente?
  - ¿Cuántos años tiene?
  - ¿Se encuentra agresivo? ¿Ha golpeado a alguna persona? ¿Ha roto objetos?
  - ¿Ha recibido asistencia durante los episodios previos de agitación? ¿Si es así qué actitud tomó frente al equipo de asistencia?
  - ¿Se encuentra armado?
  - ¿Se encuentra encerrado o está en un lugar al que se pueda tener acceso?
- Preguntas que ayudan a establecer la posible etiología del episodio de agitación psicomotriz
- ¿Desde cuándo se encuentra agitado?
  - ¿Este es el primer episodio de agitación o ya ha presentado episodios previos?
  - ¿Los cambios de comportamiento iniciaron en forma progresiva a lo largo de varios días o fue abrupto?
  - ¿Sufrió algún trauma o golpe en la cabeza, previa al inicio de la agitación?
  - ¿Identifican alguna causa o situación desencadenante del episodio de agitación?
  - ¿Sufre de enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de la tiroides, enfermedades mentales?
  - ¿Actualmente está tomando alguna medicación?
  - ¿Consuma alguna sustancia como alcohol, cocaína, marihuana, pegante?

### **3.4.3 Preparación del lugar**

- Retirar objetos potencialmente lesivos (armas, sillas, atriles, pisapapeles).
- Retirar otros pacientes, familiares o al público.
- Evitar sobreestimulación del paciente. Apagar la televisión, radio u otros aparatos ruidosos, o luces muy brillantes. Evitar curiosos.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>				 DEPARTAMENTO DEL META
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>				
	<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión</b> 1	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	<b>Página</b> 10 de 20	

- Solicitar el apoyo de más personas (necesarias en caso de que llegue a utilizarse la inmovilización mecánica).

En lo posible los integrantes del equipo terapéutico mantendrán contacto visual entre sí; el enfermero permanecerá junto al paciente durante toda la intervención y si el médico sale de la habitación (por ejemplo para organizar un eventual procedimiento de inmovilización con otras personas), asumirá el rol de entrevistador; además su participación como coterapeuta o entrevistador principal (en casos especiales) es invaluable. El conductor permanecerá vigilando el vehículo pero colaborará con cualquier procedimiento necesario y será el encargado de las comunicaciones por radio que sean pertinentes.

#### **3.4.4 Establecer comunicación con el paciente:**



Establecer comunicación verbal en forma clara, calmada y repetitiva, identificarse ante el paciente, explicar la labor del equipo terapéutico y buscar de parte de él cooperación. Preguntarle qué está sucediendo, orientar la situación de manera que no se haga daño ni dañe a otros con su comportamiento. Debe usarse lenguaje preverbal no agresivo, permitirle expresar sus necesidades o deseos, hacerle sentir apoyado y no enfrentado, ofrecerle agua o algo de comer en envase plástico puede ayudar.

Algunas recomendaciones importantes para facilitar un lenguaje preverbal tranquilizador ante un paciente agitado son:

- No dar la espalda al paciente
- Mantener las manos a la vista del paciente
- Tono de voz tranquilo
- Evitar movimientos bruscos
- Definir si hay inminencia de agresividad, teniendo en cuenta lo siguiente:
- Predictores de agresividad en el paciente
- Acción violenta reciente (predictor más confiable)
- Alucinaciones que ordenan agredir o alucinaciones visuales
- Lenguaje preverbal agresivo

Aumento de la tensión muscular Postura tensa hacia delante Puños cerrados  
Mirada directa fija Afecto irritable Portar un arma o elemento contundente  
Contención terapéutica:

En el caso de que no haya inminencia de agresividad puede intentarse la contención terapéutica, consistente en un diálogo enfocado a la tranquilización y autocontrol en el paciente, realizado idealmente por personal capacitado o

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>				
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>				
	<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión</b> 1	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	<b>Página</b> 11 de 20	

profesional en el área. Muchos pacientes agitados, especialmente aquellos con enfermedad mental, dirigen sus agresiones de manera exclusiva contra sus familiares, motivados por situaciones vivenciales; al abordar adecuadamente estas situaciones puede lograrse una contención verbal evitando progresión a la violencia.

La intervención psicoterapéutica en pacientes agitados debe partir del auténtico interés del terapeuta de conocer y comprender las motivaciones de los comportamientos agresivos; para ello es importante expresar al paciente que el motivo de la presencia del equipo corresponde a la preocupación que generan los cambios comportamentales que está presentando, que la intención del equipo es prestarle ayuda y que para ello necesitan su colaboración; que no se van a adelantar acciones que le dañen o le lesionen y que es importante que hable de sus cambios y situaciones relacionadas con éstos.



Si el paciente prefiere se hace entrevista a solas (el paciente con el Psicólogo); para ello se debe asegurar la escena con las precauciones ya descritas. Igualmente, la intervención debe confrontar al paciente con sus actitudes de agresividad y con la necesidad de recibir ayuda, siendo referido a citas ambulatorias por psicología o psiquiatría, a la comisaría de familia (en casos de violencia intrafamiliar o maltrato) o trasladado a una unidad de urgencias (generales o de salud mental según sea el caso).

La actitud del terapeuta debe ser de comprensión y contención, buscando generar alianza con el paciente, pero a la vez debe ser firme en términos de mostrar al intervenido que quien tiene el control de la situación es el equipo de asistencia y que es posible “negociar” algunas cosas, pero otras no.

### **3.4.5 Inmovilización mecánica:**

En caso de que el paciente presente hallazgos compatibles con inminencia de agresividad, debe realizarse la inmovilización mecánica, la cual es un procedimiento físico-mecánico que limita los movimientos de una persona para evitar daño a sí mismo, a otras personas, o a objetos. No debe insistirse en razonar con el paciente si hay inminencia de agresividad.

Para efectuar el procedimiento se necesita mínimo de cuatro personas. Si con el personal del equipo terapéutico no se completa el número mínimo de personas necesarias se puede recurrir al personal de vigilancia, la policía o familiares del paciente previa instrucción. Deben usarse guantes y las demás medidas de bioseguridad pertinentes.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>				
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>				
	<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión</b> 1	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	<b>Página</b> 12 de 20	

Cada uno de los integrantes del equipo sujetará una extremidad; de ser posible una quinta persona se encargará de la cabeza. Como puntos de apoyo deben usarse los codos y muñecas para miembros superiores, rodilla y cuello del pie para los inferiores. Cada integrante del equipo debe encargarse de sujetar la extremidad que le corresponda; el intento por sujetar varias extremidades al tiempo o de aplicar inyecciones mientras se sujeta una, con frecuencia conduce a agresiones por parte del paciente. Luego el paciente se colocará en el suelo, en decúbito supino, con las extremidades en extensión (durante todo el procedimiento el paciente debe permanecer en posición anatómica) controlando la cabeza para evitar que se golpee. Los integrantes del equipo terapéutico no deben mostrarse agresivos ni responder a los posibles insultos o provocaciones del paciente. No se deben subir las rodillas sobre las extremidades, el tórax u otra parte del organismo.

Mientras se sujeta al paciente, debe explicársele claramente a éste y a sus familiares:

- Que se trata de un procedimiento necesario para evitar que se haga daño o que haga daño, pues se encuentra fuera de control.
- Que es transitorio.
- Que se trasladará a un hospital para ser evaluado (si es en un servicio clínico, que será trasladado a su cama mientras se evalúa y recupera su autocontrol)



A continuación se aplica el medicamento escogido por el médico del equipo para sedación y se colocan los inmovilizadores. Empieza a colocarlos quien aplicó la sedación, mientras los demás integrantes del equipo continúan sosteniendo la extremidad respectiva. Finalmente el paciente debe quedar con sus extremidades en posición anatómica y con la cabecera ligeramente levantada para prevenir broncoaspiración.

Debe retirarse cualquier elemento que pueda herir al paciente, como aretes, gafas, chapas, entre otros. Durante el tiempo que continúe inmovilizado el paciente debe verificarse por lo menos cada 20 minutos:

- Colocación y estado de los inmovilizadores y áreas de contacto
- Signos vitales tras aplicación de medicamentos
- Perfusión, sensibilidad y movilidad distales

### 3.4.6 Sedación:

La sedación por vía enteral o parenteral debe acompañar siempre a la inmovilización mecánica. Los medicamentos recomendados para sedación del paciente agitado son el Haloperidol, el Midazolam o una combinación de ambos

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>				
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>				
<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión</b> 1	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	<b>Página</b> 13 de 20		<small>DEPARTAMENTO DEL META</small>

(Tablas 1 y 2). Estos medicamentos se aplican en dosis periódicas cada 20 minutos hasta lograr niveles adecuados de sedación.

TABLA 1. MEDICAMENTOS RECOMENDADOS EN MANEJO DE PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTORA

TABLA 2. RECOMENDACIONES FARMACOLOGICAS EN EL MANEJO DEL PACIENTE AGITADO SEGUN ETIOLOGIAS POSIBLES Modificado de Allen, Currier, y otros.

**URGENCIA PSIQUIATRICA** Descartar etiología médica general: Este es un paso muy importante pues la etiología del cuadro clínico puede tratarse de una urgencia vital, y debe sospecharse sobre todo si hay alteraciones en la esfera cognitiva, como desorientación (tener en cuenta que primero se afecta la orientación en el tiempo, luego en espacio y por último en persona).

- Indagar características del inicio del cuadro.
- Abrupto: sospechar condición médica general
- Gradual: sospechar trastorno psiquiátrico
- Antecedentes de episodios similares previos, incluyendo diagnósticos y tratamientos recibidos.
- Examen físico, mental y neurológico completo; si el estado del paciente no lo permite se diferirán durante el menor tiempo posible.



Una vez el paciente se encuentre sedado se traslada a la camilla para posterior movilización al interior de la ambulancia, lugar en el que se mantendrá y optimizará la inmovilización haciendo los ajustes necesarios a los inmovilizadores.

Nunca ingresar a la ambulancia a un paciente atendido por agitación psicomotriz que no se encuentre adecuadamente sedado e inmovilizado, pues esto aumenta el riesgo de lesiones al paciente o al equipo de asistencia.

### 3.4.7 Traslado:

Definir si el paciente amerita traslado a un hospital (servicio de urgencias o unidad psiquiátrica de agudos) o si es apto para manejo en el domicilio (manejo posible de la sintomatología, respaldo socio-familiar suficiente, colaboración de él mismo con el tratamiento) con seguimiento ambulatorio.

Todos los pacientes que han presentado un episodio de agitación que amerita inmovilización mecánica o que presenten condición médica general como causa del cuadro deben ser trasladados a un servicio de urgencias que cuente idealmente con apoyo de psiquiatría.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>				
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>				
	<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión</b> 1	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	<b>Página</b> 14 de 20	

### 3.4.7.1 Registro:



Todos los procedimientos deben quedar debidamente registrados y justificados en la historia clínica con fecha y hora tanto en órdenes médicas y notas de evolución como en hojas de enfermería.

Durante el transporte el paciente debe continuar inmobilizado y estar bajo la supervisión permanente del médico psiquiatra, al igual que el continuo monitoreo de los signos vitales. Es de gran importancia tener en cuenta el riesgo de complicaciones secundarias a la sedación, entre ellas la depresión respiratoria, por lo que se debe garantizar la permeabilidad de las vías respiratorias. De igual forma, es importante vigilar la perfusión de las extremidades, ya que inmobilizaciones incorrectamente hechas pueden generar hipoperfusión, necrosis o síndromes compartimentales entre otras.



Para la entrega del paciente en el servicio de urgencias al que sea transportado se debe dejar muy clara la impresión diagnóstica con la sospecha de posibles etiologías del episodio de agitación psicomotriz, la información que hasta el momento se ha recolectado y los procedimientos que se han seguido con especial énfasis en las dosis, vías y horas de administración de la sedación. En el servicio de urgencias los pacientes siempre deben ser ubicados en cama con barandas e inmobilizados; nunca ubicar a los pacientes en camilla con ruedas, pues el riesgo de accidentes por permanencia de la agitación es muy elevado; de igual forma se debe tener en cuenta que mantener al paciente dignamente inmobilizado hasta que el efecto de la sedación sea superado y el paciente sea nuevamente valorado por personal médico, no sólo garantiza la seguridad del paciente y de los equipos asistenciales de los servicios de urgencias, sino que favorecen mejores condiciones en el manejo de los pacientes y evitan someterlos a procesos de por sí difíciles tanto física como afectivamente tanto para ellos como para sus familias. Idealmente la inmobilización no debe durar más del tiempo necesario para permitir que el paciente se tranquilice.

## 3.5 COMPLICACIONES

- Dentro de las situaciones frecuentes y las complicaciones que se pueden presentar durante la asistencia prehospitalaria a un paciente que se encuentre en agitación psicomotriz se pueden mencionar:
- Inaccesibilidad del lugar en donde se encuentra el paciente. Cuando éste se encierra o se encuentra ubicado en azoteas, balcones o lugares altos, es necesario adelantar un trabajo conjunto con policía, bomberos y cuerpos de socorro.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>				
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>				
	<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión</b> 1	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	<b>Página</b> 15 de 20	

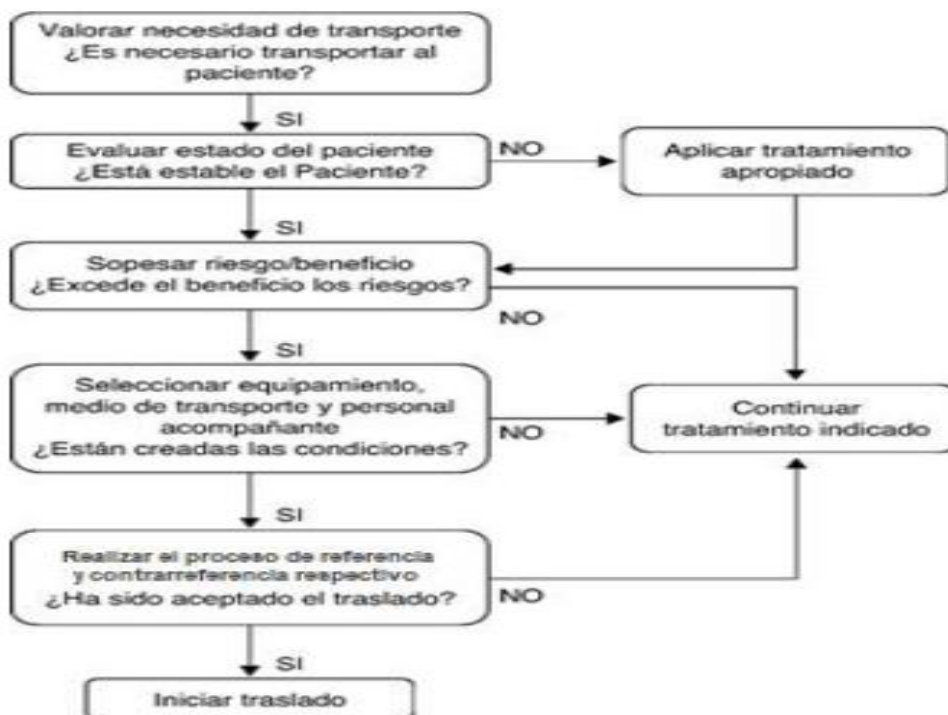
- Cuando los pacientes se encuentran armados, encerrados con elementos explosivos o tóxicos, tienen rehenes o están ejecutando una actividad delictiva, en primera estancia debe darse la intervención de la fuerza pública y el equipo de asistencia prehospitalaria sólo debe entrar a apoyar una vez se haya controlado la situación. Nunca se deben asumir conductas heroicas, pues éstas ponen en riesgo al equipo y pueden complicar aún más una situación de por sí compleja.
- Accidentes durante los procesos de inmovilización y sedación: agresiones contra los miembros del equipo de asistencia prehospitalaria por parte del paciente o lesiones provocadas al paciente durante la inmovilización y sedación se presentan cuando el procedimiento se lleva a cabo con poco rigor técnico, cuando no se cuentan con los elementos requeridos (número de personas, inmovilizadores, medicación) o cuando no se cumple con el protocolo de inmovilización y sedación.
- El uso de benzodiazepinas puede producir alteraciones clínicamente significativas de la respiración, especialmente en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y apnea del sueño, ya que la reducción de la respuesta respiratoria central a los niveles de CO<sub>2</sub> elevados puede llegar a ser mortal. Otros efectos secundarios, si bien poco frecuentes, son la hipotensión, las discrasias sanguíneas, la ictericia y las reacciones alérgicas.
- En los raros casos de depresión respiratoria secundario al uso de benzodiazepinas se debe administrar el soporte ventilatorio adecuado, pudiendo llegar a ser necesaria la intubación orotraqueal del paciente, al igual que la administración por vía intravenosa de 0.1 mg de flumazenil. Se repiten las dosis cada 6 minutos hasta llegar a 3 mg en 0.5 a 3 horas. A menudo se necesitan dosis adicionales a medida que el flumazenil desaparece y vuelve la sedación.
- La aplicación parenteral de Benzodiazepinas conlleva riesgo de hipotensión en frecuencias que van entre el 2 y el 20%; este riesgo aumenta con la dosis y velocidad de la aplicación; en pacientes con enfermedad respiratoria o intoxicados con depresores del sistema nervioso también es significativo el riesgo de depresión respiratoria, por lo cual es preferible usar haloperidol en ellos.
- Dentro de los efectos secundarios de los neurolépticos típicos de amplia utilización durante los procedimientos de sedación (Haloperidol) están los extrapiramidales, tales como las reacciones distónicas, el parkinsonismo y la acatisia. Es importante tener en cuenta que se pueden llegar a presentar tras una sola dosis del antipsicótico, por lo que es necesario registrar la vía, dosis y hora de administración.
- Menos frecuente pero de mayor gravedad es el síndrome neuroléptico maligno, el cual puede ser mortal entre el 20 a 30% de los casos. Sus signos primarios

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>			
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>			
	<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión</b> 1	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	




son la hipertermia, el aumento del tono muscular y la inestabilidad autonómica (cambios en la presión arterial y en la frecuencia cardíaca, disritmias, diaforesis, palidez y sialorrea). En los paraclínicos se encuentra aumento desmesurado de la CPK total y el paciente puede llegar a falla renal aguda por mioglobinuria. Se estima que un 0.1% de los pacientes expuestos a antipsicóticos desarrollan este síndrome. Es importante poner bajo conocimiento de la institución receptora la administración de cualquier tipo de medicación.

- La aplicación incorrecta de los inmovilizadores puede llevar a la isquemia, necrosis distal o neuropraxia en las extremidades del paciente; ante este riesgo debe implementarse la revisión periódica y frecuente (por lo menos cada 20 minutos) de los pulsos distales, llenado capilar, movilidad y sensibilidad distales.
- Las inmovilizaciones mecánicas prolongadas o realizadas en forma no técnica generan riesgo de úlceras por presión; de allí la necesidad de evaluar periódicamente el estado del paciente y de la inmovilización con miras a que la duración de la restricción sea la mínima necesaria.

#### 4. FLUJOGRAMA.





	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>			
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>			
<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión</b> 1	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	<b>Página</b> 17 de 20	

## 5. ANEXOS

No aplica

## 6. TÉRMINOS Y DEFINICIONES.



**TRASLADO:** Comienza cuando el personal de la ambulancia recibe el paciente y termina con la transferencia al personal responsable en la Institución de destino

**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**ATENCIÓN EN SALUD:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

**CONDUCTA AGRESIVA:** aunque la agresividad puede tomar diversas formas de expresión, siempre tendrá como característica más sobresaliente el deseo de herir. El agresor sabe que a su víctima no le gusta lo que está haciendo y, por lo tanto, no tiene que esperar a que el grupo evalúe su comportamiento como una violación de las normas sociales, sino que la víctima ya le está proporcionando información directa sobre las consecuencias negativas de su acción, lo cual hace que, con frecuencia, se refuercen y se mantengan esas mismas conductas. Es lo que se conoce como «agresividad hostil o emocional», y habrá que distinguirla de otro tipo de conducta agresiva que no tiene la finalidad de herir, la llamada «agresividad instrumental», que es «la que sirve de instrumento para...». Es por ello, que hay que distinguir los agresores con orientación instrumental, que suelen ser aquellos que quieren demostrar ante el grupo su superioridad y dominio, de los agresores hostiles o emocionalmente reactivos, aquellos que usan la violencia porque se sienten fácilmente provocados o porque procesan de forma errónea la información que reciben y, además, no cuentan con respuestas alternativas en su repertorio.

**ABUSO DE SUSTANCIAS:** (drogas, alcohol, sustancias químicas o sustancias psicoactivas): Grupo de términos de uso extendido, pero con varios significados. En el DSM-III-R, el “abuso de sustancias psicoactivas” se define como “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso”. Se trata



	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>			
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>			
<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión 1</b>	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	<b>Página</b> 18 de 20	<small>DEPARTAMENTO DEL META</small>

de una categoría residual, siendo de elección el término “dependencia” cuando procede. El término “abuso” se utiliza, a veces, con desaprobación para referirse a cualquier tipo de consumo, particularmente de drogas ilegales. Debido a su ambigüedad, este término no está recogido en el CIE-10 (ICD-10), excepto en el caso de las sustancias que no producen dependencia, (véase más adelante); las expresiones “consumo perjudicial” y “consumo de riesgo” («hazardous use») son equivalentes en la terminología de la OMS aunque normalmente hacen referencia sólo a los efectos sobre la salud y no a las consecuencias sociales. La Office of Substance Abuse Prevention de Estados Unidos también desaconseja el empleo del término “abuso”, aunque expresiones tales como “abuso de sustancias” siguen utilizándose de forma extendida en Norte América para referirse generalmente a los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. En otros contextos, se ha utilizado el término “abuso” para referirse a patrones de uso no autorizados o con fines no médicos, con independencia de sus consecuencias. Así pues, la definición publicada en 1969 por el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS fue “consumo excesivo, persistente o esporádico de drogas, que no es consecuente ni está relacionado con una práctica médica aceptable” (véase uso inadecuado de drogas o alcohol).

**DEPRESIÓN:** trastorno caracterizado por sentimientos extremos de tristeza, falta de autoestima y desaliento. La depresión grave se define como el afectivo o trastorno del estado de ánimo que supera los altibajos cotidianos, convirtiéndose en una seria condición médica y un importante tema preocupante de la salud.

**AGRESIVIDAD:** hostilidad, tendencia más o menos manifiesta a conductas destructivas verbales o físicas dirigidas contra personas u objetos. Podemos decir que la agresión es un comportamiento fisiológico normal que utiliza un organismo para sobrevivir en su medio ambiente. Sin embargo, en los trastornos mentales, puede ser el resultado de un estado de agitación mantenido que no se ha resuelto, la reacción emocional inadecuada ante una frustración o una reacción defensiva ante afrentas o amenazas reales o imaginarias.

**VIOLENCIA:** según la OMS, consiste en el uso deliberado o planificado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>				
	<b>ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>				
	<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión</b> 1	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	<b>Página</b> 19 de 20	

## 7. REGISTRO DE CALIDAD.

Nombre del formato	Código.	Proceso	Responsable del almacenamiento.	Tiempo de almacenamiento.	Disposición final.
Escala de riesgo de caída morse	FR-GQA-17	Referencia de pacientes	Auxiliar de ambulancias	5 años	Archivo
Referencia y contrareferencia bitácora de ambulancias	FR-RyC-07	Referencia de pacientes	Auxiliar de ambulancias	5 años	Archivo
Lista de chequeo para traslado	FR-RyC-10	Referencia de pacientes	Auxiliar de ambulancias	5 años	Archivo

## 8. NORMATIVIDAD

Resolución 3100 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud.

## 9. BIBLIOGRAFIA



Paquete instruccionales; Ministerio de protección social; Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en Salud”, Prevención de Caídas.

Guía básica de atención medica pre hospitalaria. Urgencia psiquiátrica.

Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental paquetes instruccionales guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, Ministerio de protección social.


## 10. CONTROLES

No aplica

 <p>Departamento del Meta Atención Salud Empresa Social del Estado</p>	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E “SOLUCION SALUD”</b>				 <p>DEPARTAMENTO DEL META</p>
	<b>ATENCIÓN A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</b>				
	<b>Código</b> PR-RyC-06	<b>Versión</b> 1	<b>Fecha Vigencia</b> 2021/10/27	<b>Página</b> 20 de 20	

## CONTROL DE CAMBIO

VERSIÓN No	DESCRIPCIÓN U ORIGEN DEL CAMBIO	APROBÓ	FECHA
1	Se elabora la primera versión del Procedimiento de Atención a Pacientes con problemas y trastornos en salud mental o consumo de sustancias Psicoactivas	Gerencia	2021/10/27

 100.37	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, E.S.E "SOLUCION SALUD"</b>	Versión 5	Código FR-DE-06	Página 1 de 3	 DEPARTAMENTO DEL META
	<b>RESOLUCION N° 669 DE</b> <b>"Por la cual se actualizan y se aprueban Procedimientos para el área asistencial"</b>	Fecha Vigencia 2021/08/17	Documento Controlado		

**EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META E.S.E.SOLUCION SALUD**

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas mediante Decreto No. 307 del 01 de agosto de 2003 y,

**CONSIDERANDO:**

Que la Ley 100 de 1993 ha establecido parámetros de calidad en salud, basados en características generales como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

Que el Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en su artículo 2.5.1.1.3 define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS; como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Que en atención a lo anterior, y con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente, se hace necesario actualizar y aprobar para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META "ESE SOLUCIÓN SALUD".

En mérito de lo expuesto,

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Actualizar y aprobar para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META "ESE SOLUCIÓN SALUD", lo siguiente:

 Departamento del Meta Empresa Social del Estado	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, E.S.E "SOLUCION SALUD"</b>	Versión 5	Código FR-DE-06	Página 2 de 3	 DEPARTAMENTO DEL META
	<b>RESOLUCION N° 669 DE</b> <b>"Por la cual se actualizan y se aprueban Procedimientos para el área asistencial"</b>	Fecha Vigencia 2021/08/17	Documento Controlado		
100.37					



- PR-RYC-01 REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
- PR-RYC-02 TRASLADO DE NIÑOS Y PERSONAS EN ABANDONO O SIN ACOMPAÑANTE
- PR-RYC-04 LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AMBULANCIAS DE TRASLADO ASISTENCIAL BASICO Y MEDICALIZADO DURANTE LA ATENCION A LOS CASOS SOSPECHOSOS PROBABLES O CONFIRMADOS CORONAVIRUS COVID-19
- PR-RYC-05 OPERACIÓN Y MANEJO DE URGENCIAS EN AMBULANCIAS
- PR-RYC-06 ATENCION A PACIENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS EN SALUD MENTAL O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

**ARTICULO SEGUNDO,** Lo anteriormente descrito, será de obligatorio cumplimiento para la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META "ESE SOLUCIÓN SALUD"**.

**ARTÍCULO TERCERO.** La documentación de la presente Resolución será socializada, a todo el personal de Los centros de atención de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META "ESE SOLUCIÓN SALUD"**, a través de la subgerencia asistencial.

**ARTICULO CUARTO.** La publicación de lo anteriormente descrito, estará a cargo del profesional de Calidad, el cual será publicado en la página web de la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E SOLUCION SALUD.

**ARTÍCULO QUINTO:** La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga parcialmente la resolución 516 del 03/09/2020 en lo que respecta a PR-RYC-01 Referencia y contrareferencia y PR-RYC-05 Operación y manejo de urgencias en ambulancias, y la resolución 251 del 30/04/20 en lo que respecta a limpieza y desinfección de ambulancias durante la atención a los casos sospechosos, probables o confirmados coronavirus covid-19 pr-ryc-04, y la resolución 046 del 31/01/2018 en lo que respecta a Traslado de niños y personas en abandono o sin acompañante PR-RYC-02, y la resolución 120 del 13/03/18 en

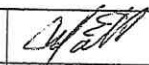

 Departamento del Meta Empresa Social del Estado 100.37	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META, E.S.E "SOLUCION SALUD"</b>	Versión 5	Código FR-DE-06	Página 3 de 3	 DEPARTAMENTO DEL META
	<b>RESOLUCION N° 669 DE</b> <b>"Por la cual se actualizan y se aprueban Procedimientos para el área asistencial"</b>	Fecha Vigencia 2021/08/17	Documento Controlado		

lo que respecta a Transporte asistencial en la modalidad ofertada 'R-RYC-03, y deroga todas aquellas que le sean contrarias.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Villavicencio, **12** OCT 2021

**JUAN JOSE MUÑOZ ROBAYO**  
Gerente

Elaboró:	Cargo: Profesional calidad	Martha E. Amaya	
Revisó:	Jefe del Área: Subgerente asistencial	Zenidia Sanabria Vega	
Vo.Bo. Componentes jurídicos	Jefe Oficina Asesora Jurídica	Lyda Susana Gutiérrez Muñoz	