



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 79 - 2018-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 07 de Octubre de 2018

Visto; la Nota Informativa N° 127-2018-OESA-HVLH/MINSA, emitida por el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental y la Nota Informativa N° 116-2018-OEPE/HVLH, emitida por el Director de la Oficina Ejecutiva Planeamiento Estratégico del Hospital Víctor Larco Herrera;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el artículo 37° de la Ley N° 26842, Ley General de la Salud; los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos;

Que, el artículo 5° en sus numerales a) y b) del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y funciones del Ministerio de Salud, establecen que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, entre otros;

Que, el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, establece los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre ellos, el inciso d) mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia;

Que, de acuerdo al artículo 16° del precitado Reglamento, establece que la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental es la encargada de la asistencia técnica y de ejecutar acciones relacionadas a la vigilancia en salud pública, análisis de la situación de salud hospitalaria, salud ambiental e investigación epidemiológica, depende de la Dirección General del Hospital, tiene asignados objetivos funcionales, siendo uno de ellos, literal d): Proponer, ejecutar y evaluar la vigilancia epidemiológica para daños que ocurren en el nivel intra hospitalario así como recomendar las estrategias de intervención;

Que, con la finalidad de contribuir a la vigilancia sanitaria de los problemas priorizados en salud mental, generando información epidemiológica oportuna; mediante el documento de Visto, el Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, remite a la Dirección General, el Proyecto de Plan de Vigilancia Centinela de Problemas de la Salud Mental Priorizados 2018, del Hospital "Víctor Larco Herrera", para su aprobación a través del correspondiente acto de administración;



Que, mediante Nota Informativa N° 116-2018-OEPE/HVLH, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, ha emitido opinión favorable, por lo que resulta pertinente proceder a su aprobación con el correspondiente acto resolutivo;

Con el visto bueno del Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Víctor Larco Herrera";y,

De conformidad con lo previsto en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA

SE RESUELVE:

Artículo 1º. Aprobar el Documento Técnico denominado: "PLAN DE VIGILANCIA, CENTINELA DE PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL PRIORIZADOS EN EL HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA 2018", cuyo texto a folios diecinueve (19), incluidos (6) anexos, forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2º. El Plan aprobado en el artículo precedente, es de obligatorio cumplimiento por todas las dependencias asistenciales y administrativas del Hospital "Víctor Larco Herrera".

Artículo 3º. Disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital "Víctor Larco Herrera" (www.larcoherrera.gob.pe).

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

.....
Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693

EMRC/MYRV/

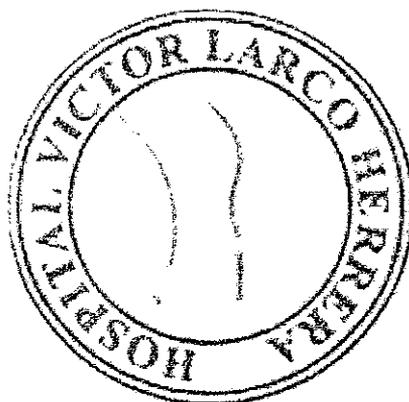
Distribución:

- Oficina de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Unidades Orgánicas Interesadas
- Archivo





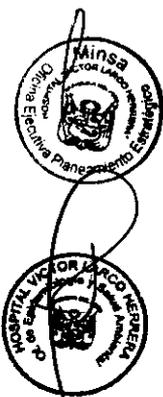
HOSPITAL NACIONAL VICTOR LARCO HERRERA
OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA



DOCUMENTO TECNICO

PLAN DE VIGILANCIA CENTINELA DE PROBLEMAS DE LA
SALUD MENTAL PRIORIZADOS EN EL HOSPITAL VICTOR
LARCO HERRERA

2018





DOCUMENTO TÉCNICO ELABORADO POR:

OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA





INDICE

1. Introducción	1
2. Finalidad	1
3. Objetivo General	1
4. Ámbito de Aplicación	2
5. Base legal	2
6. Disposiciones Generales	2
7. Disposiciones Específicas	5
8. Responsabilidades	8
9. Anexos	9
10. Bibliografía	16



PLAN DE VIGILANCIA CENTINELA DE PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL PRIORIZADOS EN EL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

I. INTRODUCCIÓN

Con la nueva reforma de salud se prioriza la salud mental con enfoque comunitario en un trabajo multidisciplinario e intersectorial, en el cual no sólo se basa en dar un tratamiento a la persona que acude al establecimiento de salud sino que también en realizar un adecuado seguimiento de caso y trabajo a nivel familiar para que de esta manera se pueda mejorar su soporte socio familiar y su salud mental.

La salud mental tiene repercusiones en las condiciones de vida de las personas ya que no les permite desarrollar su potencial intelectual y emocional. Además, es un factor que contribuye a la prosperidad de la sociedad.

Al respecto, se debe tener presente que la falta de atención de los problemas de salud mental puede generar consecuencias adversas en la capacidad económica y productiva de quienes los presentan y de sus familias. Por estas razones es evidente que la salud mental produce un impacto en los esfuerzos de la lucha contra la pobreza y es un elemento importante para el desarrollo.

En el Perú, el abordaje de la salud mental con enfoque comunitario ha generado la necesidad de fortalecer las acciones intersectoriales e intergubernamentales para la ejecución de las intervenciones y el logro de los resultados.

En este marco, el Ministerio de Salud realizará la vigilancia de salud mental en los establecimientos de salud a nivel nacional, a fin de recolectar, analizar, difundir y asegurar la entrega de un paquete mínimo de prestaciones de salud.

Ante ello, el Hospital Víctor Larco Herrera se suma como establecimiento centinela para cumplir los objetivos trazados en los lineamientos normativos vigentes.

II. FINALIDAD

Contribuir a la vigilancia sanitaria de los problemas priorizados en salud mental, generando información epidemiológica oportuna en el Hospital Víctor Larco Herrera.

III. OBJETIVO GENERAL

Establecer las pautas para la implementación y sostenibilidad de la vigilancia de salud mental.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

OE1: Implementar las pautas para la vigilancia centinela en el servicio de Emergencia.





IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan es de alcance al Departamento de Emergencia, asimismo a los servicios de Salud Mental Comunitaria, Psicología, Enfermería, Trabajo Social y a las oficinas de Epidemiología y Salud Ambiental, y Estadística e Informática del Hospital Víctor Larco Herrera.

V. BASE LEGAL

- Ley N°26842, Ley general de Salud
- Ley N°29733, Ley de Protección de Datos Personales
- Ley N°29889, Ley que modificó el artículo 11 de la ley N°26842
- Decreto Supremo N°003-2013-JUS, que aprobó el Reglamento de la Ley N°29733, ley de protección de datos personales
- Decreto Supremo N° 033-2015 que aprobó el Reglamento de la ley N°29889 Ley que modifica el artículo 11 de la ley N°24842. Ley general de Salud y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental
- Resolución Ministerial N°496-2016/MINSA que aprueba la directiva Sanitaria N°071-MINSA/CDC-V.01 "Directiva sanitaria para la Vigilancia de Problemas de la Salud Mental Priorizados en establecimientos de salud centinela y mediante encuesta poblacional"
- Resolución Ministerial N° 506-2012/MINSA que aprobó la Directiva Sanitaria N°046-MINSA/DGE v.01 que establece la Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública.
- Resolución Ministerial N° 943-2006/MINSA que aprobó el documento técnico "Plan Nacional de Salud Mental"

VI. DISPOSICIONES GENERALES

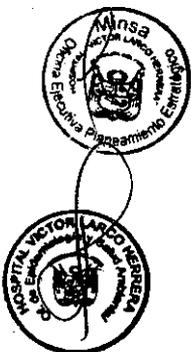
6.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

• SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL PERÚ

En nuestros días se reconoce que la mayoría de los trastornos mentales pueden controlarse, tratarse y, en muchos casos, prevenirse.

De acuerdo con la información existente, se evidencia que más de un tercio de la población (37,3%), tanto en Lima como en las ciudades de la sierra, tuvo alguna vez en su vida algún trastorno mental. (1)

La quinta parte de la población de Lima (19%) y la sexta parte de la población de la sierra (17%) ha sufrido un episodio de depresión en algún momento de su vida. Algo más frecuente resultan los trastornos de ansiedad, que llegaron a afectar a la cuarta parte de la población de Lima (25.3%) y a más de la quinta parte de la población de la sierra (21.1%) en algún momento de su vida. En cuanto a los trastornos psicóticos, su frecuencia alcanza al 1% de la población de Lima y 0.3% en las ciudades de la sierra. En cambio, el trastorno de estrés postraumático fue significativamente más frecuente en las ciudades de la sierra (12,8%). En todos los casos, la prevalencia de estos trastornos es mayor en las mujeres que en los varones. De conformidad con el MINSA, los trastornos mentales y del





comportamiento, y en particular la depresión, constituyen la primera causa de enfermedad en el país, y son responsables de la pérdida de casi un millón de años de vida saludables.(2)

Al respecto, debe señalarse que la depresión es el diagnóstico clínico más frecuente asociado al suicidio (39.4% de los casos). Asimismo, cabe indicar que el suicidio se ubica en el cuarto lugar de las causas de muerte violenta en Lima, siendo más frecuente en hombres, en una relación de 2 a 1, respecto a las mujeres.(3)

En conclusión, se evidencia en el país un aumento sostenido de los trastornos mentales y del comportamiento, así como de los problemas de carácter psicosocial. Estos incrementos van de la mano con las actuales tendencias de la transición demográfica y los procesos de desarrollo económico, tecnológico y urbano, así como con la inequidad que muchas veces acompaña a dichos procesos y su consecuente impacto negativo en el goce de los derechos.

Es necesario resaltar la importancia de contar con mayor información y más investigaciones que permitan dar seguimiento a la evolución de la epidemiología de los problemas de salud mental en los ámbitos nacional y regional y no solo respecto a este ámbito sino al seguimiento adecuado del caso sino también trabajar con la familia y así lograr un mejor soporte socio familiar, mayor adherencia al tratamiento y mejora de la salud mental.

Por tanto, desde la perspectiva de la salud pública, se requiere formular políticas encaminadas a mejorar la salud mental de la población; a asegurar el acceso sin discriminación a servicios adecuados y eficaces en salud mental; y a garantizar el respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales internadas en establecimientos de salud. Del mismo modo, las políticas en salud mental deben estar orientadas a evaluar y supervisar la salud mental de las comunidades, en particular de la población más vulnerable; apoyar la estabilidad familiar, la cohesión social y el desarrollo humano; impulsar la investigación de las causas de los trastornos mentales y del comportamiento, el desarrollo de tratamientos eficaces y la supervisión y evaluación de los servicios de salud mental.

• EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

Presencia en las últimas dos semanas de al menos seis de los síntomas que se indican a continuación. 1. Animo deprimido mayor parte del día y casi todos los días. 2. Pérdida de energía. 3. Pérdida de interés en las cosas que antes les gustaba. 4. Pérdida de confianza. 5. Culpabilidad. 6. Conducta Suicida. 7 Dificultad para concentrarse. 8. Retardo o agitación psicomotriz. 9. Problemas del sueño. 10. Alteración del apetito. Deben estar presentes al menos dos de los primeros tres síntomas antes mencionados. Si el caso corresponde a un niño o adolescente puede considerarse a la irritabilidad como equivalente a ánimo deprimido.





El diagnóstico debe haber sido realizado por un médico psiquiatra.

• EPISODIO DEPRESIVO GRAVE

La presencia en las últimas dos semanas de al menos ocho de los siguientes síntomas 1. Animo deprimido mayor parte del día y casi todos los días. 2. Pérdida de energía. 3. Pérdida de interés en las cosas que antes les gustaba. 4. Pérdida de confianza. 5. Culpabilidad. 6. Conducta Suicida. 7 Dificultad para concentrarse. 8. Retardo o agitación psicomotriz. 9. Problemas del sueño. 10. Alteración del apetito. Deben estar presentes obligatoriamente los primeros tres síntomas antes mencionados, además de una clara evidencia de deterioro en el aspecto social, laboral u otras áreas importante del funcionamiento. Si el caso corresponde a un niño o adolescente puede considerarse la irritabilidad como un equivalente a ánimo deprimido. El diagnóstico debe haber sido realizado por un médico psiquiatra.

• INTENTO SUICIDIO

Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método. El diagnóstico debe haber sido realizado por un médico psiquiatra.

• PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

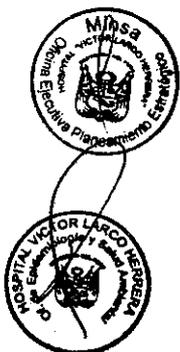
Aparición abrupta por primera vez en la vida de un episodio de síntomas psicóticos caracterizado por la presencia de síntomas positivos (delusiones, alucinaciones, conducta desorganizada) y síntomas negativos (apatía, abulia).

Se debe descartar los casos relacionados a trastorno psicótico inducido por sustancias, o que sea relacionado a episodio maniaco o depresivo de un trastorno bipolar, o relacionado a trastorno depresivo con síntomas psicóticos. El diagnóstico debe ser realizado por un médico psiquiatra.

- Vigilancia de la salud mental en establecimientos centinela
Es el proceso sistemático y continuo de recojo de información de problemas priorizados de salud mental en los establecimientos seleccionados como el nuestro, registrándose los casos mensualmente.

6.2. INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL

Se considera intervenciones en salud mental a la consulta médica de salud mental, consulta psicológica, intervención individual, intervención familiar, psicoterapia individual y visita familiar integral.



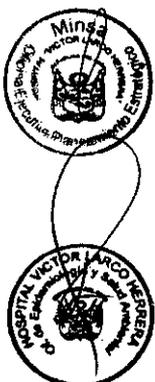


- Consulta médica de salud mental: Realizada por el médico psiquiatra en la atención de pacientes con problemas de salud mental para la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- Consulta psicológica: Realizada en el establecimiento de salud por un psicólogo que realiza la evaluación y/o diagnóstico de un paciente que presenta problema de salud mental.
- Intervención familiar: Actividad dirigida a la familia con el objetivo de sensibilizar a sus miembros y comprometerlos en la adherencia al tratamiento y en el proceso de recuperación.
- Psicoterapia individual: Es la intervención terapéutica realizada por un profesional de la salud con formación psicoterapéutica.
- Visita familiar integral: Actividad desarrollada en el domicilio del paciente, para favorecer la adherencia al tratamiento, el soporte familiar y seguimiento.

VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

7.1. VIGILANCIA CENTINELA DEL INTENTO SUICIDA

- Todo caso catalogado como intento suicida atendido en el servicio de emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera debe ser registrado con los códigos CIE 10 que corresponden a lesión autoinfligida (X60 – X84) en la historia clínica de emergencia así como el libro de emergencia.
- El Médico responsable de la atención, con ayuda del médico residente, llenará el anexo 1. Ésta deberá estar firmada y sellada por el Médico Psiquiatra o Jefe de Guardia, así mismo se adjuntará a la Historia Clínica el formato original y se quedará una copia para el Servicio de Salud Mental Comunitaria y otra para la OESA en custodia.
- Diariamente, el servicio de Salud Mental Comunitaria recogerá las fichas del Departamento de Emergencia.
- Los pacientes, luego de su tratamiento en el Servicio de Emergencia, serán referidos al Servicio de Consulta Externa para realizar el seguimiento de caso a cargo del Médico Residente, el cual deberá estar supervisado por un Médico Psiquiatra. Así mismo, el médico de consulta externa que atienda estos pacientes deberá continuar con la ejecución del paquete mínimo de salud mental.
- El personal del servicio de epidemiología será responsable de ingresar mensualmente los datos a través del aplicativo informativo online del portal del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. <http://www.dqe.gob.pe>. Así mismo será responsable





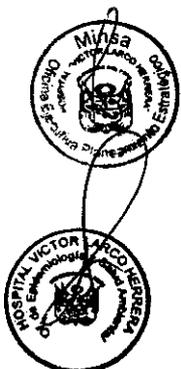
de ver la calidad de llenado de las fichas y elaborar los informes trimestrales de la vigilancia, los cuales serán socializados entre los servicios del hospital Víctor Larco Herrera.

7.2. VIGILANCIA CENTINELA DE LOS EPISODIOS DEPRESIVOS MODERADOS Y GRAVE

- Todo caso nuevo de episodio depresivo moderado y grave atendido en consulta externa debe ser registrado de acuerdo a los códigos CIE 10 en la hoja HIS, por ser hospital especializado será con códigos de 4 cifras. Teniendo así:
F32.2 episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
F32.3 episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
F32.10 episodio depresivo moderado sin síntomas somáticos.
F32.11 episodio depresivo moderado con síntomas somáticos.
- El médico psiquiatra que atienda al paciente llenará la ficha (anexo 2) original y copia, el cual debe ser adjuntado por el personal de enfermería de triaje. Una vez llenado el profesional de salud deberá firmar y sellar la ficha. Si fuese un médico residente que lo atienda, su tutor firmará la ficha o el Jefe de Consulta Externa. El formato original se adjuntará a la historia clínica y la copia deberá anexarse al formato HIS, siendo entregada al personal de enfermería de turno.
- Diariamente, el Servicio de Salud Mental Comunitaria recogerá las fichas custodiadas por el servicio de enfermería.
- Asimismo, el médico de consulta externa que atienda estos pacientes deberá continuar con la ejecución del paquete mínimo de salud mental.
- El personal del servicio de epidemiología será responsable de ingresar mensualmente los datos a través del aplicativo informativo online del portal del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. <http://www.dge.gob.pe>. Asimismo, será responsable de ver la calidad de llenado de las fichas y elaborar los informes trimestrales de la vigilancia, los cuales serán socializados entre los servicios del Hospital Víctor Larco Herrera.

7.3. VIGILANCIA CENTINELA DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

- Todo caso nuevo de primer episodio psicótico en el servicio de consulta externa u hospitalización debe ser registrado de acuerdo a la clasificación del CIE 10 y de acuerdo a su definición operacional con los códigos F23.0 al F23.8.
- En el caso de los servicios de hospitalización se coordinará con el médico residente para el adecuado llenado de la ficha, la cual se encuentra en el anexo 3, debiendo llevar el sello y la firma del médico asistente de turno en el pabellón o del jefe del pabellón de hospitalización. Al igual que en los casos anteriores, la ficha original



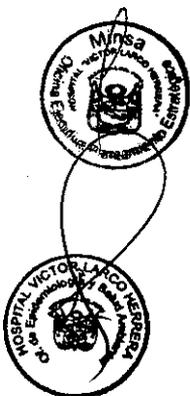


quedará en la historia clínica y una copia quedará en custodia por el servicio de enfermería de cada pabellón. El servicio de salud mental comunitaria recolectará diariamente las fichas.

- En el caso de consulta externa, el médico psiquiatra que atienda al paciente llenará la ficha anexo 3 (original y copia), el cual deberá ser adjuntada por el personal de enfermería de triaje. La ficha deberá ser firmada y sellada. Si fuese un médico residente que lo atienda su tutor firmará la ficha o el jefe de consulta externa. El formato original se adjuntará a la historia clínica y la copia deberá anexarse al formato HIS, siendo entregada al personal de enfermería de turno.
- Semanalmente, el Servicio de Salud Mental Comunitaria recogerá las fichas custodiadas por el servicio de enfermería.
- Así mismo, el médico de consulta externa que atienda a estos pacientes deberá continuar con la ejecución del paquete mínimo de salud mental.
- El personal del servicio de epidemiología será responsable de ingresar mensualmente los datos a través del aplicativo informativo online del portal del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. <http://www.dge.gob.pe>. Así mismo será responsable de ver la calidad de llenado de las fichas y elaborar los informes trimestrales de la vigilancia, los cuales serán socializados entre los servicios del Hospital Víctor Larco Herrera.

7.4. PAQUETES DE ATENCIÓN

- Paquete mínimo de intervención en persona tratada con intento suicida.
El mínimo de intervenciones que debe recibir una persona con intento suicida a los tres meses de haberse producido el intento o de haberse captado el caso. comprende 02 consultas médicas de salud mental, 01 consulta psicológica, 02 psicoterapias individuales y 01 intervención familiar.
- Paquete mínimo de intervención en persona tratada con episodio depresivo moderado y grave.
El número de intervenciones mínima que debe recibir una persona con depresión moderada, grave a los seis meses comprende: 04 consultas médicas de salud mental, 06 psicoterapias individuales, 02 intervenciones familiares, 02 visitas domiciliarias.
- Paquete mínimo de intervención en persona tratada por primer episodio psicótico.
El mínimo de intervenciones que debe recibir una persona tratada por primer episodio psicótico a los seis meses de haberse realizado el diagnóstico comprende: 03 consultas médicas de salud mental, 02 consultas psicológicas, 03 psicoterapias individuales, 02 intervenciones familiares y 01 visita familiar integral.





La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental se encargará de coordinar la consulta médica y psicológica del paciente en consulta externa además de la intervención y visita familiar a cargo de servicio social.- Este paquete será implementado en coordinación con servicio social, psicología, médicos de consulta externa, el próximo año.

7.5. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Tareas	Recursos Humanos / Insumos / Equipamiento	OE1 Implementar las pautas para la vigilancia centinela en los servicios de emergencia		
		Presupuesto		
		CANTIDAD	PRECIO UNIDAD (S/.)	Total del Plan (S/.)
Impresión de Plan para difusión	Cinco juegos	5	3.00	15.00
Copias de flujograma de atención de vigilancia	Para servicios	10	1.00	10.00
Copias de fichas de tamizaje, anexos 1,2,3 autocopiables	Para hospitalización, emergencia y consulta externa	8000	0.1	800
SUB TOTAL OE1				825.00

Total del presupuesto:

Sub total del OE1	S/. 825.00
TOTAL	S/. 825.00

7.6. NOTIFICACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

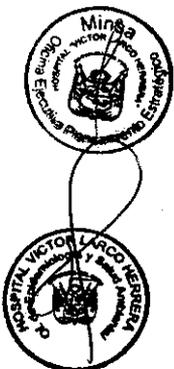
La Notificación, monitoreo y evaluación del Plan, estará a cargo de la oficina de epidemiología y Departamento de Emergencia, según los indicadores planteados en el anexo 4.

7.7. ACTIVIDADES

Las actividades están detalladas en el anexo 5.

VIII. RESPONSABILIDADES

La responsabilidad de la implementación del Plan estará a cargo de la Dirección General y el Departamento de Emergencia, asimismo, a los servicios de Salud Mental Comunitaria, Psicología, Enfermería, Trabajo Social y a las oficinas de Epidemiología y Salud Ambiental y Estadística e Informática del Hospital Víctor Larco Herrera.





Código Único de Píe: _____ Fecha de indicación: _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

RED/OSAD/OPRESA/GH/ESA: _____ Estado: (Medicina de Salud) _____

Nivel de atención: _____ Fecha de atención: _____

II. DATOS DEL PACIENTE

1. APELLIDO PATERNO: _____ 2. N°H Clínica: _____

3. APELLIDO MATERNO: _____ 4. NOMBRES: _____

5. Fecha de nacimiento: _____ 6. N° DN: _____

7. Dirección Actual: _____ 8. Departamento: _____

9. Provincia: _____ 10. Distrito: _____ 11. Edad: _____ 12. Sexo: M F 13. Seguro de salud: SI () NO () 14. Tipo de Seguro: _____

15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas? Padres: Madre: Padre: Abandono Social: Otros: Especificar: _____

16. Grado de instrucción: Sin instrucción: Primaria: Secundaria: Superior: Técnica: 17. Ocupación: _____

18. Casado: SI () NO () Estado Civil: _____ 19. Empresa: SI () NO () 20. Formas Participa: _____

III. DATOS DEL EVENTO

1. Criterios diagnósticos

Animo deprimido la mayor parte del día cada día los días: () Persistente o intermitente: () Menor grado del funcionamiento personal, social y laboral: ()

Pérdida de interés en las actividades antes y usuales: () Pensamientos de muerte: () Intento suicida: ()

2. DIAGNÓSTICO

EO moderado a severo (F32.1) () ETO a moderado a severo (F32.1) ()

EO grave a síntomas psicóticos (F32.2) () ETO grave a síntomas psicóticos (F32.2) ()

IV. CONDICIONES DE RIESGO:

1. Comorbilidad: Enfermedad cardiovascular: () Arterioesclerosis: () Hipertensión: () DM2: () TBC: () Trastorno Neurológico: () Cáncer: ()

Trastorno Emocional: () Esquizofrenia: () Trastorno Mental: () Esquizofrenia: ()

2. Antecedentes familiares:

Con Trastornos Depresivos: () Con Trastornos Mentales: () Esquizofrenia: ()

3. Estrésores Sociales:

Período de duelo: () Viudez: () Escuela: () Laboral: () Familia: () Embarazo: () Falsa: () Materna: () Sexual: () Negligencia: ()

V. SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 6 MESES

1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA

1.1. Cumple con el tratamiento indicado: SI () NO ()

1.2. Cumplimiento del tratamiento farmacológico: Regular () Irregular () Abandono ()

1.3. Número de sesiones por tipo de intervención: Consulta médica: () Intervención individual: () Intervención familiar: () Psicoterapia individual: () Consulta psicoterapia: () Visita familiar integral: ()

1.4. ¿Completó número máximo de sesiones indicadas por personal de salud? SI () NO ()

2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS

2.1. Realiza actividades Personales familiares: Totalmente Parcialmente

2.2. Realiza actividades laborales: Totalmente Parcialmente

2.3. Realiza actividades sociales: Totalmente Parcialmente

3. EVOLUCIÓN: Favorable: () Desfavorable: () Alta: () Abandono: ()

Período de seguimiento: _____

4. CONDUCTA SUICIDA Intento suicida: No () SI ()

Intento suicida: No () SI ()

N° de veces: _____ Fecha del último intento: _____

SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 2 AÑOS

1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA

1.1. Cumple con el tratamiento indicado: SI () NO ()

1.2. Cumplimiento del tratamiento farmacológico: Regular () Irregular () Abandono ()

1.3. Número de sesiones por tipo de intervención: Consulta médica: () Intervención individual: () Intervención familiar: () Psicoterapia individual: () Consulta psicoterapia: () Visita familiar integral: ()

1.4. ¿Completó número máximo de sesiones indicadas por personal de salud? SI () NO ()

2. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS

2.1. Realiza actividades Personales familiares: Totalmente Parcialmente

2.2. Realiza actividades laborales: Totalmente Parcialmente

2.3. Realiza actividades sociales: Totalmente Parcialmente

3. EVOLUCIÓN: Favorable: () Desfavorable: () Alta: () Abandono: ()

Período de seguimiento: _____

4. CONDUCTA SUICIDA Intento suicida: No () SI ()

Intento suicida: No () SI ()

N° de veces: _____ Fecha del último intento: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA LA FICHA DE REGISTRO



Código único de Ficha: _____ Fecha de notificación: _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO
 REDI (S/A) DRESA (G/R/F/S/A) _____ Establecimiento de Salud: _____
 Nivel de atención: _____ Nivel de atención: _____

II. DATOS DEL PACIENTE
 1. APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ 2. N° de Casa: _____
 3. Fecha de Nacimiento: _____ 4. Sexo: Masculino Femenino Otro: _____ 5. N° de Habitación: _____
 6. N° IDH: _____
 7. Dirección Actual: _____ 8. Departamento: _____
 9. Provincia: _____ 10. Distrito: _____ 11. P.D.M.: No Sí M F O 12. Seguro social: Si No 13. Tipo de Seguro: _____
 15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas? Padres: Hermanos: Parientes: Amigos: Otros: Especificar: _____
 16. Grado de Instrucción: Sin instrucción: Primaria: Secundaria: Tercera: Superior: 17. Ocupación: _____
 18. Gestante: Si No Edad Gestacional: _____ 19. Parto: Si No Síntomas Postparto: _____

III. ANTECEDENTES
 1. Problemas psiquiátricos: Esquizofrenia: Psicosis: Depresión: Trastorno bipolar: Drogas: Sí No
 2. Antecedentes familiares con trastornos psiquiátricos o problemas psicológicos: Si No Especificar: _____
 3. Tipo de violencia: Ninguna: Físico: Sexual: Psicológico: Otro: Especificar: _____
 4. Consumo de sustancias psicoactivas: Alcohol: Tabaco: Marihuana: RPD: Otro: Especificar: _____

IV. CARACTERÍSTICAS DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO
 1. Síntomas predominantes:
 Síntomas negativos: Síntomas positivos: Psicosis atípica (delirio, alucinaciones): Conducta heterogénea (delirio e ideas):
 2. Factores desencadenantes:
 Problemas socio-familiares: Problemas por abuso de alcohol o drogas: Problemas psicológicos: Problemas económicos:
 Problemas por separación de pareja: Problemas con salud física: Otro: Especificar: _____

V. SEGUIMIENTO (a los 6 meses)
 1. Diagnóstico de Salud Mental - Continuidad:
 Esquizofrenia: Trastorno Bipolar: Trastorno de la Ansiedad: Trastorno de la Conducta: Otro: Especificar: _____
 2. Disposición Terapéutica:
 2.1. ¿Cumple con el tratamiento medicado? Si No 2.2. ¿Cómo es el cumplimiento? Regular: Irregular: Abandona:
 2.3. Número de sesiones por tipo de intervención:
 Consulta médica: Intervención psiquiátrica: Intervención familiar:
 Psicoterapia individual: Consulta psicológica: Intervención legal:
 2.4. ¿Cumple número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud? Si No

3. CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS
 Realiza actividades Personal (en 3 días): Totalmente Parcialmente
 Realiza actividades laborales: Totalmente Parcialmente
 Realiza actividades sociales: Totalmente Parcialmente

3. EVOLUCIÓN
 Favorable: Estabilizada: Desfavorable: Pérdida de seguimiento:
 RPO: Pérdida de Seguimiento:

 FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA LA FICHA DE REGISTRO





DIRECTIVA SANITARIA N°071 - MINSAL/DCC V.01
 DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA DE PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL PRIORIZADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CENTINELA Y MEDIANTE ENCUESTA POBLACIONAL

ANEXO 4: INDICADORES DE LA VIGILANCIA DE PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL PRIORIZADOS EN ESTABLECIMIENTOS CENTINELA

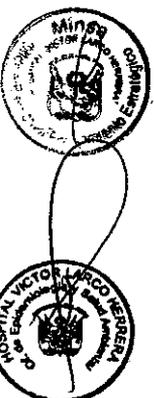
INTENTO DE SUICIDIO		CÁLCULO DEL INDICADOR
Edad promedio de la persona en el intento actual		= $\frac{\text{Suma de edades de las personas en el intento actual}}{\text{Número de personas con episodio actual de intento de suicidio}}$
Edad promedio del primer intento de suicidio		= $\frac{\text{Suma de edades de las personas al primer intento de suicidio}}{\text{Número de personas con episodio actual de intento de suicidio}}$
Número promedio de intentos en el último año		= $\frac{\text{Sumatoria del número de intentos de suicidio en el último año de cada persona}}{\text{Número de personas con episodio de intento de suicidio en el último año}}$
Porcentaje de personas que tuvieron un intento de suicidio y que consumían sustancia psicoactivas		= $\frac{\text{Número de personas que tuvieron un intento de suicidio en el último año y que consumían alguna sustancia psicoactiva}}{\text{Número total de personas que tuvieron un intento de suicidio}} \times 100\%$
Porcentaje de personas que tuvieron un intento de suicidio en el último año que sufrían violencia (Familiar, laboral, escolar)		= $\frac{\text{Número de personas que tuvieron un intento de suicidio en el último año que sufrían violencia}}{\text{Número total de personas que tuvieron un intento de suicidio}} \times 100\%$
Porcentaje de mujeres que tuvieron un intento de suicidio en el último año durante gestación, parto o postparto		= $\frac{\text{Número de mujeres que tuvieron un intento de suicidio en el último año durante gestación, parto o postparto}}{\text{Número total de mujeres que tuvieron un intento de suicidio}} \times 100\%$
Porcentaje de pacientes que recibieron el paquete mínimo de intervenciones		= $\frac{\text{Número de personas que tuvieron un intento de suicidio que recibieron el paquete mínimo de intervenciones}}{\text{Número total de personas que tuvieron un intento de suicidio}} \times 100\%$
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y GRAVE		
Porcentaje de casos con episodio depresivo moderado y grave e ideación suicida al momento del diagnóstico		= $\frac{\text{Número de casos con episodio depresivo moderado y grave e ideación suicida al momento del diagnóstico}}{\text{Número total de casos con episodio depresivo moderado y grave}} \times 100\%$





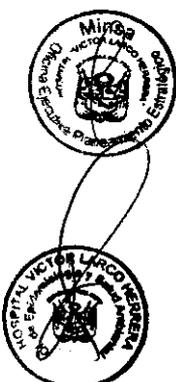
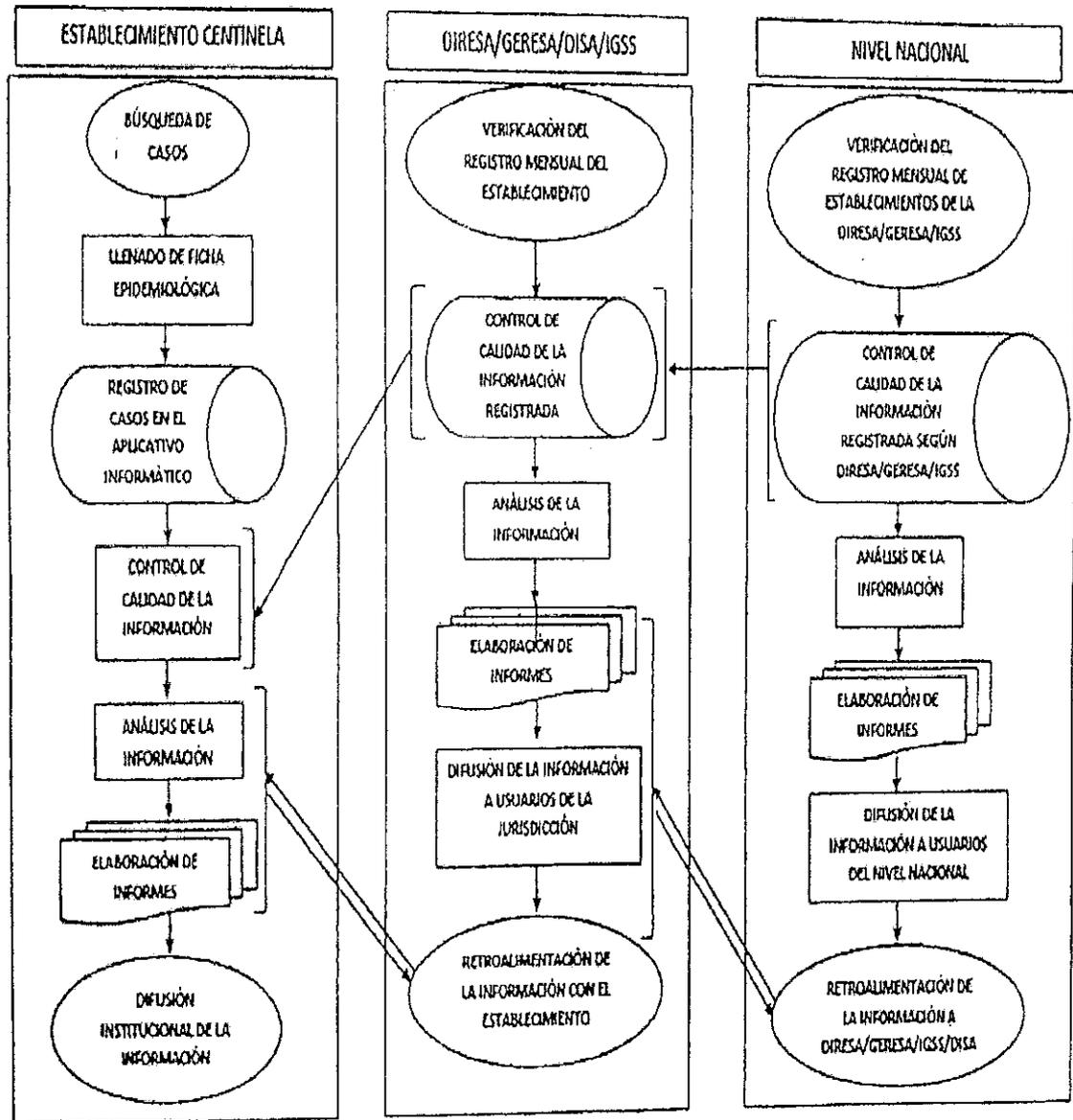
DIRECTIVA SANITARIA Nº 071 - MINSAL/DG-C.V.01
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA VIGILANCIA DE PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL PRIORIZADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CENTINELA Y MEDIANTE ENCUESTA POBLACIONAL

Porcentaje de casos con episodio depresivo moderado y grave e intento de suicidio al momento del diagnóstico	= $\frac{\text{Número de casos con episodio depresivo moderado y grave e intento de suicidio al momento del diagnóstico}}{\text{Número total de casos con episodio depresivo moderado y grave}} \times 100\%$
Porcentaje de casos con trastorno depresivo recurrente	= $\frac{\text{Porcentaje de casos con trastorno depresivo recurrente}}{\text{Número total de casos con episodio depresivo moderado y grave en tratamiento}} \times 100\%$
Porcentaje de pacientes que durante el tratamiento (seguimiento) presentaron ideación suicida	= $\frac{\text{Número de pacientes que durante el tratamiento presentaron ideación suicida}}{\text{Número total de pacientes con episodio depresivo moderado y grave}} \times 100\%$
Porcentaje de pacientes que durante el tratamiento (seguimiento) presentaron intento de suicidio.	= $\frac{\text{Número de pacientes que durante el tratamiento presentaron intento de suicidio}}{\text{Número total de pacientes con episodio depresivo moderado y grave}} \times 100\%$
Porcentaje de pacientes que completó el paquete mínimo de intervenciones	= $\frac{\text{Número de pacientes que completó el paquete mínimo de intervenciones}}{\text{Número total de pacientes con episodio depresivo moderado y grave}} \times 100\%$
PRIMER EPISODIO PSICÓTICO	
Porcentaje de pacientes con primer episodio psicótico que cumplen con el tratamiento farmacológico	= $\frac{\text{Número de pacientes que cumplen con el tratamiento farmacológico}}{\text{Número total de pacientes con primer episodio psicótico}} \times 100\%$
Porcentaje de pacientes que abandona el tratamiento farmacológico	= $\frac{\text{Número de pacientes que abandona el tratamiento farmacológico}}{\text{Número total de pacientes con primer episodio psicótico}} \times 100\%$
Porcentaje de pacientes con evolución favorable	= $\frac{\text{Número de pacientes con evolución favorable}}{\text{Número total de pacientes con primer episodio psicótico}} \times 100\%$
Porcentaje de pacientes que recibió el paquete mínimo de intervenciones	= $\frac{\text{Número de pacientes que recibió el paquete mínimo de intervenciones}}{\text{Número total de pacientes con primer episodio psicótico}} \times 100\%$





ANEXO 5: FLUJO DE LA INFORMACIÓN



ANEXO 6

ACTIVIDADES	TAREAS	FUENTE DE VERIFICACIÓN N	CRONOGRAMA (MESES)												RESPONSABLES			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
1.1 Formulación del Plan	1.1.1. Elaboración del Plan.	Proyecto	X														OEYSA	
	1.1.2. Aprobación del Plan.	Resolución Directoral	X														OEYSA	
	1.2.1 Difusión del plan de vigilancia en salud mental.	Lista de participantes	X														OEYSA	
	1.2.2 Reunión con los jefes del servicio.	Acta	X														OEYSA	
	1.2.3 Reunión con los Residentes.	Lista de participantes	X	X													OEYSA	
	1.2.4 Capacitación al personal involucrado.	Lista de participantes		X	X												OEYSA	
	1.2.5 Elaboración de protocolos de Psicoterapia y Visita Domiciliaria.	Documento		X	X												OEYSA	
	1.2.6 Impresión de fichas autocopiativas.	Fichas autocopiativas		X													OEYSA	
	1.2.7 Recolección de fichas.	Libro de cargo		X													OEYSA	
	1.2.8 Calidad de registro de las fichas.	Checklist			X												OEYSA	
1.2 implementación en emergencia.	1.2.9 Ingreso de fichas al aplicativo online.	Reporte		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	OEYSA	
	1.2.10 Elaboración de informe trimestral.	Informe		X				X									OEYSA	
	1.3.1. Seguimiento de los indicadores del plan.	Informe		X				X									OEYSA	
	1.3.2. Monitoreo de las medidas correctivas propuestas.	Informe						X									OEYSA	
	1.3.3. Evaluación de los objetivos del plan.	Informe						X									OEYSA	
	1.3 Seguimiento, monitoreo y evaluación del plan																	



X. BIBLIOGRAFIA

1. INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI. Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002. Óp. cit., y; INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO – HIDEYO NOGUCHI. Estudio Epistemológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003.
2. MINISTERIO DE SALUD. Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú - 2004. Lima, 2006.
3. MINISTERIO DE SALUD. Documento Técnico: Plan Nacional de Salud Mental. Lima, MINSA, 2006. p.17.
4. MINISTERIO DE SALUD. Plan Nacional de Salud Mental. p.17.
5. COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO Y VIDA SIN DROGAS - DEVIDA. II Encuesta Nacional de Prevención y Consumo de Drogas 2002. Óp. cit., y, COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO Y VIDA SIN DROGAS - DEVIDA. III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General de Perú 2006.

