Estudios para la Salud **16**

Hospitalización domiciliaria. Salud mental.

Fernando Megías del Rosal
Eduardo Jesús Aguilar García-Iturrospe
Francisca Silvestre Pascual

ESCUELA VALENCIANA DE
ESTUDIOS DE LA SALUD
2004

© de la presente edición: Generalitat Valenciana, 2004

© de los textos, los autores.

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. EVES

ISBN: 84-482-3935-0

Depósito Legal: V-5300-2004

Imprime: Gráficas Andrés, SL
Jerónimo Monsoríu, 39 – 46022 Valencia

PRESENTACIÓN

El sentido actual de una administración pública moderna consiste en ofertar servicios fundamentados en tres pilares básicos: eficacia (resolver los problemas de los ciudadanos con habilidad y con un nivel de éxito razonable), eficiencia (resolver los problemas y demandas sin malgastar el presupuesto público) y calidad (funcionamiento óptimo de todos los elementos del sistema que ofrece el servicio, tanto los directos como los indirectos, para que el índice de satisfacción de los ciudadanos que consumen el producto sea el máximo posible). Ésta es la filosofía en la que se basa el plan estratégico de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana, que en lo referente a Salud Mental queda plasmada en el 'Plan Directriz de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica del 2001'.

Asistimos actualmente, a nivel europeo y mundial, a una tendencia fuertemente implantada de ambulatorización de procesos hospitalarios. Se trata de algo lógico y racional, teniendo en cuenta la presión y el estrés de la sociedad actual, y el nivel de información y cultura sanitaria cada vez más elevado de los consumidores de nuestros servicios.

Por todo ello me complace presentar este libro sobre **Hospitalización Domiciliaria en Salud Mental** que, a nuestro criterio, tiene plasmados todos estos parámetros, y que está diri-

gido a un colectivo de pacientes y familiares con los que el Sistema de Salud del Estado tiene una deuda histórica. Y una vez más, quiero reiterar el compromiso firme de esta Conselleria en desarrollar procesos, estructuras y sistemas asistenciales, que den una respuesta adecuada, moderna y eficaz, a todos los pacientes y familiares que sufran alguna disfunción en su salud mental.

Disponemos en la Comunidad Valenciana de una red modélica de **Hospitalización a domicilio** que comenzó a desarrollarse en 1996, y que en la actualidad tiene una capacidad de más de 500 camas, con unos niveles de eficacia y eficiencia elevados. Era el momento de que, al igual que se incorporaron en 1994 los pacientes psiquiátricos a los Hospitales Generales de la red pública valenciana, se empezara a trabajar con procesos de Salud Mental en las Unidades de Hospitalización a Domicilio. Todo esto ha comenzado de forma modesta, pero rigurosamente estructurada, en el año 2004 en el Hospital de Sagunto. Esta experiencia, que incorpora en su diseño a dos médicos psiquiatras y a una médico documentalista experta en calidad asistencial, ha superado ya una primera fase de registro de actividad y dispone de unos buenos indicadores de calidad.

Se trata de un programa original que busca la utilización eficiente de los recursos disponibles para conseguir un beneficio social sostenible. Es un proyecto constructivo e integrador, que no sólo es compatible con los dispositivos existentes dedicados a la Salud Mental, sino que los potencia a la vez que persigue mejorar la integración entre ellos y con el resto de los agentes sanitarios y sociales. Implica además una nueva mentalidad de servicio a los ciudadanos, como es el utilizar los recursos terapéuticos actuales más adecuados en el mejor lugar posible para ellos, es decir, su domicilio. Proyecta así mismo una nueva perspectiva de trabajo para los profesionales de Sanidad, ayudando a desestigmatizar culturalmente a los pacientes psiquiátricos, a la vez que es una buena expresión actual de Salud Mental Comunitaria. Serán los pacientes y sus familiares los que juzguen finalmente las bondades del programa. Tanto ellos como los profesionales que hacen posible el desarrollo de estas iniciativas contarán siempre con nuestro decidido apoyo.

Vicente Rambla Momplet
Conseller de Sanitat

PRÓLOGO

La Escuela Valenciana de Estudios de la Salud tiene como misión ser caja de resonancia y foro de formación para todos los profesionales de sanidad de la Comunidad Valenciana. En este contexto, nos sentimos satisfechos de editar este libro de **Hospitalización Domiciliaria en Salud Mental** con el que se puede abrir una nueva línea de formación, desarrollo, o al menos de debate en el extenso y complicado campo de la Salud Mental. Como agente catalizador de la formación continuada de los profesionales sanitarios de nuestra comunidad, ésta se complace en ofrecer un material de primer orden para todos aquellos que tengan interés en el tratamiento intensivo domiciliario de los pacientes con enfermedades mentales.

Entendemos que el procedimiento con el que se ha diseñado este programa cumple las premisas de calidad que son imprescindibles hoy en día para cualquier desarrollo científico o asistencial. Este libro aporta un programa con indicadores de calidad que permitirán su evaluación continuada, y con guías y vías clínicas que facilitarán el trabajo de los profesionales que desarrollen esta importante labor. Aparece este material científico como un texto básico con una intencionalidad eminentemente práctica, que no olvida sin embargo, los imprescindibles fundamentos teóricos del programa. Es además fruto de unos profesionales y de un hospital que, como el resto, se preocupan por

dar respuestas creativas, simples y eficaces, a todo tipo de patologías, y en este caso, a las de Salud Mental.

Nuestra cultura sanitaria a nivel de Hospitalización a Domicilio es extensa, pero era quizás la Salud Mental la guinda que faltaba. Este libro representa un paso fundamental para subsanar este déficit ya que supone una ampliación de la cartera de servicios de las Unidades de Hospitalización a Domicilio mediante la incorporación a la misma de las enfermedades mentales.

Se trata de un texto claro, valiente y directo, tanto más al ser pionero en este campo a nivel nacional. La EVES se congratula de dar acogida a iniciativas como ésta, que expresan cómo la inquietud científica y la actividad asistencial pueden y deben ir parejas, y que la Comunidad Valenciana está viva y presente en las modalidades más avanzadas de la prestación asistencial pública. Se trata pues de un iniciativa científica de gran interés y así lo hemos entendido en la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud. Desde aquí le hemos prestado nuestro más decidido apoyo y en esa línea trabajamos ya para el futuro, con el fin de profundizar en lo que entendemos como un proyecto clave para la Psiquiatría de la Comunidad Valenciana.

Rafael Peset Pérez.
Director General de la Escuela Valenciana
de Estudios de la Salud.

Índice

Presentación 3

Prólogo 5

Hospitalización Domiciliaria. Salud Mental 9

1. Introducción 11
2. Bases conceptuales del proyecto 13
3. Población diana 14
4. Proceso: Hospitalización Domiciliaria 14
5. Cartera de servicios 16
6. Critarios de inclusión 17
7. Criterios de exclusión 18
8. Medios necesarios 18
9. Evaluación del proceso 19
10. Descripción, algoritmos y diagramas de flujo del proceso asistencial 23
11. Propuesta de historia clínica electrónica (HCE) 28
12. Escenario de proyección de actividad 35
13. Plan de trabajo 38

Vías y Guías Clínicas 39

- Introducción 41
- Episodios de agitación psicomotriz 43
  - Introducción 43
  - Evidencias científicas como base de las pautas descritas 44
  - Agitación psicomotriz y agentes biológicos 46
  - Conducta a seguir por parte del cuidador 47
  - Conducta a seguir por parte del profesional que atiende la urgencia 47
  - Pautas terapéuticas 47
- Conductas suicidas 59
  - Evidencias científicas sobre el suicidio 59
  - Suicidio y atención domiciliaria 61
  - Pauta a seguir ante conducta suicida 62

Reacciones adversas a la medicación 69
Concepto 69
Prevención de los efectos adversos 69
Clasificación de los efectos secundarios 70
Interacciones farmacológicas 81
Línea de actuación de cuidadores y familias en HDM 88
Introducción 88
Actuación sobre el cuidador 89
Actuación sobre el sistema familiar 100
Reflexiones finales sobre la intervención en familias y cuidadores 105

Anexos 109
I. Diagnósticos psiquiátricos 111
II. Miniexamen cognoscitivo - MEC 113
III. Escala de riesgo suicida de Plutchik 114
IV. Escala de riesgo de violencia de Plutchik 115
V. Impresión clínica global (ICG) 116
VI. Inventario de discapacidad de Sheehan modificado 117
VII. Índice de Barthel. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) 118
VIII. Escala de valoración sociofamiliar de Gijón modificada 119
IX. Escala de satisfacción del programa de Hospitalización Domiciliaria en salud Mental (HDM) 120
X. CMBDHDM. Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalización Domiciliaria Mental 124
XI. CMBDHDM. 125
XII. . 126
XII. . 127

Bibliografía 129

Hospitalización Domiciliaria.
Salud mental

1. INTRODUCCIÓN

La evolución actual de los sistemas de salud conlleva el desarrollo de nuevas fórmulas asistenciales como alternativas a la hospitalización tradicional que en el caso de la Psiquiatría incluyen los recursos intermedios que recoge el Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana (hospitales de día, unidades de media estancia y dispositivos sociosanitarios), la Telepsiquiatría y la hospitalización a domicilio.

Las Unidades de Hospitalización Domiciliaria (UHD) se concibieron integradas en los hospitales generales del Servicio Valenciano de Salud y se desarrollaron a partir de la orden del 26 de Mayo de 1995 de la Conselleria de Sanitat (DOGV número 2527 del 12/06/95). Aún así, en 1994 existían ya 7 unidades de hospitalización a domicilio que han ido creciendo hasta las 22 de la actualidad. Al igual que los años 70-80 vivieron la integración de las unidades de Psiquiatría en la estructura del hospital general, ha llegado el momento de integrar la hospitalización domiciliaria en salud mental (HDM) a la hospitalización domiciliaria.

La atención al enfermo mental se basa en un modelo sociosanitario en el que las familias son el elemento rehabilitador por excelencia. Los primeros estudios específicos en tratamiento domiciliario de pacientes psicóticos parecen confirmar la importancia del apoyo familiar en la eficacia del programa[1]. Debemos por ello ser capaces de integrarlas en nuestro proyecto terapéutico a la vez que les ayudamos a disminuir su carga.

La desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos en los años 70-80 supuso una notable mejora en la calidad de la asistencia que se les presta a los enfermos mentales. A pesar de ello, esta reforma psiquiátrica no ha estado exenta de dificultades, fundamentalmente en lo referente a la falta de recursos intermedios y sobrecarga del sistema familiar. El problema tiene alcance internacional y España no ha sido una excepción[2].

Varios países, fundamentalmente los anglosajones[3], han desarrollado estrategias de atención domiciliaria e intervención en crisis, basándose fundamentalmente en el pionero estudio del grupo de Leonard Stein en Madison (Wisconsin, USA)[4]. El desarrollo de estos programas, habitualmente clasificados como *'Home treatment and crisis resolution teams'* o como *'Assertive Community Treatment'* (ACT), no ha sido sin embargo homogéneo en estos países[5], tanto en sus infraestructuras como en la cartera de servicios ofrecida. Más aún, la eficiencia de estos modelos no ha sido suficientemente aclarada y quedan muchas dudas sobre los componentes esenciales del programa y su funcionalidad[6]. En general, los grupos británicos han tendido a crear

recursos de corta estancia con un marcado enfoque social[7] y una irregular aceptación del modelo de intervención en crisis, mientras que los australianos han desarrollado más uniformemente el modelo de intervención en crisis que implica que estos equipos valoran todas las urgencias psiquiátricas y deciden el tipo de ingreso (tradicional o domiciliario). Estos equipos se ubican en el propio hospital pero realizan todas las intervenciones a nivel domiciliario[8]. En el Reino Unido ha existido un importante debate que se extiende hasta la actualidad tanto en lo referente a la filosofía implícita en el desarrollo de estos programas como en el propio nivel asistencial[9]. Un factor importante parece haber sido la falta de integración real, incluso el enfrentamiento en muchos casos, entre los distintos profesionales que un programa multidisciplinar de este tipo requiere[10]. Estas dificultades pueden aparecer incluso entre los propios psiquiatras de las distintas unidades, por lo que algunos autores han llegado a sugerir la conveniencia de que los profesionales compartan responsabilidades en los distintos recursos asistenciales[11].

A nuestro juicio, dos importantes críticas al modelo británico son la falta de implicación de los médicos de Atención Primaria[12] y la genérica exclusión de los pacientes mayores de 65 años[13]. La participación de los médicos de cabecera es crucial en lo referente a la continuidad de cuidados y la cobertura de patologías médicas. Permite además llegar a más pacientes para los cuales esta situación es más aceptable y menos estigmatizante[14]. En relación al segundo punto, no parecen existir argumentos de peso para excluir a la población geriátrica de estos programas, sino más bien al contrario. Es una población en aumento, con necesidades específicas y frecuentes deficiencias en su asistencia.

Existe un desarrollo todavía incipiente en los indicadores de calidad aplicables a este tipo de programas. La literatura científica relevante ha utilizado fundamentalmente dos indicadores: la reducción en el número de ingresos y el mantenimiento de los pacientes en el sistema. Otros indicadores habituales han sido la reducción de síntomas, la calidad de vida, las mejoras en las condiciones de vivienda, la satisfacción de los usuarios, valoraciones cualitativas y la reducción de costes[15].

Existe actualmente consenso en las potenciales bondades del tratamiento domiciliario que incluyen, entre otras, el aumento de la cartera de servicios ofrecida a los pacientes, la reducción del estigma y el trauma que se experimenta frecuentemente en los ingresos hospitalarios, el permitir que las camas hospitalarias se utilicen específicamente para aquellos pacientes que necesitan mayores niveles de supervisión y, por último, el dar la oportunidad a los pacientes para que desarrollen estrategias de afrontamiento en su propio ambiente[16]. Una revisión de la literatura disponible permite concluir que estos programas suponen una alternativa realista a la hospitalización clásica, son mejor aceptados por pacientes y familiares, parecen tan eficaces en el control de los síntomas y podrían ser incluso más baratos[16]. Si bien algunos grupos han iniciado programas pioneros de ACT en nuestro país, sólo un grupo catalán ha publicado sus experiencias en un programa de gestión de casos clínica[17] y sus datos preliminares son positivos.

Si bien es lógico pensar que podría existir un mayor riesgo de conductas suicidas, la literatura disponible no sostiene esta hipótesis[18]. El proyecto actual incluirá vías clínicas para minimizar esta posibilidad que inevitablemente ocurrirá al igual que acontece en otros recursos (ver anexos). También

es preciso señalar que algunos pacientes seguirán prefiriendo, o requerirán ya dentro del programa, el ingreso tradicional, y ello no debe ser considerado un fracaso en modo alguno. Previsiblemente, las razones más comunes para interrumpir la hospitalización domiciliaria y proceder al ingreso en la sala serán el riesgo para uno mismo o terceros[19].

Algunos autores han señalado otros inconvenientes tales como que la mejoría no tiene por qué ser más rápida en el tratamiento domiciliario[20] y que el tratamiento domiciliario puede también resultar *per se* estigmatizante[14] o contraproducente en ciertos casos si no se desarrolla adecuadamente[21, 22]. La bibliografía disponible actualmente tampoco parece apoyar otros temores expresados por distintos autores tales como la no sostenibilidad de estos programas más allá de los proyectos de investigación, el mayor riesgo de *burn-out* de los profesionales implicados y la posibilidad de que la continuidad de cuidados pudiera verse afectada[16].

Las investigaciones futuras deberán aclarar distintos aspectos entre los cuales podemos añadir a los ya citados, los criterios de inclusión y exclusión más apropiados (no sólo para el programa domiciliario sino para los posibles ingresos en la sala de Psiquiatría una vez dentro del programa), la relación coste/beneficio de las distintas alternativas, y los efectos sobre la carga familiar, la demanda de dispositivos sociosanitarios y sobre el resto de la comunidad. Para ello, la investigación cualitativa centrada en todos los profesionales y clientes resultará tanto o más relevante que los reconocidos estudios cuantitativos con variables más objetivas.

El proyecto actual intenta responder a las necesidades e idiosincrasia de nuestro entorno. Al igual que otros programas descritos en la literatura, considera al paciente como su piedra angular y será por tanto permeable a las aportaciones que los pacientes y sus familiares vayan haciendo en el desarrollo del mismo. Pretende además desde su inicio superar dos reconocidas deficiencias en otros programas: la falta de integración con Atención Primaria y la no incorporación de la población geriátrica. Asimismo, la integración en las UHD debe permitir la sostenibilidad de los programas.

La actividad 2 de la Línea de Acción 2 (Asistencia Sanitaria) del Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana plantea fomentar las alternativas a la hospitalización tradicional. El programa de HDM que presentamos puede ser pionero en lo que a atención psiquiátrica se refiere no sólo en la Comunidad Valenciana sino también en España.

2. Bases conceptuales del proyecto

Se pretende acercar el tratamiento a aquellos pacientes que no se pueden desplazar a las unidades de referencia o en los casos que, a pesar de su gravedad, la situación óptima desde el punto de vista terapéutico incluya permanecer en su domicilio.

El objetivo es disminuir de forma progresiva el flujo de pacientes desde los Centros de Salud Mental (CSM) a las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (HP) y acortar el tiempo de ingreso en ellas.

La HP quedaría de forma semiexclusiva para intervenciones en crisis y para episodios psicóticos que supongan riesgo para la integridad del paciente o de sus familiares y requieran un nivel de control y contención externa alto.

El proyecto supone prestar al paciente una asistencia individualizada y especializada en el mejor lugar terapéutico posible. Se pretende potenciar así mismo la integración funcional de los distintos recursos asistenciales.

Su desarrollo permitirá aumentar la cultura sobre salud mental en el contexto social próximo del paciente, mejorando la asistencia y minimizando la estigmatización del paciente psiquiátrico. Así mismo, este proyecto supondrá un mayor nivel de participación familiar en el proceso de tratamiento integral de los pacientes.

3. Población diana

Pacientes psiquiátricos del Área 3 de la Comunidad Valenciana. En esta primera fase se incluirán los pacientes pertenecientes a las poblaciones de Puzol, Sagunto y El Puig (cuyos códigos de zona son 04, 07 y 06, respectivamente). El recurso se dirige a aquellos pacientes cuya situación sobrepasa las posibilidades de atención ambulatoria (en el CSM por lo general), pero que se estima que pueden beneficiarse de la opción de evitar el ingreso hospitalario o prolongar la duración del mismo. Se incluye también aquellos pacientes ingresados en residencias geriátricas y otros dispositivos sociosanitarios que puedan desarrollarse en el área. El objetivo de gestión clínica principal de la HDM es que se ingresen en ella todos los procesos con criterios de ingreso que no requieran un control externo muy riguroso.

4. Proceso: hospitalización domiciliaria

4.1 DEFINICIÓN

Dispositivo asistencial enfocado a proporcionar en el domicilio niveles de diagnóstico y tratamiento similares a los dispensados en el hospital a través de un seguimiento intensivo protocolizado. Este servicio se prestará de forma

transitoria a pacientes psiquiátricos descompensados psicopatológicamente, supervisados por uno o varios familiares responsables. La cartera de servicios se integra con la atención domiciliaria realizada desde Atención Primaria y con los servicios de ayuda a domicilio realizados por los trabajadores sociales y voluntariado.

Dadas las características específicas de la Salud Mental, cuyos procedimientos no requieren habitualmente recursos de alta tecnología, la utilidad de la HDM se basa en dos esquemas asistenciales:

– Evitar ingresos y favorecer altas tempranas: proporcionar en el domicilio cuidados propios del hospital a pacientes agudos o subagudos como sustituto de la estancia en un hospital de agudos.

– Función de soporte sobre los equipos del CSM y Atención Primaria: complementar la atención de estos equipos en los casos complejos o en la gestión de los mismos. Incluye aquellos pacientes difíciles de controlar que desbordan coyunturalmente los dispositivos ambulatorios.

DEFINICIÓN OPERATIVA: asistencia domiciliaria a pacientes con discapacidad física/psíquica y para los que el mejor lugar de tratamiento es el domicilio.

4.2 LÍMITES DEL PROCESO

Límite inicial: recepción de las propuestas de ingreso y valoración con aceptación o rechazo de las mismas.

Límite final: alta del paciente, realización del informe y envío a los destinatarios del flujo de salida.

Límite intermedio: gestión de casos.

4.3 PROPIETARIO DEL PROCESO

El propietario del proceso centrado en patologías psiquiátricas es el coordinador de salud mental.

Las responsabilidades incluyen evaluar la definición de límites y contenido del proceso, establecer medidas y objetivos de mejora, coordinarse con los responsables funcionales afectados, establecer los mecanismos de control sobre el proceso e identificar las acciones de mejora, asignar responsables y realizar el seguimiento de los planes de mejora informando periódicamente al director del hospital.

4.4 DESTINATARIOS DEL PROCESO

Son las personas que recogen los flujos de salida del proceso. El actual proceso incluye:

DESTINATARIO	SALIDA	EXPECTATIVAS
Pacientes	– Asistencia – Información	– Tratamiento – Traslados – Satisfacción
Familiares	– Participación activa – Información	– Satisfacción
Psiquiatra del CSM	– Tratamiento casos – Información	– Estabilización de casos – Remisión del paciente al alta
Médico de A.P.	– Tratamiento casos – Información	– Estabilización de casos – Remisión del paciente al alta
CICU	– Información	– Información
Psiquiatra de UHP	– Aceptación casos	– Disminución estancias

4.5 CALIDAD DEL PROCESO

Ver apartado correspondiente.

4.6 RECURSOS

Ver apartado correspondiente.

4.7 INDICADORES

Ver apartado correspondiente.

5. Cartera de servicios

La cartera de servicios de la hospitalización a domicilio en materia de salud mental, incluye procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se aplican sobre las siguientes patologías psiquiátricas (ver Anexo I: diagnósticos psiquiátricos):

– Trastornos depresivos.

– Hipomanías.

– Demencias y otros trastornos orgánicos cerebrales con trastornos neuropsiquiátricos.

– Psicosis de inicio.

– Trastornos psicóticos crónicos.

– Trastornos psicóticos agudos estabilizados.

– Fases maniacas estabilizadas.

– Conductas suicidas una vez superadas las complicaciones médicas y restablecido el nivel de conciencia.

– Psiquiatría de enlace.

– Enfermo terminal y tratamiento del duelo.

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS:

– Diagnósticos clínicos por psiquiatra responsable. Nuestras herramientas claves son la historia clínica y el examen del estado mental.

– Pruebas de laboratorio para el diagnóstico diferencial y control de los tratamientos psicofármacológicos.

– Excepcionalmente técnicas de Neuroimagen (TAC y RMN) y Neurofisiológicas (EEG) para el despistaje de otras patologías no psiquiátricas.

– Pruebas psicométricas:

– Screening de ciertas patologías (Mini-Examen Cognoscitivo)[23].

– Valorar situaciones de alto riesgo (Escala de riesgo de violencia de Plutchik[24] y Escala de riesgo suicida de Plutchik)[25].

– Detectar situaciones de riesgo social (Escala socio-familiar de Gijón modificada)[26], sobrecarga del cuidador[27] o incapacidad física (Índice de Barthel)[28].

– Comprobar el rendimiento de nuestras intervenciones (ICG[29], Escala de Discapacidad de Sheehan[30] modificada, Escala de Satisfacción).

PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

– Plan asistencial médico: tratamiento psicofarmacológico según guías clínicas y consejo en crisis.

– Plan asistencial de enfermería.

6. Criterios de inclusión

– Pacientes con sospecha de diagnóstico psiquiátrico referenciado en la cartera de servicios.

– Residir en el Área 3 de la Comunidad Valenciana (en la primera fase: pertenecientes a las poblaciones de Sagunto, El Puig y Puzol), incluyendo los dispositivos sociosanitarios.

– Disponer de un familiar o acompañante responsable que actúe de cuidador principal.

7. Criterios de exclusión

– Ausencia de soporte familiar adecuado.

– Trastornos de conducta grave (agitación psicomotriz, conducta violenta).

– Riesgo inminente de suicidio.

– Edad menor o igual a 16 años.

– Diagnóstico de Trastorno de la conducta alimentaria.

– Intoxicación o abstinencia a sustancias.

– Dependencia a opiáceos, cocaína o drogas de síntesis.

8. Medios necesarios

Los medios necesarios para prestar el servicio se estructuran en recursos humanos, materiales y tecnología sanitaria.

8.1 RECURSOS HUMANOS

Atención médica: psiquiatra (8h-15h). Es el responsable desde el punto de vista clínico, de personal y administrativo, ya que éste constituye el elemento más valioso para el desempeño de las funciones y el único que influye directamente en la calidad de sus productos.

Atención de enfermería: 2 DUE en turnos de 8h a 15h y de 15h a 22h.

Auxiliar de enfermería: atención telefónica, información y registro/almacenaje de información (9h-17h).

Cada uno de los profesionales dispondrá de un teléfono de contacto.

La hospitalización domiciliaria se desarrollará integrada con el Servicio de Salud Mental del área.

8.2 INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA.

Local: dispone actualmente de una mesa de despacho, una mesa pequeña con cajonera, una estantería, una línea telefónica y dos líneas para ordenador:

Material sanitario: según vías clínicas (ver capítulo correspondiente).

Material no sanitario (no disponible actualmente): hardware y software informático (2 ordenadores, 1 impresora, 1 fax, el sistema informático del hospital, la historia clínica electrónica de la HDM, el correo electrónico e internet), 2 teléfonos móviles y 1 teléfono fijo.

8.3 RECURSOS ORGANIZATIVOS.

Estándares de información: CIE 9 MC, CMBD (ver anexo X), GDR. El CMBDHDM constituye la colección de datos obtenida durante el proceso asistencial y recogida al alta del paciente. Los requisitos para un CMBD de calidad son la exhaustividad y la homogeneidad en cuanto al tipo de variables y su codificación.

El CMBDHDM propuesto está constituido por los siguientes grupos que caracterizan el episodio de atención psiquiátrica:

Variable identificadora del hospital como centro responsable de la asistencia, el número de historia clínica que vincula al paciente en el centro y el número asignado a su asistencia.

Variables que identifican al paciente como el número de SIP (sistema de información poblacional), la fecha de nacimiento, el sexo y la financiación de la asistencia.

Variables del proceso: fecha y hora de ingreso, especialidad que ordena el ingreso, número de visitas domiciliarias efectuadas por el facultativo y /o enfermería, tanto de forma programada como urgente, fecha y hora de alta, circunstancia del alta, servicio responsable del alta, interconsultas (identificación de la especialidad, número de consultas realizadas y fecha de alta).

Variables clínicas: el diagnóstico principal definido como el diagnóstico que motiva el ingreso del paciente en el servicio correspondiente, y diagnósticos secundarios hasta un número de ocho. Respecto a los diagnósticos secundarios, se incluirá para cada uno el ítem que identifica el tipo de diagnóstico, clasificándolos en comorbilidad (acompañantes al momento del ingreso) o como complicaciones desarrolladas durante el episodio. Se incluye un ítem de procedimiento para clasificar posteriormente el algoritmo de complejidad. Dentro de las variables clínicas, el ítem vías pretende recoger la incidencia de “acontecimientos adversos”, “intencionalidad suicida” o “agitación psicomotriz” si alguna de ellas se ha manifestado durante el episodio de hospitalización domiciliaria mental.

Manuales de procedimientos: del hospital y de la HDM.

9. EVALUACIÓN DEL PROCESO

La evaluación del proceso HDM se basa en dos criterios fundamentales, la eficiencia y la satisfacción del paciente y su familia. Se trata de conseguir una gestión de calidad evaluando el cumplimiento de los objetivos por medio de indicadores que permitan el ajuste por medio del ciclo PDCA del proceso asistencial y de nuevo el *feed-back* que supone completar dicho ciclo. Consta de:

A. GESTIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Los indicadores permiten evaluar el funcionamiento del proceso. Su periodicidad se determinará con la dirección del centro, el coordinador y la institución.

1. **Buenas prácticas**:

– Existencia de guías clínicas y trayectorias o vías.

– Existencia de protocolos y diagramas de flujo.

Metodología de evaluación: Los *peer review* de casos evaluarán el grado de cumplimentación de estos dos indicadores.

– Garantías de tiempo: demora en la primera entrevista (Fecha de valoración y escalas/fecha de propuesta).

Objetivo: < o igual 3 días.

– Continuidad de cuidados (fecha de ingreso/fecha propuesta).

Objetivo: demora en el ingreso < 48 horas.

La continuidad de cuidados se reconoce hoy como un aspecto fundamental de la gestión de la actividad asistencial. Sin embargo, a pesar de que se ha venido investigando desde los años 70 en relación a la salud mental, los indicadores propuestos hasta la actualidad no han sido suficientemente validados[31].

2. **Eficacia**

– Indicador de eficacia sobre la reducción del número de ingresos hospitalarios.

$$\frac{\text{Nº de ingresos del área de cobertura HP}}{\text{Nº total de ingresos HP}} \times 100$$

Es preciso comentar en este sentido que el impacto sobre la reducción de ingresos hospitalarios puede verse atenuado en los casos en los que exista de antemano una precariedad en el número de camas disponibles[32].

– Indicador de cobertura:

$$\frac{\text{Nº de ingresos procedentes de la HP}}{\text{Hospitalizados diana (área de cobertura)}} \times 100$$

– Indicador de eficacia de altas tempranas:

$$\frac{\text{estancia media en HP por GRD del área de cobertura}}{\text{Estancia media en HP por GDR}} \times 100$$

Este indicador también podría ser difícil de interpretar ya que, como algunos autores han señalado, los pacientes que ingresen en el futuro en la

HP podrían previsiblemente ser más difíciles de tratar y, por lo tanto, permanecer más tiempo en el hospital[21].

3. **Eficiencia**:

– Nº de altas, Nº máximo y mínimo de pacientes ingresados.

Metodología de evaluación: curvas temporales.

– Estancia media en HDM.

– Nº de visitas de psiquiatra al mes.

– Media de visitas médicas por ingreso.

$$\frac{\text{Nº visitas psiquiatra}}{\text{Nº de altas en el periodo}} \times 100$$

– Nº de visitas de enfermería al mes y % de visitas por ingreso.

– Porcentaje de ocupación.

– $\frac{\text{Visitas médicas}}{\text{Visitas enfermería}}$ Objetivo < 1.

4. **Resultados en salud**:

Resulta difícil establecer indicadores apropiados en este capítulo ya que existe una notable disparidad en las escalas utilizadas en los distintos estudios. Algunos autores han llegado a sugerir la necesidad de crear un instrumento específico que sea además lo suficientemente breve como para poder utilizarse de forma rutinaria en la práctica clínica[33].

– Diferencias en las puntuaciones del Inventario de Discapacidad de Sheehan modificado.

– Diferencias en las puntuaciones de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (en los casos que se haya detectado riesgo suicida al ingreso).

– Curvas temporales de variación de la discapacidad. Optimización de los días de ingreso.

– Reingresos <30 días por la misma patología (diagnóstico principal).

5. **Acontecimientos adversos**:

– Tentativas de suicidio (ver Anexo XIV).

– Suicidios consumados.

– Episodios de agitación psicomotriz (ver Anexo XIV).

– Reacciones adversas graves a la medicación. Comunicación a Fármacovigilancia.

6. **Continuidad de cuidados**

Integración de los distintos niveles asistenciales: atención primaria, servicio de urgencias intra y extrahospitalario, programas de ayuda social etc...

– Nº de reuniones de coordinación.

– Existencia de protocolos de derivación.

Coordinación con Atención Primaria:

$$\frac{\text{Nº de ingresos en HDM desde AP}}{\text{Nº total de altas en HDM}} \times 100$$

B. GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA EMPLEADA

– Control del gasto farmacéutico.

– Control del gasto en pruebas complementarias.

– Revisión de vías clínicas.

C. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Promoción de la calidad científico-técnica: formación continuada encaminada a la mejora del proceso, participación activa de los profesionales en reuniones y sociedades científicas e impulso de la cultura de gestión de calidad.

– Desarrollo de programas específicos de formación. La dificultad en este sentido es la falta de estandarización de los pocos programas formativos desarrollados hasta la fecha[7].

– Desarrollo de una programa preventivo de riesgos laborales para los profesionales implicados (utilización del móvil, anotación de la visita a realizar con un tiempo previsto para contactar, realización por parejas de las primeras visitas y aquellas en las que se estime un riesgo de violencia, entrenamiento específico de los profesionales en estrategias para prevenir la agitación etc...).

D. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Protocolos de utilización de las nuevas tecnologías: desarrollo de la historia clínica informatizada. Posibilidad en el futuro de incluir la Telepsiquiatría en el proceso.

E. CALIDAD PERCIBIDA POR EL CLIENTE

Escala de satisfacción con la Hospitalización Domiciliaria (administrada al paciente y al familiar responsable). Algunos autores han criticado la utilización de este tipo de cuestionario, al menos hasta que se compruebe sus características psicométricas, particularmente su sensibilidad al cambio y su validez (que midan realmente la calidad desde el punto de vista del paciente y el familiar)[34]. Una posible alternativa a estudiar en el proceso de validación del instrumento es la utilización de una entrevista más o menos estructurada.

Quedan pendientes de formalizar los indicadores que hacen referencia a la calidad definida en los puntos B, C, D y E.

10. DESCRIPCIÓN, ALGORITMOS Y DIAGRAMAS DE FLUJO DEL PROCESO ASISTENCIAL

10.1 DESCRIPCIÓN

El CSM debe ser el centro de la oferta asistencial de salud mental a nivel ambulatorio. Por lo general, a ella se remitirán las interconsultas de los médicos de Atención Primaria, los médicos de urgencias hospitalarias, los especialistas de consultas externas y las otras instituciones (juzgados, servicios sociales etc...). El psiquiatra del CSM derivará el caso a la HDM mediante la **Propuesta de Ingreso Domiciliario** que dirigirá al psiquiatra responsable de la HDM. Los médicos de Atención Primaria y los médicos de urgencias hospitalarias también podrán realizar dicho proceso. Esta propuesta quedará registrada en soporte informático iniciando así el registro documental del proceso asistencial de la HDM para cada caso. El psiquiatra de la HP y el psiquiatra de guardia pueden hacer directamente ingresos en la HDM cumplimentando los items que justifican la propuesta de ingreso. Los viernes quedará disponible un listado que detallará la situación de la HDM para su uso por el psiquiatra de guardia. Este facultativo podrá también acceder a la información pertinente a través del programa informático del hospital.

Tras la recepción de la solicitud por el auxiliar de clínica de la HDM, el psiquiatra responsable de la HDM se desplazará al lugar de trabajo del solicitante en las primeras 24 horas (días laborables) para establecer el plan terapéutico y formalizar el ingreso. A continuación, el psiquiatra de la HDM cumplimentará el protocolo de ingreso domiciliario en la historia clínica electrónica desarrollada en el programa informático del hospital.

Una vez elaborado el plan asistencial (pauta diagnóstico-terapéutica tanto médica como de enfermería), se iniciará el contacto con el paciente y sus familiares en su propio domicilio, se abrirá el documento clínico compartido por todo el personal sanitario que atienda al paciente en ese periodo asistencial. Finalmente se remitirá, dentro de las primeras 24 horas del ingreso en la HDM, el **Informe de Ingreso Domiciliario** al psiquiatra responsable si lo tuviera, al médico de Atención Primaria, al CICU y al SAMU de referencia.

La actuación integrada de estos recursos asistenciales permitirá el tratamiento longitudinal del proceso en horario ordinario o extraordinario, si fuera preciso, por el equipo de Atención Primaria y/o CICU-SAMU. Las consultas urgentes podrán realizarse telefónicamente al psiquiatra de guardia, tanto por el enfermero de tarde de la HDM como por los equipos de Atención Primaria y CICU (ver Algoritmo B).

Las sesiones clínicas deben cubrir las necesidades de los profesionales en el apoyo de los tratamientos de patologías médicas y específicas de salud mental respectivamente. El funcionamiento integrado de todos estos recursos junto con los tiempos de demora controlados garantizará, en nuestra opinión, la continuidad de cuidados.

Tanto el paciente como el cuidador responsable firmarán el consentimiento informado de ingreso domiciliario.

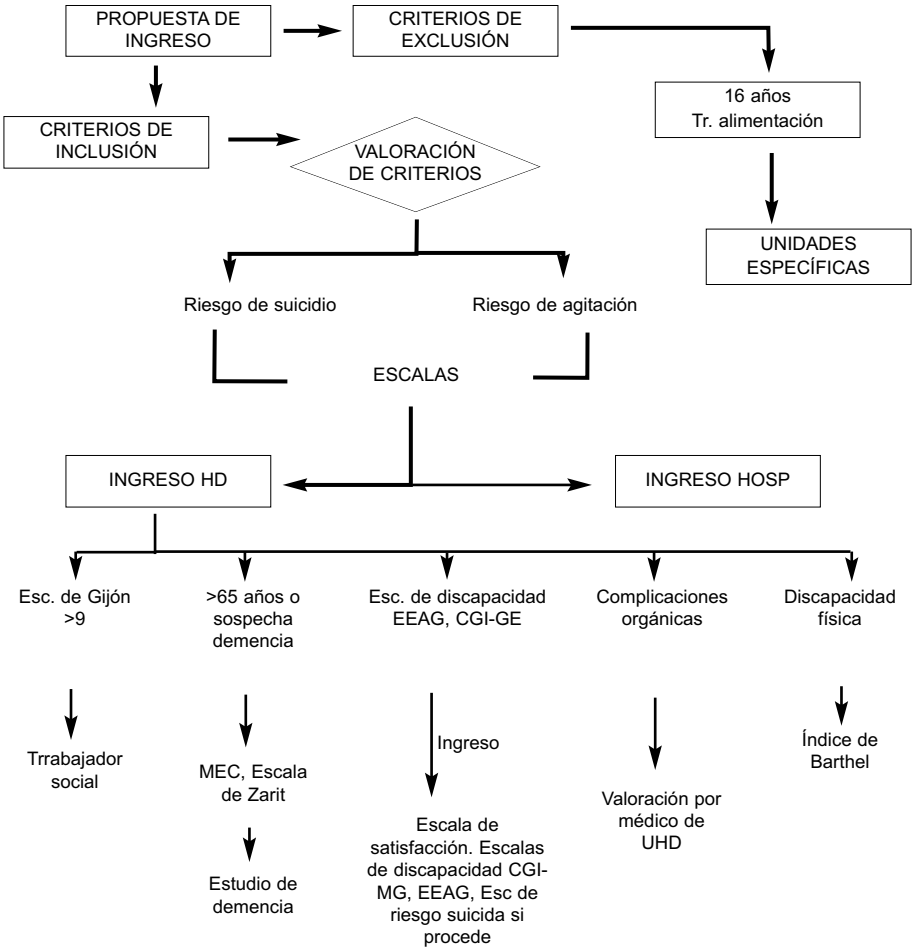
Cualquier intervención médica o de enfermería durante el ingreso quedará reflejada en la documentación clínica compartida (DCC) que permanecerá bajo la custodia del familiar responsable.

Al final del ingreso, se enviará un **Informe de Alta** a los tres facultativos responsables.

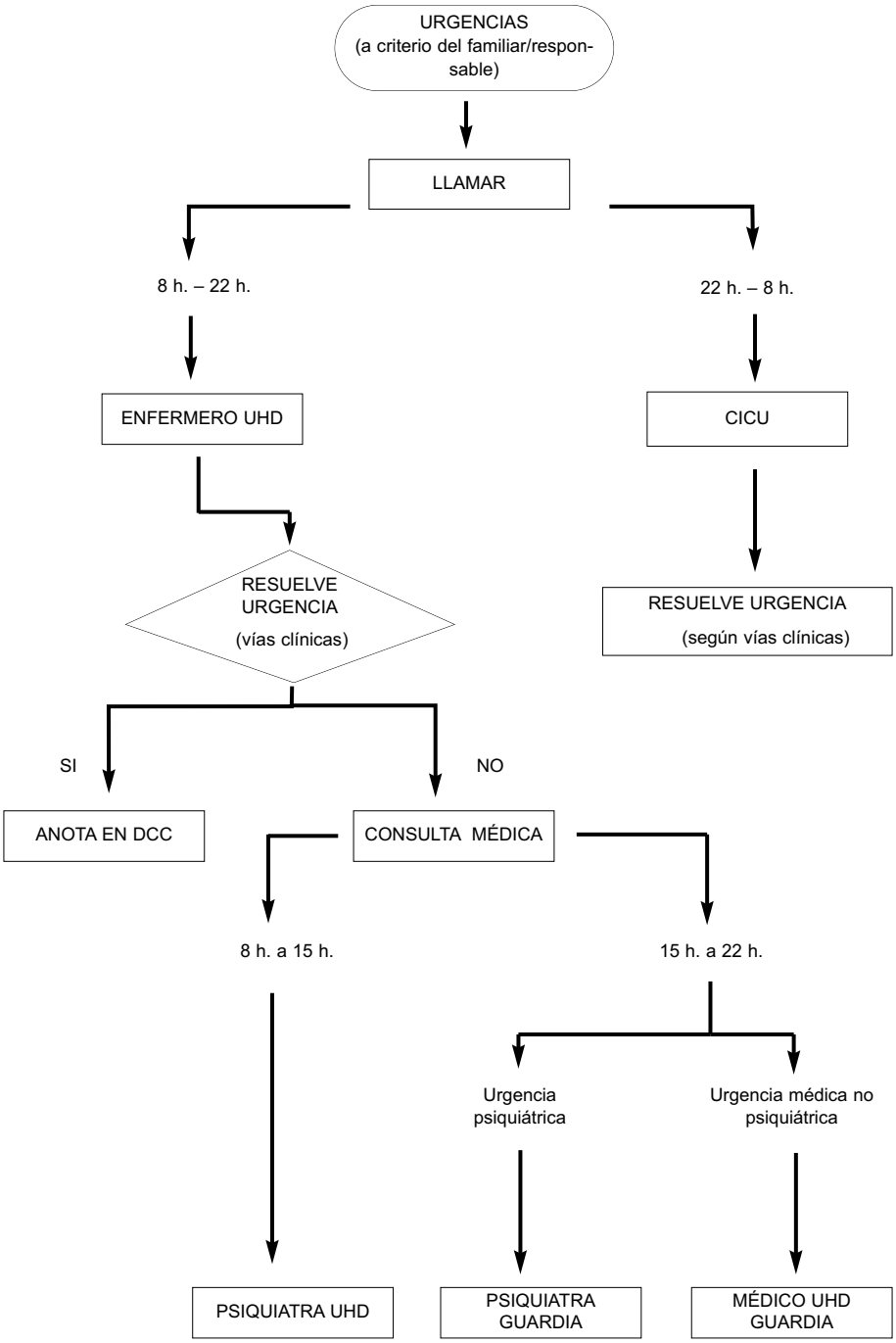
De toda la documentación que constituye el episodio asistencial, tan sólo la hoja administrativa de ingreso, la propuesta de ingreso domiciliario, la DCC en el domicilio del paciente, el alta voluntaria si la hubiere y el informe de alta se archivarán de forma ordenada en la historia clínica en soporte papel que custodia el archivo central del hospital. El resto de información quedará almacenada y a disposición asistencial en soporte informático.

10.2 ALGORITMOS

A. Asistencia programada

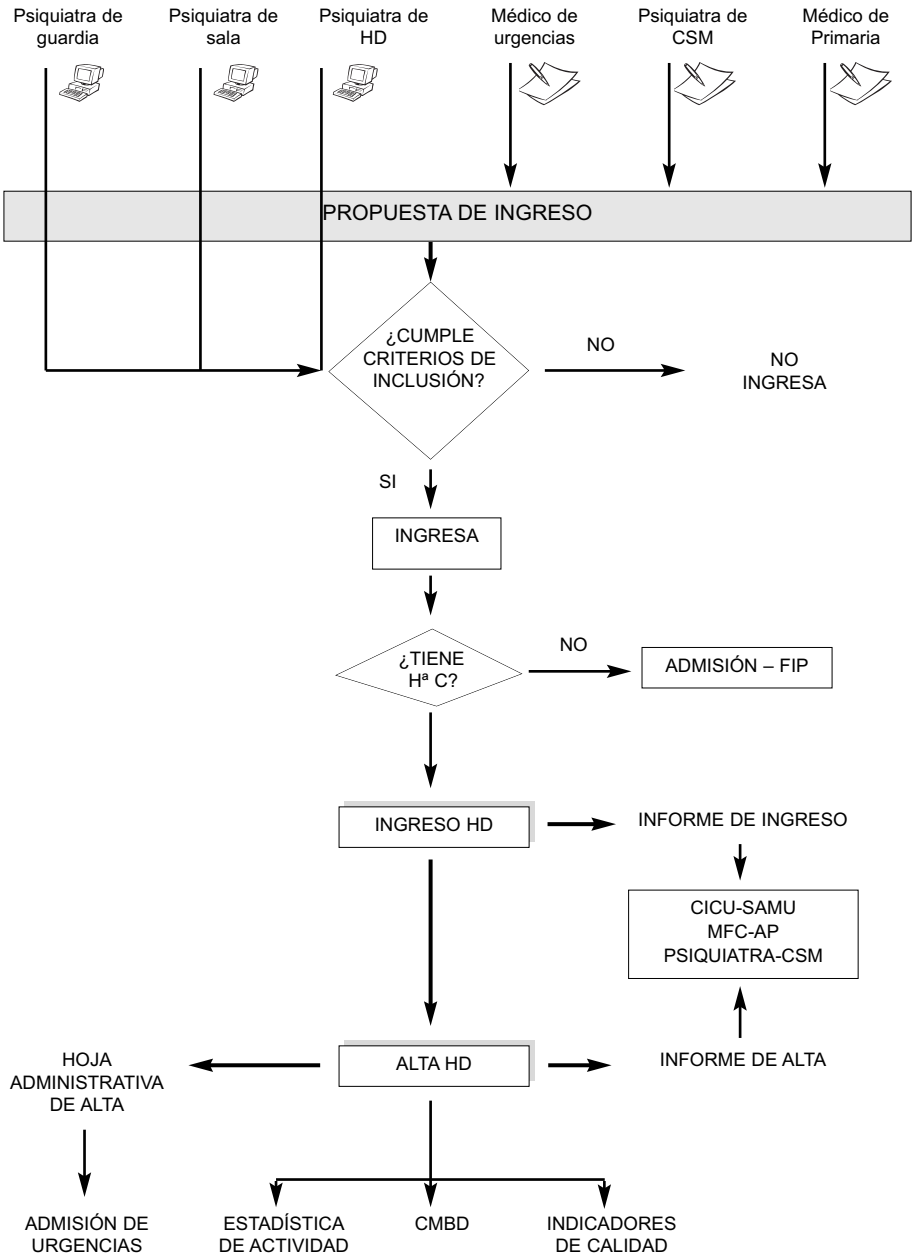


B. Asistencia urgente

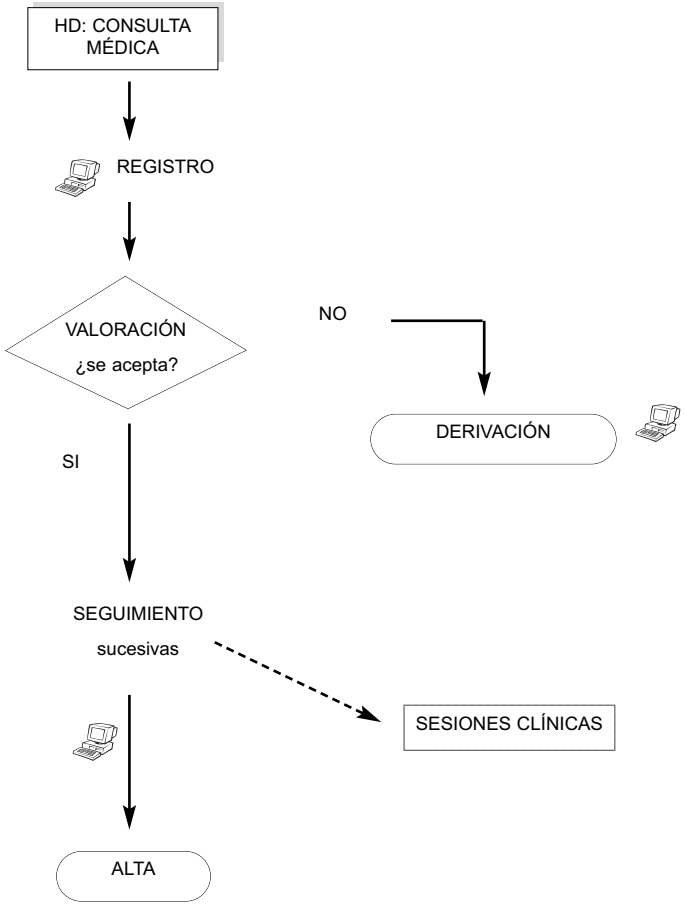


10.3 DIAGRAMAS DE FLUJO

A. Ingresos-Altas



B. Coordinación de la actividad



11. Propuesta de Historia Clínica Electrónica (HCE)

A continuación se detallan las variables que quedarán recogidas en soporte informático en la Historia Clínica Electrónica. Desde aquí se emitirán directamente los informes pertinentes y supondrán además la base documental que permitirá el análisis de la información para mejorar la calidad del proceso.

Descripción lineal del sistema de información

A.) REGISTRO DE PROPUESTAS.

Variables de identificación paciente y solicitante

– 0 (*datos sociodemográficos adquiridos del sistema general*).

– Número de historia (*de la base de datos del sistema*).

– Nombre y apellidos (*de la base de datos del sistema*).

– Nº SIP (*de la base de datos del sistema poblacional*).

– Número de registro de actividad de propuesta (*7 dígitos*).

– Tipo de propuesta: telefónica/documental.

– Especialidad solicitante (*2 campos adquiridos del sistema=4 dígitos alfanumérico + Texto*).

– Facultativo solicitante (*2 campos adquiridos del sistema=5 dígitos alfanumérico + Texto*).

– Nombre del facultativo de A.P. (*si no es el solicitante*) (*2 campos adquiridos del sistema=7 dígitos numérico + Texto*).

– Nombre del psiquiatra de referencia (*si no es el solicitante*) (*2 campos adquiridos del sistema=5 dígitos alfanumérico + Texto*).

Variables clínicas de la propuesta

– Propuestas del facultativo que se proponen al ingreso (*texto máximo: 10 líneas*).

– Tratamiento actual: nombre comercial, mg., vía de administración, dosis (*ayuda del programa, 4 campos*).

– Valoración del riesgo suicida del solicitante del ingreso (*variable ordinal 0-2*).

– Valoración de la agitación del solicitante del ingreso (*variable ordinal 0-2*).

Valoraciones a realizar al ingreso por el psiquiatra responsable de HDM

– Fecha de valoración: *por defecto el día de registro*.

– Puntuación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

– Puntuación de la Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik.

– Lista de problemas orgánicos (*incluído tratamiento no-psiquiátrico*). *Volcar del sistema, con la posibilidad de añadir diagnósticos y especialidad que los facilita. Campos: fecha de diagnóstico, servicio que lo asigna, tipo de asistencia (urgente, programado), diagnóstico*.

– Valoración de ingreso (criterio de inclusión o exclusión utilizado).

– Discapacidad física: 0= no y 1= si (*especificar cuál, campo texto*).

– Discapacidad psíquica: 0= no y 1= si (*especificar cuál, campo texto*).

– Ambiente domiciliario: 0= deficiente y 1= adecuado.

– Destino: HDM, CSM, hospitalización AP.

B.) REGISTRO DE INGRESO:

Variables de identificación del paciente, familiar, solicitante, psiquiatra del CSM y médico A.P.

– Número de historia (*de la base de datos del sistema*).

– Nombre y apellidos (*de la base de datos del sistema*).

– Número de registro de actividad de ingreso (ICU) (*7 dígitos*).

– Nombre del médico de A.P. (*2 campos*).

– Nombre del psiquiatra (*2 campos*).

– Nombre del familiar responsable.

– Teléfono de contacto del familiar responsable.

– Número de cama virtual: HDM 1-6 (*de la base de datos del sistema*).

– Nombre del psiquiatra de HDM (*2 campos adquiridos del sistema=5 dígitos alfanumérico + Texto*).

Anamnesis

– Lugar de primera valoración: 1 = en Hospital, 2 = en docimicilo, 3 = otros.

– Antecedentes familiares psiquiátricos (*texto máximo: 3 líneas*).

– Antecedentes psiquiátricos personales: número de ingresos psiquiátricos hospitalarios (*adquiridos del sistema*) *–altas y traslados internos–*, tiempo de evolución.

– Exploración psicopatológica al ingreso: apariencia y actitud, funcio-

nes cognitivas (*conciencia, orientación, atención, lenguaje, memoria, inteligencia*), psicomotricidad, percepción, contenido del pensamiento, forma y curso del pensamiento, afectividad, sueño, alimentación, sexualidad, introspección, impulsividad, tóxicos, ideación suicida.

– Tratamiento actual: nombre comercial, mg, vía de administración, dosis (*ayuda del programa, 4 campos*).

– Pauta de medicación psiquiátrica al ingreso: nombre comercial, mg, vía de administración, dosis (*ayuda del programa, 4 campos*).

Pruebas psicométricas

– Puntuación eje V del DSM IV-TR[35] (*Escala de Evaluación de la actividad global*).

– Puntuación Escala de Impresión Clínica Global-Gravedad de la Enfermedad (CGI-GE) (*variable ordinal 0 –no evaluado– a 7 –extremadamente enfermo–*).

– Puntuación del Inventario de Discapacidad de Sheehan modificado.

– Puntuación de la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón modificada.

– Puntuación del Índice de Barthel (*si procede*).

– Puntuación del Mini Examen Cognoscitivo (*si procede*).

Diagnósticos al ingreso

– Motivo del ingreso: síntoma, problema o diagnóstico. *Codificables al momento y en el futuro = 4 campos (código –alfanumérico de 6–, sinónimo –numérico de 3–, tipo –1 dígito con ayuda de tabla–, descripción del diagnóstico –texto–)*.

– Lista de problemas acompañantes relevantes. *Codificables al momento y en el futuro = 4 campos (código –alfanumérico de 6–, sinónimo –numérico de 3–, tipo –1 dígito con ayuda de tabla–, descripción del diagnóstico –texto–)*.

– Diagnóstico inicial *(según CIE-9) = 4 campos (código –alfanumérico de 6-, sinónimo –numérico de 3, tipo – 1 dígito con ayuda de tabla-, descripción del diagnóstico –texto).*

– Diagnósticos secundarios psiquiátricos *(según CIE-9) = 4 campos (código –alfanumérico de 6–, sinónimo –numérico de 3–, tipo –1 dígito con ayuda de tabla–, descripción del diagnóstico –texto–)*.

Pronóstico

– Pronóstico inicial del tiempo de estancia (días).

Plan asistencial

– Plan asistencial médico: pauta de visitas (semanales, diarias o días de la semana) médicas y enfermería, interconsulta a trabajador social, interconsulta a especialidades (HDG) y motivo (texto máxi-

mo: 5 líneas).

– Plan asistencial enfermería (pendiente de enfermería).

C.) CONSULTAS (PROBLEMAS ORGÁNICOS Y PSIQUIÁTRICOS):

– Número de historia clínica.

– Fecha de consulta.

– Especialidad (*4 dígitos*).

– Motivo (*codificables al momento y en el futuro = 3 campos – código, sinónimo y texto-*).

– Seguimiento: visita única o sucesivas (*contador por episodio, 2 dígitos*).

– Fecha de visitas (*evolución por día de visita, texto máximo: 10 líneas*).

D.) VARIABLES A VOLCAR EN INFORME INICIAL:

Dirigido a facultativos de Primaria, CICU y CSM.

– Nombre y apellidos.

– Edad.

– Sexo.

– Dirección y código postal.

– Número de Historia de A.E.

– Número SIP.

– Número de actividad de ingreso.

– Nombre del familiar responsable.

– Teléfono de contacto del familiar responsable.

– Nombre del médico de AP.

– Nombre del psiquiatra del CSM.

– Nombre del psiquiatra de la HDM.

– Número de teléfono de la HDM.

– Antecedentes psiquiátricos personales.

– Propuestas terapéuticas del facultativo que se proponen al ingreso.

– Lista de problemas orgánicos (*incluído tratamiento no-psiquiátrico; lo adquiere del sistema general*).

– Pauta medicación psiquiátrica al ingreso.

– Exploración psicopatológica al ingreso.

– Motivo del ingreso y lista de problemas.

– Plan asistencial médico: pauta de visitas (semanales, diarias o días

de la semana) médicas y enfermería, interconsulta a trabajador social, interconsulta a especialidades (HDG) y motivo *(texto máximo: 5 líneas*).

– Plan asistencial enfermería.

E.) EVOLUCIÓN:

– Número de visita psiquiatra HDM.

– Fecha de visita psiquiátrica.

– Identificación del especialista.

– Texto sobre evolución (máximo 5 líneas).

– Número de visita enfermeros HDM.

– Fecha de visita enfermería.

– Identificación de enfermería.

– Líneas para anotaciones: máximo 3.

– Número de visita médicos HD.

– Fecha de visita del médico HD.

– Identificación del médico de HD.

– Fecha e identificación de atenciones por CICU.

– Presencia de tentativa suicida: 0 = no y 1 = si.

– Presencia de episodio de agitación psicomotriz: 0 = no y 1 = si.

– Presencia de acontecimientos adversos: 0 = no y 1 = si (*especificar cuál, campo texto*).

– Días de ingreso en HP en el episodio actual.

– Registro de solicitud de pruebas complementarias.

F.) ALTA:

– Puntuación eje V del DSM IV-TR al alta (*Escala de Evaluación de la actividad global*).

– Puntuación Escala de Impresión Clínica Global-Mejoría Global (CGI-MG) al alta (*variable ordinal 0 –no evaluado- a 7 –extremadamente enfermo–*).

– Puntuación del Inventario de Discapacidad de Sheehan modificado al alta.

– Puntuación de la Escala de Satisfacción del paciente al alta.

– Puntuación de la Escala de satisfacción del familiar al alta.

– Ambiente domiciliario: valoración de la HDM o de la trabajadora social.

– Días de estancia en HDM.

– Destino al alta: CSM, A.P., CSM y A.P., Ingreso UHP, exitus, otros.

Variables a volcar en informe al alta (facultativos de Primaria, CSM y CICU):

– Nombre y apellidos.

– Edad.

– Sexo.

– Dirección y código postal.

– Número de Historia de A.E.

– Número de SIP.

– Evolución del ingreso (*texto máximo: 10 líneas*).

– Recomendaciones (*texto máximo: 5 líneas*).

– Pauta de medicación psiquiátrica al alta: nombre comercial, mg, vía de administración, dosis (*ayuda del programa*).

– Diagnóstico inicial o principal (según CIE-9).

– Diagnósticos secundarios (según CIE-9).

– Destino al alta: CSM, A.P., CSM y A.P., Ingreso HP, exitus, otros.

G.) VARIABLES PARA ESTADÍSTICAS INTERNAS:

– Valoración del riesgo suicida del solicitante del ingreso (*variable ordinal 0-2*).

– Valoración de la agitación del solicitante del ingreso (*variable ordinal 0-2*).

– Puntuación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik al ingreso.

– Puntuación de la Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik al ingreso.

– Valoración de ingreso (criterio de inclusión o exclusión utilizado).

– Discapacidad física: 0= no y 1= si.

– Discapacidad psíquica: 0= no y 1= si.

– Ambiente domiciliario: 0= deficiente y 1= adecuado.

– Destino de la propuesta: HDM, CSM, UHP, AP.

– Código del médico de A.P.

– Código del psiquiatra.

– Lugar de primera valoración: 1 = en Hospital, 2 = en docimicilo, 3 = otros.

– Antecedentes psiquiátricos personales: número de ingresos psiquiátricos y tiempo de evolución.

– Puntuación eje V del DSM IV-TR (Escala de Evaluación de la actividad global).

– Puntuación Escala de Impresión Clínica Global-Gravedad de la Enfermedad (ICG-SI).

– Puntuación al ingreso del Inventario de Discapacidad de Sheehan modificado.

– Puntuación de la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón modificada.

– Puntuación del Índice de Barthel.

– Puntuación del Mini Examen Cognoscitivo.

– Motivo del ingreso: síntoma, problema o diagnóstico. Diagnóstico inicial (*según CIE-9*).

– Diagnósticos secundarios psiquiátricos (según CIE-9).

– Pronóstico inicial del tiempo de estancia.

– Fecha de consulta.

– Seguimiento: visita única o sucesivas.

– Edad.

– Sexo.

– Número de visitas psiquiatra HDM.

– Número de visitas enfermeros HD.

– Número de visitas médicos HD.

– Número de atenciones por CICU.

– Presencia de tentativa suicida: 0 = no y 1 = si.

– Presencia de episodio de agitación psicomotriz: 0 = no y 1 = si.

– Días de ingreso en UHP en el episodio actual.

– Días de estancia en HDM.

– Puntuación eje V del DSM IV-TR al alta (*Escala de Evaluación de la actividad global*).

– Puntuación Escala de Impresión Clínica Global-Mejoría Global (ICG-GI) al alta (*variable ordinal 0 –no evaluado– a 7 –extremadamente enfermo–*).

– Puntuación del Inventario de Discapacidad de Sheehan modificado al alta.

– Puntuación de la escala de satisfacción del paciente al alta.

– Puntuación de la escala de satisfacción del familiar al alta.

– Destino al alta: CSM, A.P., CSM y A.P., Ingreso UHP, otros.

H.) TABLAS RELACIONALES PARA CONSTRUIR LA HCE (HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA)

– Fichero índice de pacientes.

– Sistema de información poblacional.

– Movimientos de historias clínicas.

– Urgencias.

– Hospitalización.
– Servicios centrales: Laboratorio, LEQ, Radiología, RNM, EEG.
– Consultas externas.
– Centro de especialidades.
– Farmacia.
– Informes.
– Facultativos de primaria y especializada.
– Personal de enfermería.
– Teléfonos móviles.
– Teléfonos del área de cobertura. Primaria y CSM: Puzol, Puig, Sagunto.
– Teléfonos del CICU.
– Direcciones correo electrónico.

12. Escenario de proyección de actividad

Realizar un escenario de actividad para casos con diagnósticos psiquiátricos en hospitalización a domicilio presenta algunas limitaciones, que se describirán a continuación. Aún así, el diseño de escenarios se ha utilizado porque es la herramienta que permite establecer líneas de actuación, evaluar las primeras hipótesis y establecer las alternativas más pertinentes.

Limitaciones del escenario:

– No existen experiencias similares para establecer comparaciones.
– Se restringe a la derivación de altas hospitalarias.
– No contempla el ingreso directo en HDM, por carecer de experiencias similares.
– La preselección diagnóstica determina el volumen de casos que abarca el proyecto en su primera fase. Conceptualmente la HDM aspira a incluir la mayor parte de pacientes hospitalizados (excepto los sujetos a criterios de exclusión), por lo que la revisión de los códigos CIE 9 MC de la cartera de servicios cambiará los porcentajes descritos al alza.
– La exactitud de indización diagnóstica no ha sido validada.

Material y Método:

Se presenta aquí un estudio en base a las altas hospitalarias del servicio de Psiquiatría de los últimos tres años, al objeto de establecer el campo de

trabajo del proceso de HDM bajo las premisas que se han establecido como criterios de inclusión al proyecto.

El estudio parte de los siguientes criterios de inclusión:

– Altas del CMBD de los años 2000, 2001 y 2002, del servicio de alta Psiquiatría.

– Edad del paciente superior a 16 años.

Una vez obtenidas las altas, se valora aquellos que pertenecen al área y su diagnóstico principal sea una condición psiquiátrica susceptible de hospitalización a domicilio (CSHD). Estas condiciones se han agrupado en seis epígrafes que definen la mayor parte de la cartera de servicios. Se presenta la relación de las agrupaciones con los distintos GDR.

Tabla I. **Agrupación diagnóstica: tipo, descripción. Gdr**

Agrupación	**DESCRIPCIÓN AGRUPACIÓN**	**GDR***
I	Trastornos depresivos.	424,426,430
II	Demencias y otros trastornos orgánicos cerebrales con trastornos neuropsiquiátricos.	429
III	Trastornos psicóticos crónicos.	430
IV	Trastornos psicóticos agudos estabilizados.	430,489
V	Fases maníacas estabilizadas	430
VI	Conductas suicidas una vez superadas las complicaciones médicas y restablecido el nivel de conciencia.	425

* Descripción GDR[36] :

– 424: Pq con diagnóstico principal enfermedad mental.

– 425: Reacción aguda de desadaptación/disfunción psicosocial.

– 426: Neurosis depresiva.

– 429: Alteraciones orgánicas y retraso mental.

– 430: Psicosis.

– 489: HIV con condición mayor relacionada.

Resultados:

Se destacan entre los resultados del estudio los siguientes:

Se observa que la proporción de altas susceptibles de atención en HDM es de 51.1%, 65.9% y 62.7% para los años 2000, 2001 y 2002 respectivamente. El case mix está recogido en seis GDR (424, 425, 426, 429, 430 y 489). Los pesos oscilan entre 0,6880 y 1,5274. La mayor parte de las altas se clasifican en el GDR 430 (Peso=1.5274).

La distribución por agrupación diagnóstica queda recogida en la tabla II. Destaca la ausencia de altas en el grupo II y la escasez en el grupo VI.

Conclusiones:

– Un porcentaje importante de pacientes se podrán beneficiar del programa de atención domiciliaria según los criterios expuestos en este proyecto. Estos pacientes provocarán una disminución de las estancias para los GDR implicados, suponiendo para el conjunto hospitalario un mantenimiento del case mix de hospitalización con una disminución del índice funcional suponiendo por tanto un aumento global de la eficiencia.

– La inclusión de las demencias y los síndromes orgánicos cerebrales aumenta la cartera de servicios de la atención psiquiátrica en el mejor lugar terapéutico, la hospitalización a domicilio.

– Los cuidados paliativos no se han considerado en el estudio, dado que no se incluyen en la cartera de servicios de la hospitalización tradicional, pero suponen una bondad potencial en las alternativas asistenciales.

13. Plan de trabajo

Remisión de los documentos a la comisión de Historias Clínicas.

Quedan pendientes por desarrollar las siguientes tareas:

1. Completar la elaboración de vías y guías clínicas (ver capítulo correspondiente).
2. Desarrollo de líneas de investigación específicas.
3. Valoración propuesta del CMBD.
4. Repetición del estudio de campo para valorar la inclusión de nuevos diagnósticos.
5. Informatización del proceso. HCE.
6. Revisión y evaluación.
7. Validación de las escalas utilizadas.

Vías y Guías Clínicas

Introducción

Son instrumentos diseñados para mejorar la calidad científico-técnica del proceso de Hospitalización Domiciliaria. Se basan tanto en las evidencias clínicas obtenidas de forma longitudinal durante la ejecución del proceso como en las evidencias recogidas de la literatura científica. Es por ello que se han concebido de forma dinámica para ser revisadas y actualizadas periódicamente.

Las vías clínicas deben permitir una respuesta adecuada ante la eventualidad de acontecimientos adversos. Estas incluirán:

1. Vía clínica de la agitación psicomotriz.
2. Vía clínica de las conductas o verbalizaciones suicidas.
3. Vía clínica de las reacciones adversas a la medicación.

Estas vías todavía no han incorporado los procedimientos a seguir en caso de catástrofes que respectivamente serían un episodio de violencia con secuelas, un suicidio consumado o un efecto secundario mortal para el paciente. No existe tampoco documentación disponible en este sentido.

Se sabe que las enfermedades mentales graves implican un mayor riesgo de violencia a pesar de que su aportación es pequeña porcentualmente y que este riesgo es fundamentalmente para aquellos que conviven con el paciente[37]. Sin embargo, al igual que el suicidio, resulta muy difícil de prevenir y, todavía más que en éste, existen pocos protocolos aplicables a nivel ambulatorio, tanto antes como después del acontecimiento grave. Tradicionalmente, la investigación de las causas de los homicidios y catástrofes en aviación, plantas nucleares etc… recae frecuentemente en el factor humano. Algunos autores están proponiendo nuevas formas de entender y protocolizar el análisis de estos eventos basándose en los sistemas y procesos y no en la identificación del error humano[38].

En el caso del suicidio consumado, la vía clínica incluirá la posvención o ayuda a los supervivientes (incluido el personal sanitario). También existe la posibilidad de hacer una autopsia psicológica, ya que puede tener carácter formativo y terapéutico.

En cuanto a las reacciones adversas a la medicación, es preciso avanzar más allá de la obligatoria comunicación al servicio de farmacovigilancia y adaptar a nuestro sistema de salud, y en nuestro caso concreto a la hospita-

lización domiciliaria, los protocolos de análisis de riesgo y errores prospectivos que se originaron en industrias como la aeronáutica, pero que ya se están utilizando para analizar los errores de medicación y efectos secundarios. Uno de los más utilizados es el *Failure mode effect analysis* (FMEA)[39].

Las guías clínicas suponen una orientación para la ejecución de los procedimientos terapéuticos. En los casos de ingreso tras alta de la unidad de agudos, lo habitual será mantener la línea de tratamiento. En términos generales, se basarán en las guías aceptadas en las sociedades científicas más reconocidas, como es el caso de las guías de la *American Psychiatric Association*[40]. Especial importancia tiene la guía sobre las actuaciones a desarrollar con los cuidadores y familiares y, por tanto, se ha elaborado junto con las vías clínicas antes del inicio de la actividad. El resto de las guías clínicas se irán desarrollando una vez comenzada la actividad, basándonos en las guías al uso e incorporando elementos específicos de la hospitalización domiciliaria. Se escribirán por orden jerárquico según la frecuencia con la que los distintos problemas clínicos ingresen en la HDM. El proyecto incluye su actualización periódica, considerando de forma especial las evidencias clínicas que nos ofrezcan los indicadores del proceso. Se incluirán las siguientes:

1. Guía clínica de las líneas de actuación con cuidadores y familiares.
2. Guía clínica de las pruebas complementarias.
3. Guía clínica de los Trastornos depresivos.
4. Guía clínica de los Trastornos bipolares.
5. Guía clínica de los Trastornos psicóticos no-afectivos.
6. Guía clínica de las Demencias.
7. Guía clínica de los Trastornos orgánicos cerebrales.
8. Guía clínica de las conductas suicidas.
9. Guía clínica del tratamiento del enfermo terminal.
10. Guía clínica del tratamiento del duelo.

Episodios de agitación psicomotriz

INTRODUCCIÓN

Definición: cuadro clínico caracterizado por un descontrol de la conducta y las emociones que se manifiesta por hiperactividad psicomotriz, reticencia a cooperar y labilidad afectiva, exaltación o irritabilidad, y que además puede estar asociado a conducta hetero o autoagresiva. Se incluyen en esta definición y por tanto, en la vía clínica, los casos más leves (considerados tras la valoración como crisis de ansiedad).

El problema de establecer una definición adecuada es que no se han creado todavía criterios operativos definidos para este constructo. Más aún, existe una escasez notoria de datos empíricos sobre las intervenciones más adecuadas para estas urgencias tan frecuentes.

Dado que la agitación psicomotriz no es en sí misma una entidad clínica y que el tratamiento de la misma depende de la patología asociada, es necesario orientar el diagnóstico antes de iniciar el tratamiento. Nos encontramos además ante una situación urgente, dinámica, ignorando datos que pueden ser fundamentales (antecedentes, datos de co-morbilidad etc..), con poco tiempo para tomar decisiones y a la vez, la necesidad de intervenir de forma inmediata. Tenemos que ser capaces además de responder de forma flexible en función del resultado de nuestra actuación o la aparición de nuevos datos.

EVIDENCIAS CIENTÍFICAS COMO BASE DE LAS PAUTAS DESCRITAS

Si bien la literatura científica apoya claramente el uso de benzodiacepinas en los casos de agitación, con una eficacia comparable, al menos, con la del Haloperidol, es preciso señalar que muchos de estos estudios han sido realizados con Lorazepam vía IM, disponible en USA pero no en España. Las presentaciones parenterales de Diazepam y Cloracepato Dipotásico se absorben lentamente y de forma errática por vía IM por lo que no son recomendables. A nuestro juicio, todavía no existen suficientes estudios que avalen el uso para un proyecto de este tipo de otras benzodiacepinas disponibles para la vía IM como el Clonazepam. El Midazolam es ampliamente utilizado por los servicios de urgencia y SAMU. Si bien algunos trabajos sugieren su uso en las urgencias psiquiátricas[41,42], todavía no es usado de forma habitual por los psiquiatras y por ello no está incluido por el momento en esta vía clínica.

Por otro lado, es indiscutible la eficacia de las benzodiacepinas orales en casos de ansiedad o agitación leve y hay autores que apoyan su uso en casos de agitación dentro de terapias combinadas. Currier et al (2001) demostraron incluso, que una pauta oral de Risperidona (2 mg) y Lorazepam (2 mg) presentaba una tolerancia y eficacia comparables a la pauta clásica de Haloperidol y Lorazepam vía IM, en pacientes psicóticos agitados que aceptaban la medicación oral[43]. El Lorazepam tiene además la ventaja de metabolizarse mediante glucoconjugación, por lo que su uso está especialemente indicado en ancianos y en los pacientes con insuficiencia hepática o renal[44]. Las benzodiacepinas tienen la ventaja añadida de ser fármacos bien tolerados y bastante seguros en sobredosis vía oral si no se mezclan con fármacos depresores del Sistema Nervioso Central. No es descartable tampoco la posible aparición de reacciones paradójicas ya que son más frecuentes en pacientes psiquiátricos y ancianos[44]. No obstante, no es previsible que aparezcan frecuentemente en el contexto de la vía clínica actual ya que son más probables con el uso de benzodiacepinas de vida corta utilizadas como hipnóticos y en casos de dosis elevadas[45, 46].

Disponemos desde hace muchos años de literatura sobre la eficacia del Haloperidol en estas situaciones[47]. Sin embargo, la aparición y ya extendida utilización de los antipsicóticos atípicos obliga a replantear las pautas clásicas[48]. Por un lado, se trata de fármacos con un perfil que disminuye los efectos secundarios extrapiramidales y, en el caso de la Olanzapina y la Risperidona, contrastada eficacia[49]. Por otro, se aceptan actualmente como primera línea de tratamiento tanto en la esquizofrenia[50, 51] como en el trastorno bipolar[52].

Yildiz et al (2003) defienden que la Risperidona, Ziprasidona y Olanzapina, con o sin benzodiacepinas deberían constituir la primera línea de tratamiento de la agitación aguda[53]. Estos autores sugieren además que el tratamiento oral siempre debe intentarse como primera opción, con el fin de construir una adecuada alianza terapéutica y favorecer un locus de con-

trol interno. De hecho, varios estudios han demostrado la eficacia de los antipsicóticos atípicos para tratar la agitación psicomotriz en los pacientes psicóticos[54-58], en las fases maniacas[59, 60] y en las demencias[61].

Hemos decidido el uso de Olanzapina entre los distintos antipsicóticos atípicos en función de su perfil sedante y su buena aceptación entre los pacientes[62]. Disponemos además, desde hace poco en nuestro país, de su presentación intramuscular. Ésta se ha demostrado eficaz y segura en el tratamiento de la agitación esquizofrénica en ensayos clínicos randomizados y multicéntricos, controlados con placebo[63, 64]. Un estudio reciente en episodios de agitación sugiere una mayor eficacia manteniendo su perfil de seguridad con dosis superiores (40 mg/día)[65] a las recomendadas en su ficha técnica.

La Risperidona supone una buena alternativa en aquellos casos en los que sea posible la administración oral, ya que su presentación intramuscular no resulta adecuada en el manejo de la agitación psicomotriz. La Quetiapina también podría ser una buena opción[66], especialmente en los pacientes psicóticos de edad avanzada[67], en la demencia con cuerpos de Lewy[68], y en los pacientes con enfermedad de Parkinson, todos especialmente sensibles al parkinsonismo[69, 70]. A ello contribuye sin duda que la farmacocinética de la Quetiapina no se encuentra alterada por el envejecimiento[71]. Los datos recientes sobre el riesgo cardiovascular implícito al uso de Olanzapina y Risperidona en ancianos, y la posibilidad de que dicho riesgo se demuestre para otros antipsicóticos en un futuro han sembrado la incertidumbre en relación al tratamiento idóneo de la agitación en el paciente con demencia. Hemos mantenido la Risperidona como primera opción en estos casos (con las alternativas de la Quetiapina o incluso el menos recomendable Haloperidol) después de tener en cuenta que la Risperidona mantiene esta indicación. No obstante, cabe recordar que el Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano (CSMH) concluyó en su nota informativa del 10 de mayo del 2004 que *el balance beneficio-riesgo de risperidona en pacientes con demencia sólo es favorable en el tratamiento sintomático de episodios graves de agresividad o cuadros psicóticos severos que no respondan a otras medidas y para los que se hayan descartado otras etiologías, manteniendo el tratamiento durante el menor tiempo posible*[72]. Sin duda, éste es un tema sujeto a posibles cambios en un futuro próximo.

Podemos considerar al Clometiazol como una alternativa válida en España[73], donde ha sido, y todavía es, frecuentemente utilizado. La vía clínica incluye además una situación particular, los cuadros de agitación en pacientes que han sufrido un traumatismo craneo-encefálico. Si bien existe menos consenso que en las situaciones anteriores, la literatura actual sugiere el uso de beta-bloqueantes como fármacos de primera elección[74]. El Atenolol es un beta-1-cardioselectivo que permite un uso más seguro en pacientes diabéticos, con asma o EPOC. En pacientes con enfermedad cardíaca severa debe evitarse porque pueden exacerbar un fallo cardíaco congestivo.

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y AGENTES BIOLÓGICOS

Existen numerosas enfermedades, fármacos, drogas y tóxicos que pueden producir agitación psicomotriz. Las tablas I y II no pretenden ser exhaustivas sino señalar aquellos que por su frecuencia cabe tener en mayor consideración.

Tabla I

Sustancias que pueden causar agitación

Corticosteroides
Agonistas dopaminérgicos (Levodopa, Bromocriptina)
Anticolinérgicos (antiparkinsonianos y antidepresivos tricíclicos)
Relajantes musculares
Beta-adrenérgicos
Anestésicos
Digital
Antivíricos (Interferón y otros)
Productos de venta sin receta
Drogas
Tóxicos (plomo y otros)

Tabla II

Enfermedades somáticas que pueden causar agitación

Demencias	EPOC
Enfermedad de Parkinson	Insuficiencia cardiaca
Traumatismo craneoencefálico	Arritmias cardiacas
Enfermedad vascular cerebral	Hipertiroidismo
Epilepsia	Hipotiroidismo
Migraña	Hiperparatiroidismo
Encefalopatía hepática	Hipoglucemia
Encefalopatía hipóxica	Uremia
Encefalitis	Lupus
Neoplasias	SIDA

CONDUCTA A SEGUIR POR PARTE DEL CUIDADOR

1. Intentar salvaguardar la seguridad del paciente y de las personas que le acompañen.

2. Avisar al profesional responsable según algoritmo de urgencias.

CONDUCTA A SEGUIR POR PARTE DEL PROFESIONAL QUE ATIENDE LA URGENCIA

1. Acudir al domicilio lo antes posible.

2. Recogida previa de constantes vitales (no preceptivo, si el paciente colabora): tensión arterial y temperatura (consultar con psiquiatra si tensión arterial <105/65 o temperatura > 37º).

3. Revisión de la historia médica del paciente para la aproximación a la etiología del episodio: a destacar la importancia de tratamientos concomitantes, abuso de tóxicos, enfermedades conocidas, posibilidad de embarazo, historia de reacciones adversas o intolerancia a fármacos, diagnóstico psiquiátrico y antecedentes de episodios de agitación anteriores y cómo se trataron.

4. Entrevista con el paciente con actitud firme pero tranquilizadora.

5. Decisión de si la situación permite evitar las medidas farmacológicas, cabe proceder al tratamiento según la vía clínica, o es preciso llamar al CICU para traslado a hospital. En caso de embarazo conocido, se consultará al psiquiatra si no se ha prescrito en la historia una pauta de actuación específica.

6. Todas las intervenciones quedarán recogidas en el DCC.

7. Si se decide tratamiento, aplicar pautas según el esquema de la vía clínica.

PAUTAS TERAPÉUTICAS

Pauta A: benzodiacepinas por vía oral

1. Lorazepam[44]: 1mg vía oral o sublingual.

2. Alternativa. En casos cuyos antecedentes hacen pensar en una mejor respuesta a los siguientes:

– Diazepam: 10 mg vía oral o sublingual.

– Cloracepato Dipotásico: 25 mg vía oral.

No aplicar la alternativa y consultar al psiquiatra si:

– Tratamiento con anticonceptivos orales, Rifampicina, Cimetidina, Omeprazol, Isoniacida, Digoxina, ISRS, Heparina, Propranolol o Metoprolol.

– > 65 años.

– Insuficiencia hepática o renal.

– Abuso de alcohol.

– Abuso de otros tóxicos con sospecha de abstinencia.

3. Repetir la misma dosis cada 30 minutos si no hay respuesta hasta un máximo de 3 mg de Lorazepam (30 mg si Diazepam y 75 mg si Clorazepato Dipotásico).

4. Avisar a psiquiatra si no hay respuesta después de las 3 tomas.

5. Tomar la tensión arterial antes de cada nueva administración y si el paciente presenta síntomas sugestivos de hipotensión. Si tensión arterial <100/60 ➔ Etilefrina clorhidrato: 5 mg vía oral y avisar al psiquiatra.

6. Comprobar (puede ser telefónicamente según la gravedad del caso) antes de 3 horas la posible presencia de:

– Reacción paradójica ➔ Haloperidol: 5 mg vía IM[73] y avisar a psiquiatra.

– Intoxicación (disminución del nivel de conciencia, incoordinación motora e hipotonía) ➔ avisar a CICU.

7. Instrucciones generales:

– Utilizar la mitad de la dosis si > 65 años.

– No mezclar con antiácidos ni alimentos.

– Sospechar menor efecto si coincide con anticolinérgicos o tabaquismo.

– Sospechar mayor efecto si coincide con Probenecid (en el caso de Lorazepam) o alcohol.

8. Contraindicaciones absolutas ➔ no aplicar la pauta y avisar a psiquiatra:

– Miastenia Gravis.

– Insuficiencia respiratoria.

– Encefalopatía hepática.

– Síndrome de apnea del sueño.

Pauta B: Antipsicóticos por vía oral.

1. Olanzapina[49, 51-53, 58, 59, 61, 62]: 10 mg comprimido velotab[76]. Sólo utilizar en las indicaciones actuales (esquizofrenia y psicosis afectivas). No utilizar en > 65 años o con alto riesgo cardiovascular.

2. Alternativas en las siguientes situaciones:

   – Risperidona[49-51, 53, 54, 58, 59, 61]: 3 mg en comprimidos o solución (3 ml). Primera opción en pacientes con psicosis o demencia senil si fracasan otras medidas no farmacológicas. Utilizar 1,5 mg si > 65 años, demencia senil o demencia-SIDA. No utilizar esta alternativa si tratamiento concomitante con ISRS.

   – Quetiapina[67-70]: 100 mg vía oral. En pacientes con enfermedad de Parkinson o hiperprolactinemia como primera opción y también si es un paciente con psicosis o demencia senil tratado con Quetiapina.

   – Levomepromazina[73]: 25 mg vía oral. En pacientes psicóticos menores de 50 años con tratamiento antipsicótico pautado y sin sospecha de no-cumplimentación. No usarla junto con vasodilatadores o hipotensores (hipotensión) ni con hipolipemiantes (compuestos insolubles).

   – Haloperidol[73]: 2,5 mg vía oral. En pacientes con cardiopatía.

3. Avisar a psiquiatra si persiste agitación después de 30 minutos (posibilidad de repetir dosis o utilizar la pauta E).

4. Avisar al cuidador de la posible presencia de efectos extrapiramidales.

5. Tomar la Tensión arterial si el paciente presenta síntomas sugestivos de hipotensión, también 1 hora después de la administración de la pauta A y, de nuevo, después de la pauta E si se aplicara. Si tensión arterial <100/60 ➔ Etilefrina clorhidrato: 5 mg vía oral y avisar al psiquiatra.

6. Instrucciones generales:

   – Utilizar la mitad de la dosis si > 65 años, demencia senil o demencia-SIDA.

   – No mezclar con antiácidos ni alimentos y el Haloperidol vía oral con líquidos calientes.

   – Sospechar menor efecto si coincide con Rifampicina, Griseofulvina o Tabaquismo.

   – Sospechar mayor efecto si coincide con Indometacina (si toma Haloperidol), Eritromicina, Cloranfenicol o Ketoconazol.

Pauta C: otros fármacos por vía oral.

1. Clometiazol[73]: 2 cápsulas vía oral.

2. Repetir la misma dosis a los 30 minutos si no respuesta.

3. Avisar a psiquiatra si persiste agitación.

4. Tomar la tensión arterial antes de la segunda administración y si el paciente presenta síntomas sugestivos de hipotensión. Si tensión arterial <100/60 ➔ Etilefrina clorhidrato: 5 mg vía oral y avisar al psiquiatra.

5. Contraindicaciones absolutas ➔ No aplicar pauta y avisar a psiquiatra:

- Insuficiencia respiratoria.
- Encefalopatía hepática.
- Síndrome de apnea del sueño.

6. Contraindicaciones relativas:

- EPOC sin insuficiencia respiratoria ➔ Utilizar pauta B (mitad de las dosis).

Pauta D: Antipsicóticos por vía IM.

1. Haloperidol (5 mg vía IM)[73].

2. Alternativa en las siguientes situaciones:

- Haloperidol (5 mg vía IM) + Levomepromazina (25 mg vía IM)[73]. En pacientes psicóticos y agitación severa. No utilizarla si paciente es > 50 años, su tensión arterial es <105/65 o tiene antecedentes de hipotensión.
- Olanzapina (10 mg vía IM)[63, 64]. Se dispone de poca experiencia todavía, pero parece ser una alternativa válida y quizás de primera elección en un futuro próximo.
- Ziprasidona (20 mg vía IM)[53, 57, 58, 77, 78]. Al igual que en el caso de Olanzapina, la experiencia es limitada. Se recomienda en pacientes con antecedentes de efectos extrapiramidales.

3. Avisar a psiquiatra si persiste agitación después de 30 minutos (posibilidad de repetir dosis o utilizar la pauta E).

4. Avisar al cuidador de la posible presencia de efectos extrapiramidales.

5. Tomar la tensión arterial si el paciente presenta síntomas sugestivos de hipotensión, también 1 hora después de la administración de la pauta D y, de nuevo, después de la pauta E si se aplicara. Si tensión arterial <100/60 ➔ Etilefrina clorhidrato: 5 mg vía oral y avisar al psiquiatra.

6. Instrucciones generales:

- > 65 años, demencia senil o demencia-SIDA ➔ Utilizar la mitad de dosis (no utilizar alternativas).

7. Contraindicaciones

- Enfermedad de Parkinson ➔ Utilizar pauta B.
- Antecedentes de epilepsia ➔ Utilizar pauta A.

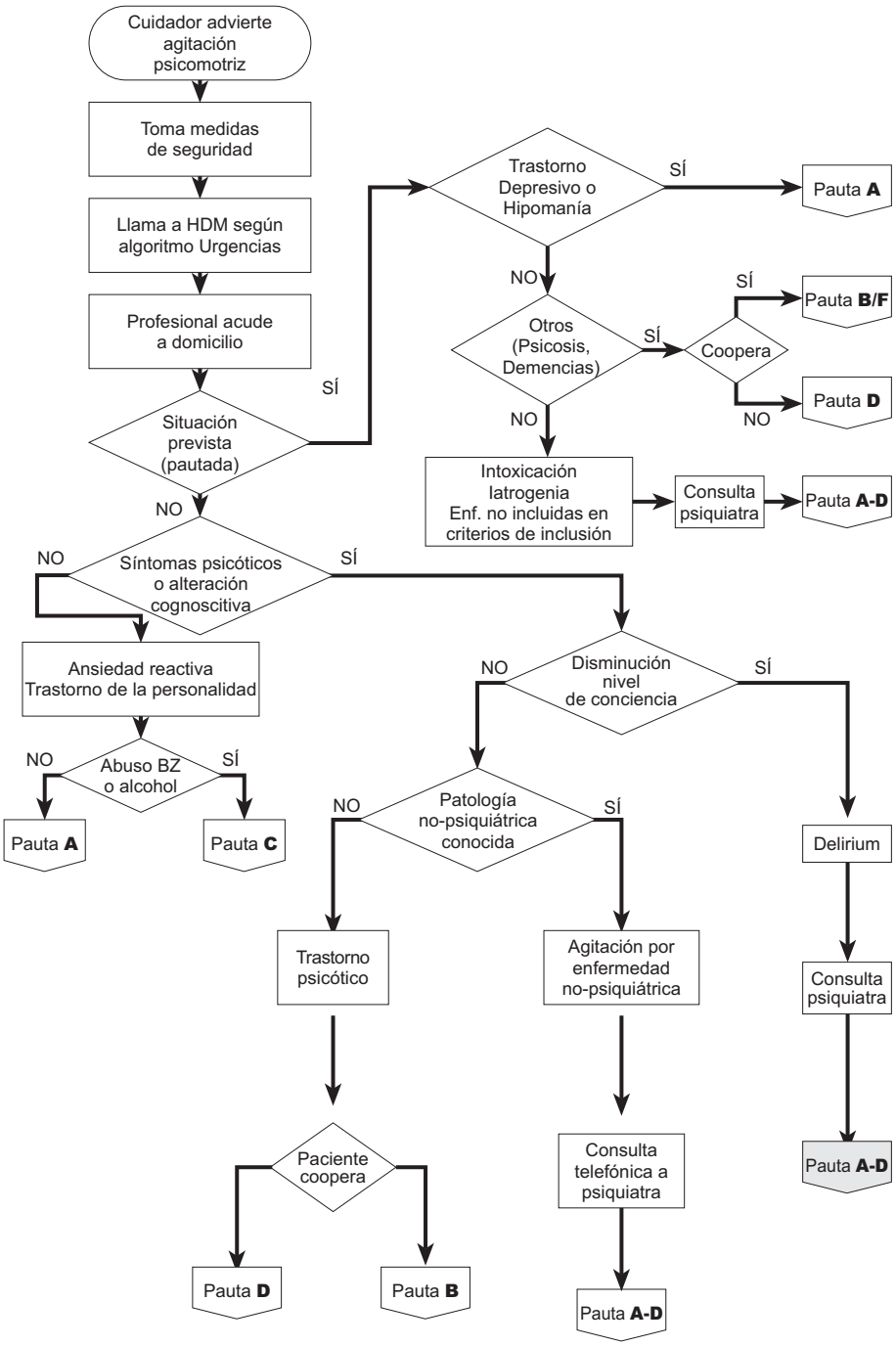
Pauta E: asociaciones.

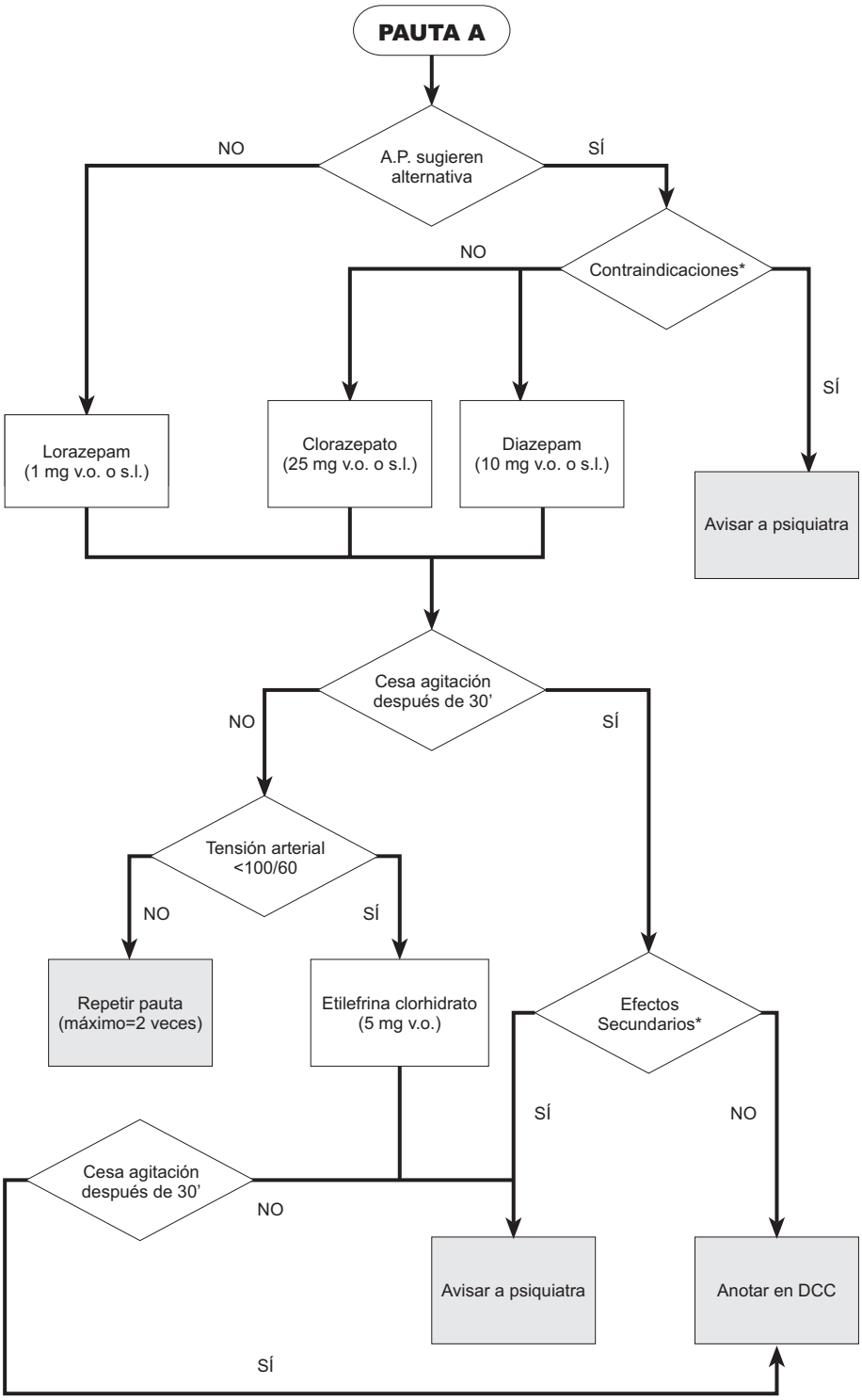
1. Consulta previa con psiquiatra.
2. Alternativas:
   – Pauta A + B[43]. Si el paciente coopera. Si el paciente no coopera, se utilizará la pauta D.
   – Acetato de Zuclopentixol (50 mg vía IM)[73]. Añadido a las pautas B, D o E (las dos anteriores) en pacientes psicóticos con riesgo de agitación persistente y cumplimentación problemática.

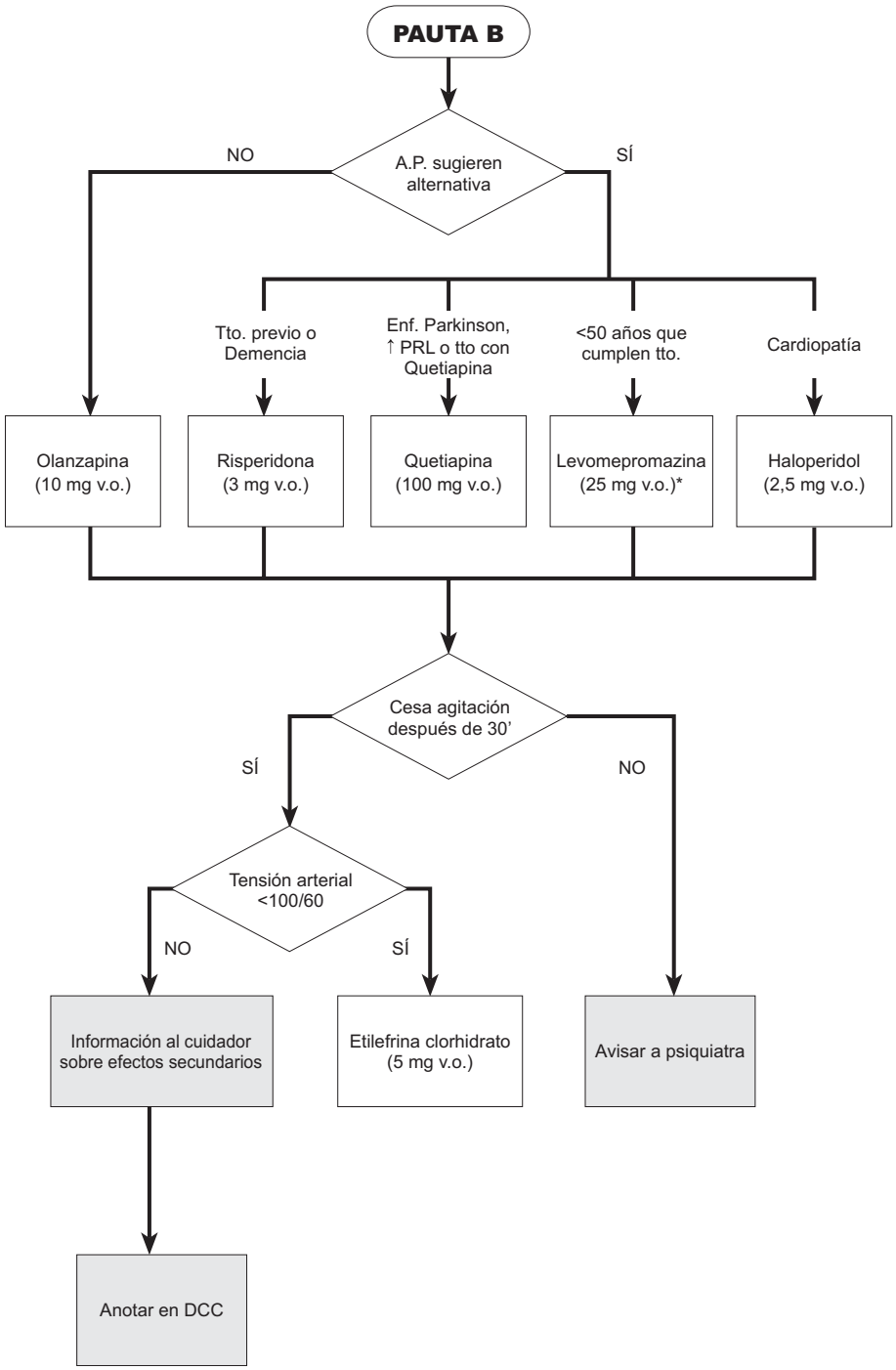
Pauta F: beta-bloqueantes.

1. Atenolol[74]: 50 mg vía oral.
2. Indicaciones: únicamente se utilizará en las psicosis orgánicas siguientes:
   a) Transformaciones orgánicas de la personalidad por traumatismo craneoencefálico.
3. Avisar al psiquiatra de guardia si no cede la agitación en 30 minutos.
4. Instrucciones generales:
   – Toma previa de tensión arterial y frecuencia cardiaca.
5. Contraindicaciones:
   – Tensión arterial <105/65.
   – Frecuencia cardiaca < 80.
   – Avisar al psiquiatra de guardia si existe contraindicación.

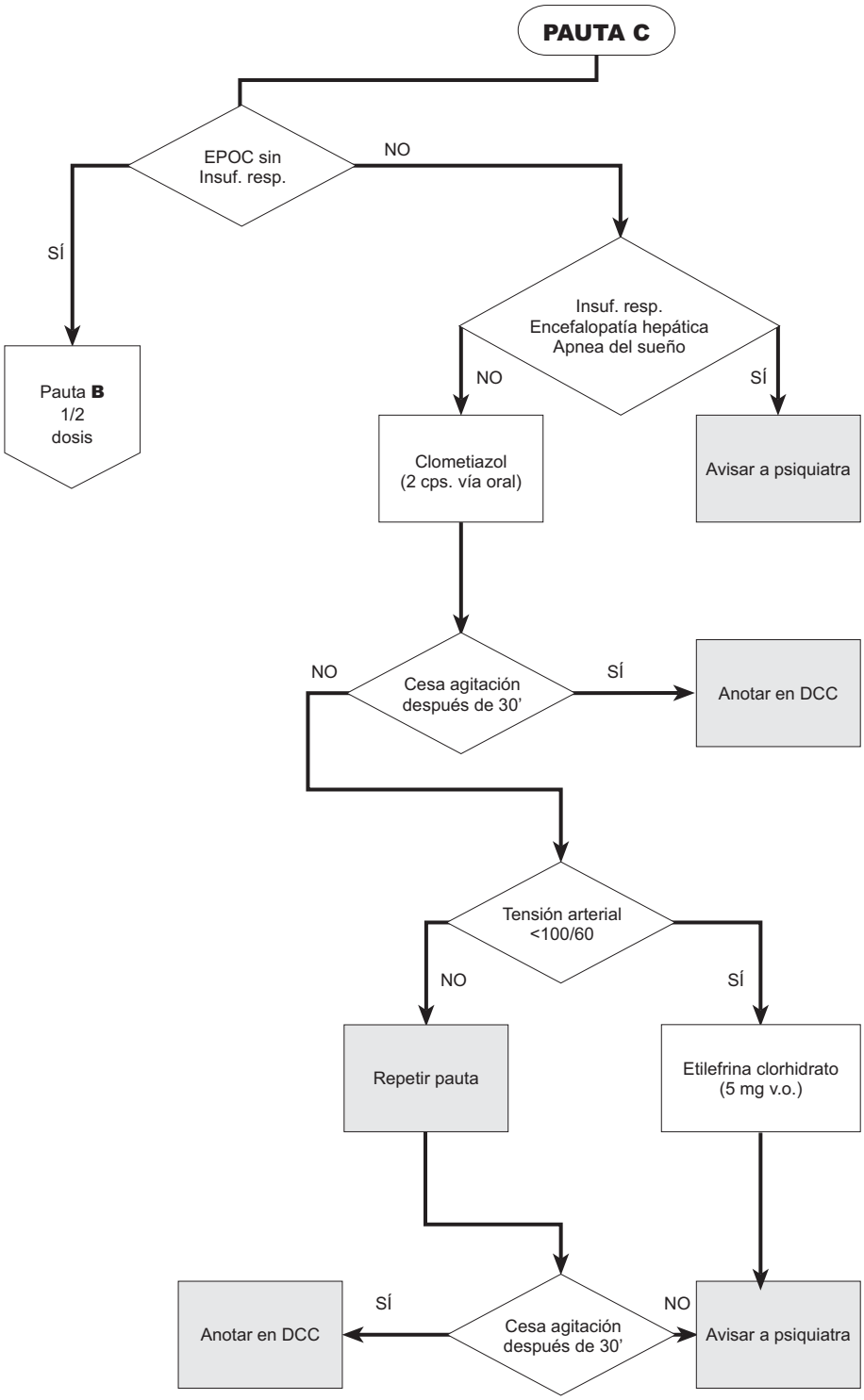
PROTOCOLO:
AGITACIÓN

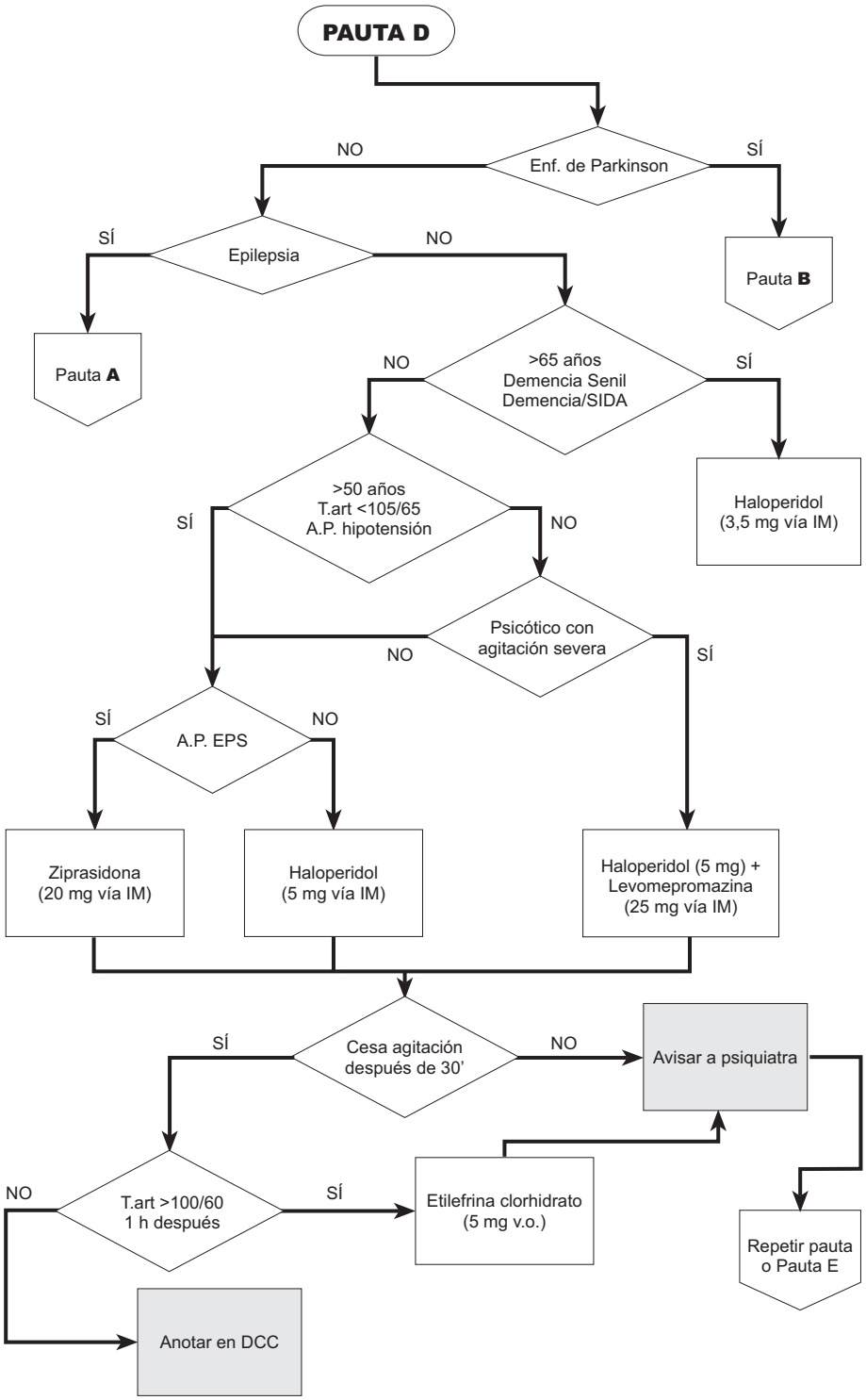


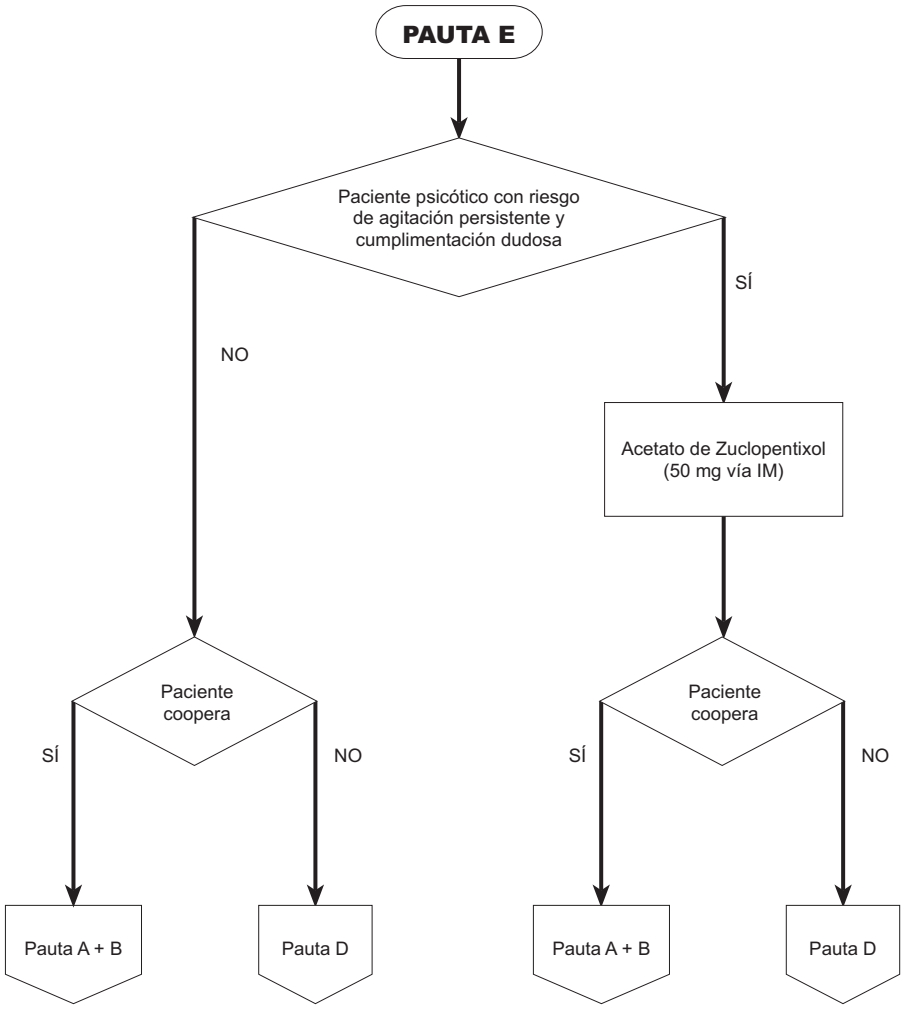

PAUTA A
A.P. sugieren alternativa
NO
SÍ
Contraindicaciones*
NO
SÍ
Lorazepam (1 mg v.o. o s.l.)
Clorazepato (25 mg v.o. o s.l.)
Diazepam (10 mg v.o. o s.l.)
Avisar a psiquiatra
Cesa agitación después de 30'
NO
SÍ
Tensión arterial <100/60
NO
SÍ
Repetir pauta (máximo=2 veces)
Etilefrina clorhidrato (5 mg v.o.)
Efectos Secundarios*
SÍ
NO
Cesa agitación después de 30'
NO
Avisar a psiquiatra
Anotar en DCC
SÍ

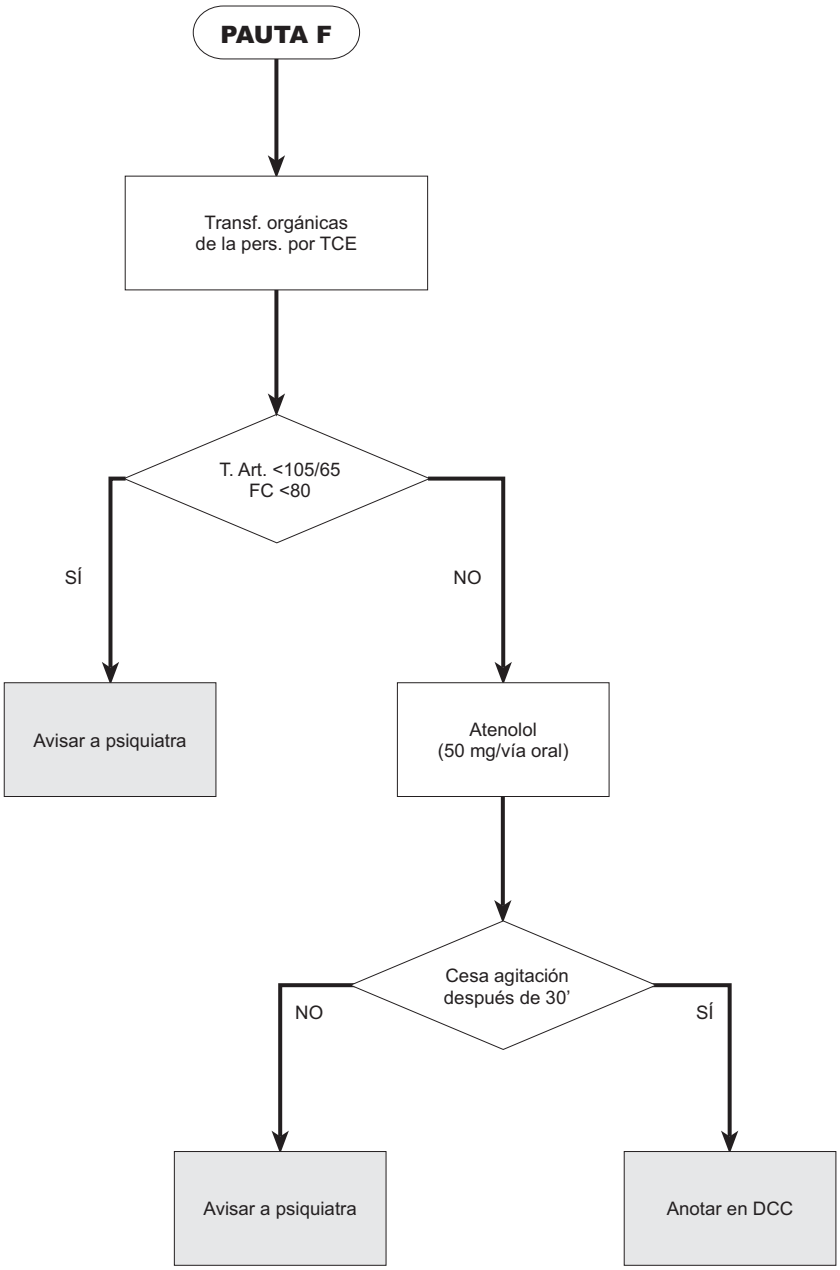

PAUTA B
A.P. sugieren alternativa
NO
SÍ
Tto. previo o Demencia
Enf. Parkinson, ↑ PRL o tto con Quetiapina
<50 años que cumplen tto.
Cardiopatía
Olanzapina (10 mg v.o.)
Risperidona (3 mg v.o.)
Quetiapina (100 mg v.o.)
Levomepromazina (25 mg v.o.)*
Haloperidol (2,5 mg v.o.)
Cesa agitación después de 30'
SÍ
NO
Tensión arterial <100/60
NO
SÍ
Información al cuidador sobre efectos secundarios
Etilefrina clorhidrato (5 mg v.o.)
Avisar a psiquiatra
Anotar en DCC

*Ver pauta B


PAUTA C
EPOC sin
Insuf. resp.
NO
SÍ
Pauta **B**
1/2
dosis
Insuf. resp.
Encefalopatía hepática
Apnea del sueño
NO
SÍ
Clometiazol
(2 cps. vía oral)
Avisar a psiquiatra
NO
Cesa agitación
después de 30'
SÍ
Anotar en DCC
Tensión arterial
<100/60
NO
SÍ
Repetir pauta
Etilefrina clorhidrato
(5 mg v.o.)
Anotar en DCC
SÍ
Cesa agitación
después de 30'
NO
Avisar a psiquiatra


PAUTA D
Enf. de Parkinson
NO
SÍ
Pauta B
Epilepsia
SÍ
NO
Pauta A
>65 años
Demencia Senil
Demencia/SIDA
NO
SÍ
Haloperidol
(3,5 mg vía IM)
>50 años
T.art <105/65
A.P. hipotensión
SÍ
NO
Psicótico con
agitación severa
NO
SÍ
A.P. EPS
SÍ
NO
Ziprasidona
(20 mg vía IM)
Haloperidol
(5 mg vía IM)
Haloperidol (5 mg) +
Levomepromazina
(25 mg vía IM)
Cesa agitación
después de 30'
SÍ
NO
Avisar a psiquiatra
T.art >100/60
1 h después
NO
SÍ
Etilefrina clorhidrato
(5 mg v.o.)
Repetir pauta
o Pauta E
Anotar en DCC


PAUTA E
Paciente psicótico con riesgo de agitación persistente y cumplimentación dudosa
SÍ
NO
Acetato de Zuclopentixol (50 mg vía IM)
Paciente coopera
SÍ
NO
Pauta A + B
Pauta D
Paciente coopera
SÍ
NO
Pauta A + B
Pauta D


PAUTA F
Transf. orgánicas
de la pers. por TCE
T. Art. <105/65
FC <80
SÍ
NO
Avisar a psiquiatra
Atenolol
(50 mg/vía oral)
Cesa agitación
después de 30'
NO
SÍ
Avisar a psiquiatra
Anotar en DCC

Conductas suicidas

La vía clínica de las conductas suicidas pretende estructurar el tratamiento a seguir ante la aparición de conductas suicidas durante el ingreso en la Hospitalización Domiciliaria.

EVIDENCIAS CIENTÍFICAS SOBRE EL SUICIDIO

Definición: basándonos en un concepto dimensional, consideramos como conducta suicida cualquier acto voluntariamente autolesivo (con o sin clara finalidad suicida) o verbalización de un deseo de morir, intención o deseo de atentar contra su integridad física.

Es preciso señalar que hay acuerdo general sobre la ausencia de un factor de riesgo o perfil característico dotado de la suficiente especificidad para identificar aquellos pacientes que acabarán cometiendo suicidio. Esta falta de especificidad es patente incluso usando escalas específicas[79]. Los factores de riesgo psicosociales descritos poseen una alta sensibilidad[80] y son capaces de definir el riesgo teórico de que un paciente cometa un suicidio, pero tienen una baja especificidad y no pueden identificar qué pacientes lo van a realizar[81]. La investigación biológica tampoco ha permitido encontrar ningún marcador con aplicación clínica.

Desde el punto de vista psicológico, el suicidio se ha vinculado a distintos factores que interaccionan entre sí y con los factores sociales y biológicos: baja autoestima, sentimientos de culpa y vergüenza, narcisismo, ambivalencia, aislamiento social, impulsividad-agresividad, ansiedad, depresión y desesperanza[82].

Desde el punto de vista social, dos factores parecen especialmente relevantes:

El aislamiento social o las relaciones sociales negativas.

Los acontecimientos vitales vividos como negativos, sobre todo si se trata de pérdidas (reales o percibidas)[82].

Se acepta que los trastornos psiquiátricos más asociados al suicidio son los trastornos del ánimo. Se sabe sin embargo que muy pocos de estos suicidas reciben tratamiento médico correcto[83]. También cabe destacar el abuso de tóxicos[84] y la esquizofrenia[85]. También en esta última enfermedad se ha demostrado que muchos pacientes no estaban recibiendo un tratamiento adecuado[86]. Tanto la frecuencia como la letalidad de los comportamientos suicidas se potencian notablemente al aparecer estos trastornos de forma comórbida, tal y como ocurre frecuentemente[79].

La importancia relativa de las enfermedades somáticas como agentes causales del suicidio es ampliamente aceptada y es particularmente intensa en los más mayores[87]. Las tablas I y II recogen las enfermedades y medicamentos que más comunmente se han asociado al suicidio. En general, el suicidio se asocia con la cronicidad, el dolor, el aislamiento, el mal pronóstico y la discapacidad.

Tabla I. **Enfermedades asociadas al suicidio**

Cáncer
SIDA
Insuficiencia renal crónica y diálisis
Lupus
Diabetes juvenil
Delirium
Hipocolesterolemia
Lesión de la médula espinal
Epilepsia
Accidente vascular cerebral
Enfermedad de Parkinson
Traumatismos craneoencefálicos
Tumores cerebrales
Esclerosis múltiple
Enfermedad de Huntington
Esclerosis lateral amiotrófica

Tabla II. **Fármacos asociados al suicidio**

Antihipertensivos
Corticoides
Anticonceptivos orales
Antineoplásicos
Antiparkinsonianos
Hormonas
Sustancias psicoactivas

En cuanto a la actitud a seguir ante las conductas suicidas, es importante señalar que se ha demostrado una clara relación entre la disponibilidad de los medios y las tasas de suicidio[88, 89]. Dado que la impulsividad es un factor decisivo en la suicidabilidad[90], en la medida que podamos reducir la inmediata accesibilidad a los métodos más letales, seremos capaces de disminuir la letalidad del intento[(91)].

Es clave que podamos identificar la inminencia de una crisis suicida que no hayamos detectado en el momento del ingreso en Hospitalización Domiciliaria a través de la evaluación clínica y la escala específica[25]. Hendin et al (2001) han descrito como posibles marcadores la presencia de un acontecimiento precipitante, la concurrencia de uno o más estados afectivos intensos diferentes a la depresión y al menos uno de tres patrones comportamentales: discurso o acciones sugestivas de suicidio, deterioro en el funcionamiento social u ocupacional y aumento en el abuso de sustancias[92].

En el proceso de valoración de la conducta suicida resultará también fundamental el valorar la necesidad de hospitalización en agudos para contención del riesgo. La literatura no aporta unos criterios universales y definitivos.

Nicholas & Golden (2001) proponen la hospitalización si existe uno de los siguientes: intentos previos de alta letalidad, plan suicida detallado, acceso a medios letales, pérdida reciente, aislamiento social, desesperanza, historia de conductas impulsivas y de alto riesgo, abuso de sustancias o trastorno mental sin tratamiento. Estos autores recomiendan considerar el tratamiento ambulatorio si no hay intentos previos letales, no existe un plan elaborado, la familia colabora y/o tiene un buen soporte social, y no hay acceso a medios letales[93].

SUICIDIO Y ATENCIÓN DOMICILIARIA

Existen varias razones para pensar que un programa de Hospitalización Domiciliaria podría implicar un mayor riesgo de conductas suicidas. La literatura disponible sitúa cerca del 50% la prevalencia de ideación suicida en los pacientes ingresados en programas domiciliarios, la cual es incluso superior a la de los pacientes ingresados en la hospitalización tradicional[(94)]. Además, es conocido el mayor riesgo suicida en el mes posterior al alta hospitalaria.

Sin embargo, las tasas de suicidio no parecen diferentes a las de la hospitalización tradicional[(95)] y, tal como señala Brimblecombe (2001), la aparición de suicidios en los distintos estudios ha sido más bien excepcional[(94)]. Este autor insiste en esta excelente revisión en varios aspectos fundamentales: es imprescindible por un lado, analizar el riesgo suicida con el propio paciente haciéndole saber incluso la disponibilidad del recurso de la sala de Psiquiatría, se debe evaluar de nuevo el riesgo en cada una de las visitas posteriores, el enfoque psicoterapéutico debe ser eminentemente práctico, centrado en la resolución de sus problemas reales (se puede incluir un plan para las próximas 24 horas que incluya qué hacer ante situaciones de vulne-

rabilidad), debe quedar muy claro la conducta a seguir según lo inminente del riesgo (ver pautas a continuación) y, por último, cualquier actuación debe quedar claramente documentada.

Es preciso señalar, que tal como han destacado algunos autores, cualquier incidente negativo en este tipo de programa puede ser criticado más duramente que si hubiera ocurrido en un entorno más convencional[96].

En la práctica, muchos pacientes en tratamiento domiciliario pueden requerir ingreso en la sala de Psiquiatría por riesgo suicida. Sin embargo, la mayoría de ellos deberían poder mantenerse a nivel ambulatorio[97, 98].

PAUTA A SEGUIR ANTE CONDUCTA SUICIDA

La aparición de una conducta suicida durante el proceso de Hospitalización Domiciliaria se considera una urgencia médica que será abordada siguiendo el algoritmo de urgencias descrito. En este caso en particular, si el cuidador intuye un riesgo vital, trasladará con urgencia al paciente al hospital o llamará al CICU directamente si no puede hacerlo.

Una vez el profesional se encuentra en el domicilio:

1. Valorar en primera instancia si puede existir una complicación orgánica.

2. Si se ha producido cualquier tipo de lesión que requiera asistencia médica, avisar al CICU y proceder al traslado al hospital para adoptar las medidas oportunas.

3. Si no es preciso el traslado al hospital, realizar una entrevista empática, concediendo al paciente suficiente tiempo y atención.

4. En caso de que haya existido una autoagresión, cabe utilizar una técnica de entrevista semi-estructurada que incluya:

- Comorbilidad psiquiátrica.
- Elaboración de la ideación suicida. Determinar la posible presencia de un plan suicida específico, así como la accesibilidad a los métodos para llevarlo a cabo. Así mismo, se debe establecer hasta qué punto sus planes podrían incluir a terceras personas, especialmente sus familiares más directos.
- Grado de desesperanza.
- Factores de riesgo suicida: vivir solo y sin apoyos externos, situación familiar caótica, pacientes psiquiátricos de puerta giratoria, ingreso psiquiátrico reciente, tentativa de suicidio previa, pacientes diagnosticados de depresión, dependencia a alcohol o esquizofrenia, antecedentes familiares de tentativas o suicidios consumados,

pérdidas recientes –suicidio en allegados sobre todo–, dolor o enfermedad grave crónica, fracasos terapéuticos repetidos y síntomas de desesperanza, impulsividad, obsesividad en las ideas de suicidio o alucinaciones imperativas en pacientes psicóticos.

– Recursos internos: creencias religiosas y culturales, control de sus impulsos o madurez, flexibilidad cognitiva y capacidades de *insight* y de pedir/administrar ayuda).

– Apoyos externos del paciente: relaciones sociales y familiares y otros factores de tipo ambiental como la situación laboral, pertenencia a grupos etc…

– Posibles factores precipitantes: impulsividad, desesperanza o agitación, acontecimientos vitales negativos, suicidio en su entorno y verbalizaciones suicidas.

– Gravedad de la tentativa suicida en función de los siguientes parámetros: providencia de rescate, letalidad objetiva y subjetiva del método elegido y crítica de la misma. Analizar, si procede, cómo fue la anterior tentativa suicida y en qué se diferencia de la actual.

5. Evitar errores frecuentes en este tipo de valoración.

Tabla III

Errores frecuentes en la valoración del suicidio

a) Preguntar por la ideación suicida de forma invasiva o agresiva o, por el contrario, no preguntar por miedo a 'dar ideas' o tener más responsabilidad legal.
b) Pensar que 'el que lo dice no lo hace'.
c) Banalizar, ridiculizar o 'castigar' aquellas tentativas de repetición, de aspecto manipulador o 'para llamar la atención'.
d) Intentar convencer al paciente o 'moralizar' sobre su acto.
e) No individualizar la valoración del caso.
f) Intentar transmitir optimismo de una forma no realista.
g) Interpretar la ambivalencia típica de los suicidas como un factor de seguridad.
h) Creer que la presencia de un desencadenante de la situación disminuye el riesgo.
i) Prescindir de la opinión de los acompañantes.

6. Adoptar las medidas siguientes en el caso de las autoagresiones:

a) Si la valoración se ha realizado todavía en el domicilio, decidir si se debe ingresar al paciente en la HP si se reevalúa el riesgo como elevado o, por el contrario, permanece en Hospitalización Domiciliaria.

b) Si la valoración se ha realizado en el hospital, decidir si reingresa en la Hospitalización Domiciliaria o se procede al ingreso en la HP.

Proponemos ingresar en la unidad de agudos si se cumple cualquiera de los criterios siguientes:

– Intentos previos graves.

– Plan suicida elaborado.

– Acceso a medios letales.

– Aislamiento social, sin posibilidad de apoyo familiar.

– Desesperanza.

– Abuso de sustancias.

– Ausencia de crítica de la conducta suicida realizada.

c) Consultar con psiquiatra de guardia.

d) Tratamiento farmacológico:

– Comprobar que la medicación pautada es segura en sobredosis y asegurar que el familiar responsable controla la medicación. Cabe tener especial precaución con el Litio, ya que si bien es uno de los pocos fármacos con efecto antisuicida específico[99], el envase tiene 100 comprimidos, muy por encima de la dosis letal.

– Añadir medicación sedante si ansiedad, agitación leve o insomnio hasta el ajuste de la medicación al día siguiente (posibilidad de pautas de agitación psicomotriz si precisa).

e) Iniciar intervención psicoterapéutica (consejo en crisis tanto personal como familiar). La literatura parece apoyar especialmente las técnicas basadas en la resolución de problemas[100].

f) Tomar las medidas oportunas de minimización de la disponibilidad de medios para el suicidio.

7. En el caso de la ideación suicida, realizar una entrevista semiestructurada semejante a la de los casos de autoagresión (sin incluir la gravedad de la tentativa).

8. Estimar posteriormente si el riesgo de suicidio es inminente (menos de 48 horas), a corto plazo (menos de una semana) o a largo plazo[101, 102].

– Riesgo inminente: intencionalidad suicida clara, plan elaborado, medios letales disponibles, psicosis, escaso apoyo.

– Riesgo a corto plazo: depresión, abuso de alcohol, ansiedad, historia familiar o personal de suicidio en ausencia de ningún criterio de riesgo inminente.

– Riesgo a largo plazo: presencia de factores de riesgo e ideación suicida sin presencia de otros criterios de riesgo inminente o a corto plazo.

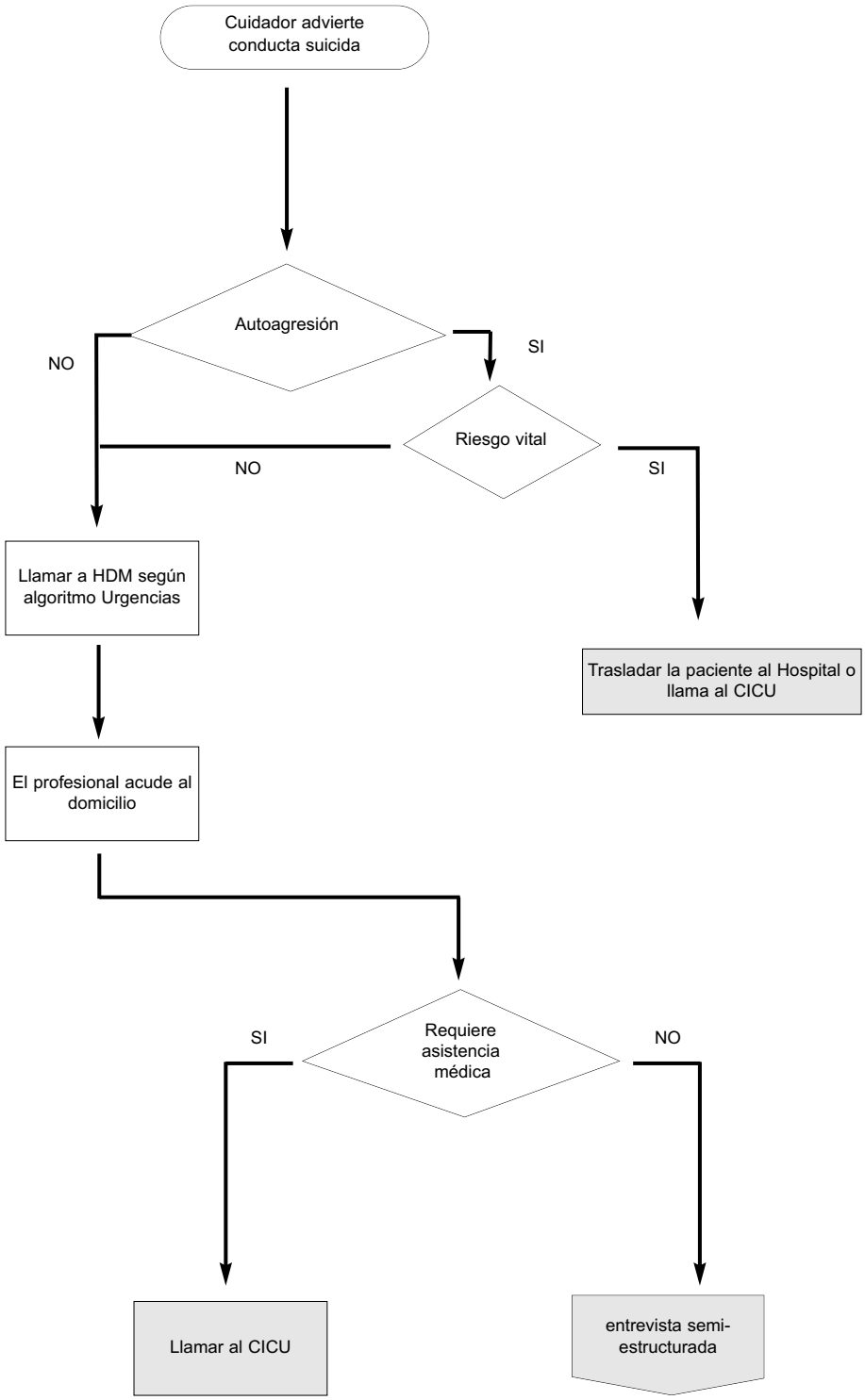
9. A partir de esta estimación se establece la pauta a seguir:

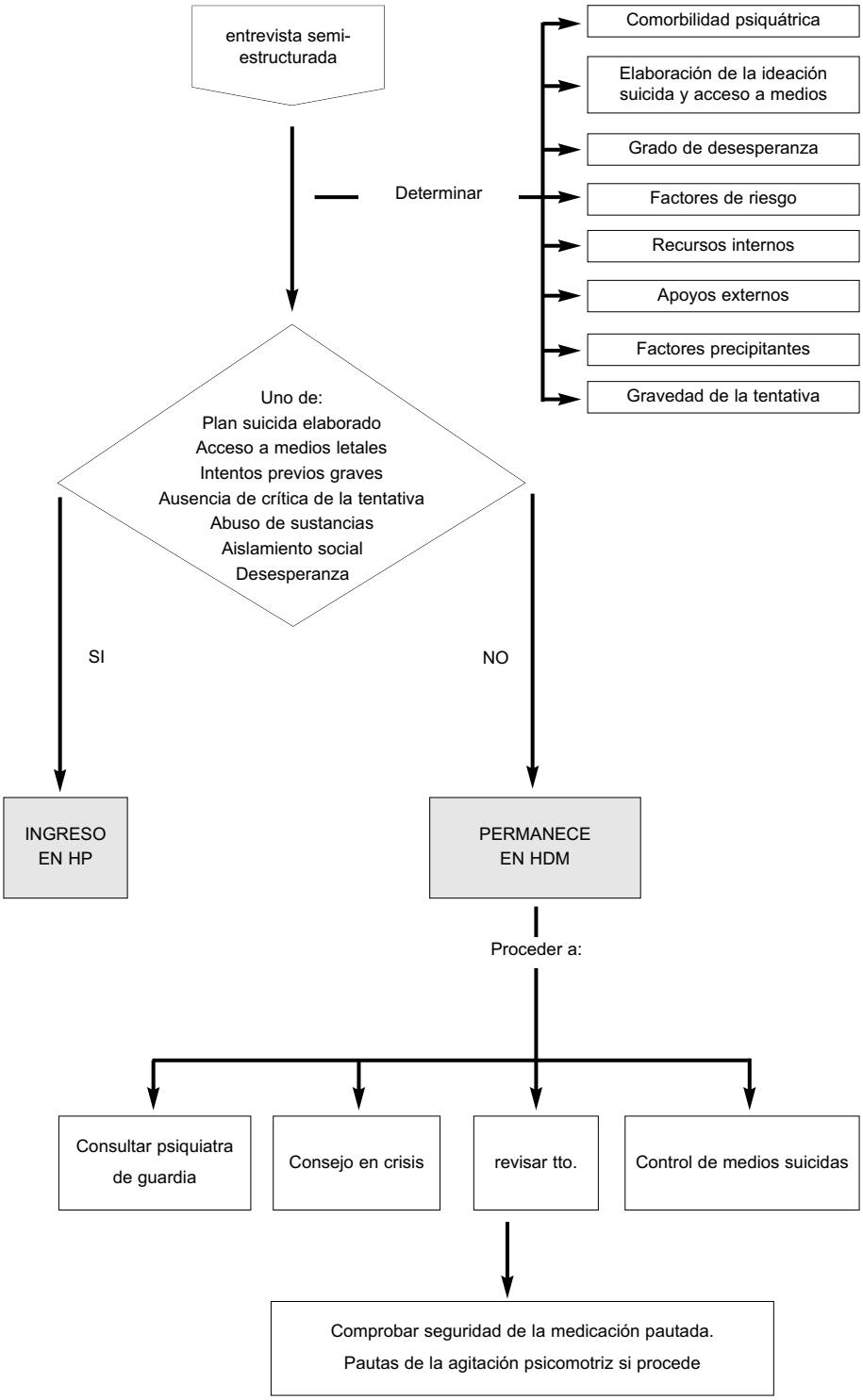
a) Si el riesgo se considera inminente, se procederá a su ingreso en la HP.

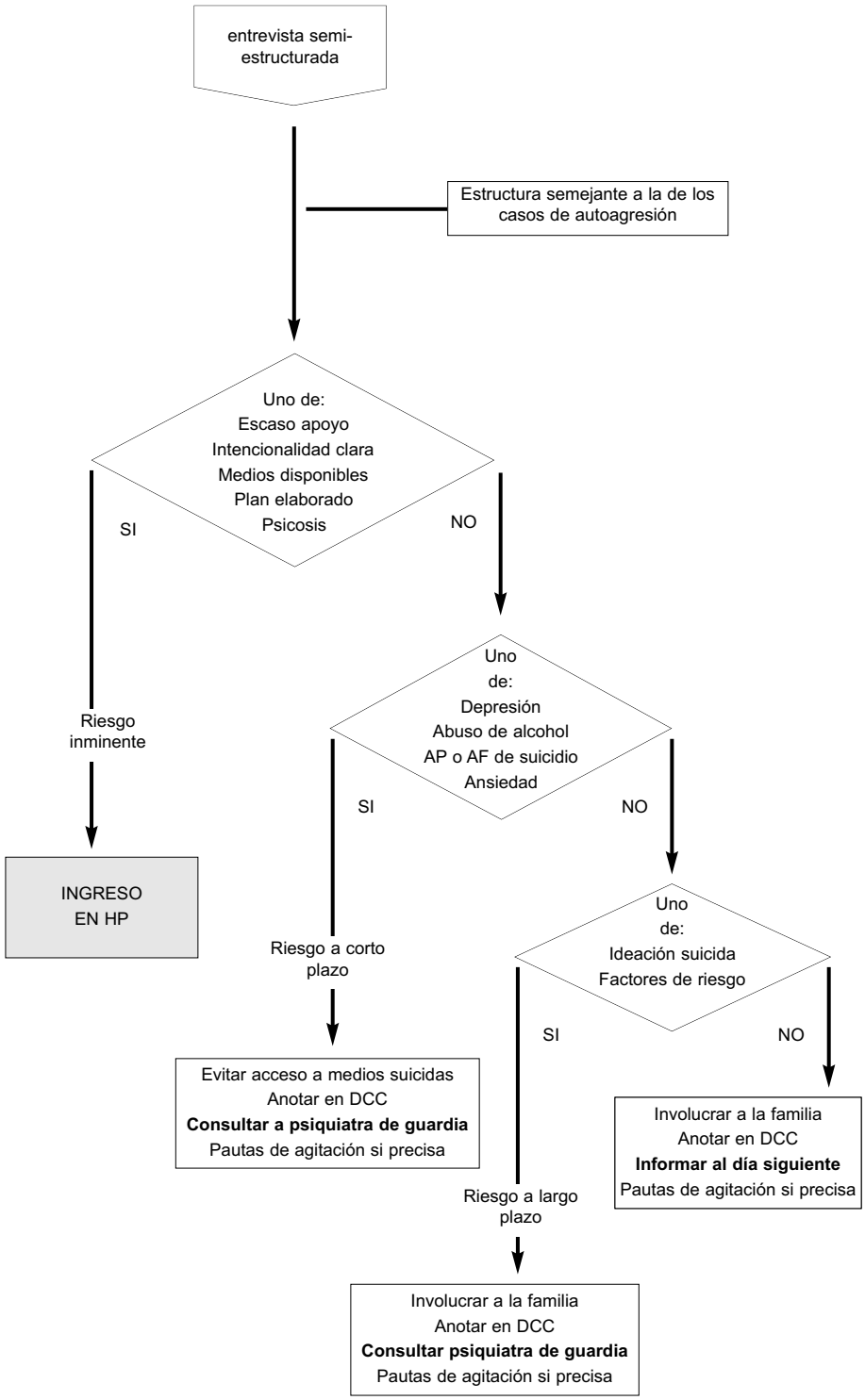
b) Si el riesgo se estima a corto plazo, se limitará el acceso a los medios suicidas, se anotará en la DCC y se consultará al psiquiatra de guardia. Posibilidad de pautas de agitación si precisa.

c) Si el riesgo se evalúa como a largo plazo, se involucrará a la familia en el plan terapéutico, especialmente en el control de los métodos suicidas (armas[88] y sustancias tóxicas, particularmente los medicamentos[89, 103]), se recogerá en la DCC y se informará al psiquiatra de guardia. Posibilidad de pautas de agitación si precisa.

d) Si no se evidencia ideación suicida ni factores de riesgo se involucrará a la familia en el plan terapéutico (control de los métodos suicidas), se recogerá en la DCC y se informará al psiquiatra responsable de la HDM al día siguiente. Posibilidad de pautas de agitación si precisa.


Cuidador advierte conducta suicida
Autoagresión
NO
SI
Riesgo vital
NO
SI
Llamar a HDM según algoritmo Urgencias
Trasladar la paciente al Hospital o llama al CICU
El profesional acude al domicilio
Requiere asistencia médica
SI
NO
Llamar al CICU
entrevista semi-estructurada


entrevista semi-estructurada
Determinar
Comorbilidad psiquátrica
Elaboración de la ideación suicida y acceso a medios
Grado de desesperanza
Factores de riesgo
Recursos internos
Apoyos externos
Factores precipitantes
Gravedad de la tentativa
Uno de:
Plan suicida elaborado
Acceso a medios letales
Intentos previos graves
Ausencia de crítica de la tentativa
Abuso de sustancias
Aislamiento social
Desesperanza
SI
NO
INGRESO EN HP
PERMANECE EN HDM
Proceder a:
Consultar psiquiatra de guardia
Consejo en crisis
revisar tto.
Control de medios suicidas
Comprobar seguridad de la medicación pautada.
Pautas de la agitación psicomotriz si procede


entrevista semi-estructurada
Estructura semejante a la de los casos de autoagresión
Uno de:
Escaso apoyo
Intencionalidad clara
Medios disponibles
Plan elaborado
Psicosis
SI
NO
Riesgo inminente
INGRESO EN HP
Uno de:
Depresión
Abuso de alcohol
AP o AF de suicidio
Ansiedad
SI
NO
Riesgo a corto plazo
Evitar acceso a medios suicidas
Anotar en DCC
Consultar a psiquiatra de guardia
Pautas de agitación si precisa
Uno de:
Ideación suicida
Factores de riesgo
SI
NO
Riesgo a largo plazo
Involucrar a la familia
Anotar en DCC
Consultar psiquiatra de guardia
Pautas de agitación si precisa
Involucrar a la familia
Anotar en DCC
Informar al día siguiente
Pautas de agitación si precisa

Reacciones adversas a la medicación

La vía clínica de los efectos adversos de la medicación servirá de orientación a los profesionales de la Hospitalización Domiciliaria para identificar y resolver aquellos efectos no deseables que surjan en el manejo de los psicofármacos.

Esta vía no pretende detallar exhaustivamente la posible ocurrencia de efectos adversos, sino servir como referente de actuación frente aquellos que, por su gravedad o frecuencia de aparición, merecen una atención especial.

Concepto

El término efectos adversos hace referencia a todos aquellos efectos indeseables que aparecen con el uso de fármacos e incluye otros términos más ambiguos como son los *efectos tóxicos* (dosis-dependientes) y los *efectos secundarios* (no siempre relacionados con la dosis)[104].

En esta vía clínica nos referiremos únicamente a los efectos a corto plazo que aparezcan de forma inesperada durante el ingreso domiciliario.

Prevención de los efectos adversos

Se proponen las siguientes medidas para prevenir los efectos adversos y disminuir su gravedad cuando aparezcan.

1. Utilizar cuando sea posible psicofármacos que hayan demostrado su tolerancia en ese paciente.

2. Utilizar como primera opción psicofármacos con un buen perfil de efectos secundarios (p.ej. antipsicóticos atípicos vs. clásicos).

3. Considerar en la primera entrevista la posible presencia de variaciones farmacocinéticas (p.ej. enfermedades hepáticas/renales o interacciones farmacológicas a este nivel) o farmacodinámicas (p.ej. interacciones farmacológicas).

4. Recoger en la primera entrevista antecedenes de alergias o reacciones idiosincráticas a fármacos.

5. Explicar al paciente y familiar responsable los posibles efectos adversos que pudiera experimentar.

CLASIFICACIÓN DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS

Efectos secundarios potencialmente graves que requieren una acción inmediata

1. ARRITMIAS.

- Fármacos: especialmente los antidepresivos tricíclicos (ATC), fundamentalmente la Amitriptilina, sobre todo en altas dosis, ancianos o cardiópatas. También pueden aparecer con Maprotilina.
- Medidas: cambiar el psicofármaco. Como medida preventiva, realizar ECG en pacientes cardiópatas y ancianos.
- Posibles alteraciones ECG:
  - Litio. Aplanamiento/inversión de la onda T, ensanchaminento del QRS y disfunción del nódulo sino-auricular, habitualmente sin relevancia clínica en pacientes no cardiópatas por lo que no es preciso realizar tratamiento. A niveles terapéuticos no suele agravar las arritmias.
  - ATC. Prolongación del PR y QTc, ensanchamiento del complejo QRS, aparición de onda U, aplanamiento/inversión de la onda T y depresión del segmento ST (actividad de tipo quinidina). Consulta médica.
  - Carbamacepina. Acción quinidínica. Consulta médica.
  - ISRS. No parecen tener efectos clínicamente relevantes sobre el ECG ni sobre la presión arterial, aunque se ha cuestionado esto para el citalopram en casos de sobredosis[105].

2. INSUFICIENCIA CARDIACA.

– Fármacos: ATC en cardiópatas y ancianos.

– Medidas: consulta médica.

3. DEPRESIÓN RESPIRATORIA.

– Fármacos: benzodiacepinas y Clormetiazol. Las distonías agudas (antipsicóticos) pueden afectar la musculatura respiratoria en casos extremos.

– Medidas preventivas: en pacientes EPOC se puede utilizar la Trazodona y, si es imprescindible, el lorazepam. Las benzodiacepinas están contraindicadas en pacientes con apnea del sueño.

– Medidas: Traslado al servicio de urgencias.

4. HIPONATREMIA.

– Sodio sérico < 135 mEq/l. Los síntomas psíquicos (ansiedad o clínica depresiva, alteraciones de conducta, delirium con posibles alucinaciones, letargia y coma) suelen aparecer con sodio sérico < 125 mEq/l.

– Fármacos: Carbamacepina y Oxcarbacepina. Rara con ISRS y ATC.

– Medidas: retirada del fármaco y si hiponatremia sintomática o < 125 mEq/l, traslado al servicio de urgencias.

5. HIPERCALCEMIA.

– Calcio plasmático total > 10,5 mg/dl. La sintomatología depende de los niveles y del grado de instauración. Los primeros síntomas pueden incluir apatía, déficits mnésicos y sintomatología de tipo depresivo. Se han descrito reacciones paranoides agudas y síndromes catatónicos que se resuelven tras la corrección de la hipercalcemia[75].

– Fármacos: muy poco frecuente. Aparece con el uso prolongado del Litio[106].

– Medidas: si hipercalcemia aguda sintomática (>12 mg/dl), traslado al servicio de urgencias.

6. INSUFICIENCIA RENAL.

– Por nefritis intersticial producida por Litio[107].

– Medidas: sustitución de Litio por un antiepiléptico si los antecedentes no lo desaconsejan.

7. AGRANULOCITOSIS.

– Fármacos: 1% de tratamientos con Clozapina, poco frecuente con el resto de antipsicóticos, Carbamacepina (también suele producir

una reducción benigna del recuento de hematíes que suele ser reversible), Ácido Valproico y ATC.

– Medidas preventivas: protocolo de seguimiento en el caso de la Clozapina.

– Medidas: retirar el fármaco y realizar un exhaustivo control del hemograma.

8. DELIRIUM ANTICOLINÉRGICO.

– Cuadro confusional con agitación, ideación delirante, alucinaciones visuales y también auditivas, inquietud motora, mioclonías y movimientos coreoatetósicos que pueden acompañarse o no de signos anticolinérgicos periféricos (taquicardia, midriasis, piel seca, hiposudación, hipertermia, disminución del peristaltismo intestinal, sequedad de boca etc...).

– Fármacos: aquellos con efecto anticolinérgico, habitualmente en sobredosis.

– Medidas: se debe trasladar al hospital ya que se trata en UCI habitualmente.

9. CRISIS CONVULSIVA.

– Fármacos: antidepresivos (Maprotilina, Bupropión y Clomipramina) y antipsicóticos (butirofenonas y Clozapina, la cual las produce en 1-5% de los pacientes, y en el 5-10% de los pacientes con dosis por encima de los 500 mg/día)[108].

– Medidas preventivas: utilizar ISRS en epilépticos o en personas con alteraciones EEG, ya que son menos epileptógenos y, para algunos autores, son los antidepresivos de elección en estos pacientes[109].

10. SEDACIÓN EXCESIVA.

– Disminución del nivel de conciencia de tal forma que es imposible despertar al paciente.

– Fármacos: antipsicóticos, benzodiacepinas, algunos antidepresivos (Amitriptilina, Mirtazapina, Trazodona, Mianserina) y antiepilépticos como el Ácido Valproico, Topiramato, Lamotrigina y Gabapentina.

– Medidas: Traslado al servicio de urgencias para tratamiento específico (Flumazenil en el caso de las benzodiacepinas) u observación con medidas de sostén.

11. DISTONÍA AGUDA.

– Contracciones tónicas de las musculatura del cuello, boca, lengua o crisis óculogiras.

– Fármacos: antipsicóticos clásicos. Raras con antipsicóticos atípicos y ocasionales con ISRS.

– Medidas: Biperideno (5 mg IM). Se puede asociar una benzodiacepina ya que producen gran ansiedad.

12. SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO.

– Complicación potencialmente letal del tratamiento antipsicótico pero descrito con otras sustancias. Se caracteriza por hipertermia y rigidez, con otros signos como acinesia, confusión, diaforesis, signos vitales inestables, elevación de la CPK y leucocitosis. Son frecuentes las alteraciones detectables en EEG, función renal y hepática.

– Medidas: tiene alta mortalidad y es imprescindible el traslado al hospital, habitualmente a la UCI.

13. HIPERTERMIA.

– Rara complicación del tratamiento psicofarmacológico. Descrita p.ej. en el tratamiento con benzodiacepinas y en combinaciones de antipsicóticos y Litio, en el contexto de un cuadro neurotóxico[108].

– Medidas: es preciso descartar otras posibles causas, habitualmente un foco infeccioso (consulta médica).

14. EXANTEMAS CUTÁNEOS.

– Se incluyen las reacciones de fotosensibilidad, la erupción cutánea, la dermatitis y las flictenas.

– Fármacos: ATC e ISRS, Carbamacepina, antipsicóticos (fenotiacinas, Clozapina y Ziprasidona), benzodiacepinas y Litio. El rash cutáneo de la Lamotrigina suele ser leve (exantema morbiliforme simple) pero existe el riesgo de aparición de un Síndrome de Stevens-Johnson. Los factores predictivos de exantema incluyen una dosis inicial mayor de la recomendada, un ajuste de la dosis más rápido del recomendado, el uso simultáneo de Ácido Valproico, el uso en niños y los antecedentes de un exantema previo. Por otro lado, los síntomas asociados con los exantemas graves consisten en síntomas sistémicos (p.ej. síndrome gripal), lesiones en palmas, plantas o mucosas y ampollas o exantema doloroso[110].

– Medidas: retirar el fármaco causante. En las urticarias se pueden utilizar antihistamínicos y corticoides tópicos.

15. SÍNDROMES DE ABSTINENCIA.

– El de los ISRS incluye síndrome pseudogripal, mareos/vértigos, náuseas, diarrea, cefalea, insomnio y/o somnolencia, inquietud, ansiedad, alteraciones en la eyaculación, fenómenos visuales y aumento de la actividad de los sueños, entre los más frecuentes.

– En las benzodiacepinas está descrito insomnio, irritabilidad, ansiedad generalizada, crisis de pánico, cefaleas, mialgias, síntomas

gastrointestinales, temblor distal, sudoración, palpitaciones, pérdida de peso, alteraciones de la percepción, crisis comiciales y reacciones psicóticas.

– Fármacos: benzodiacepinas, ATC e ISRS (sobre todo la Paroxetina y el que menos la Fluoxetina).

– Medidas: restitución del fármaco y retirada posterior más lenta. Se puede sustituir por un fámaco de la misma familia con una vida media más larga y luego retirar lentamente. En el caso de los ISRS por ejemplo Fluoxetina y en las benzodiacepinas el Diazepam.

16. SOBREDOSIS.

– Sospecharla ante el inicio brusco de sintomatología del tipo de: excitación o sedación, depresión respiratoria o síntomas/signos de toxicidad cardiaca. Los síntomas precoces en el caso de psicofármacos con efecto anticolinérgico incluyen confusión, agitación, hiperreflexia, midriasis, hiperpirexia, posibles alucinaciones visuales y alteraciones electrocardiográficas. En las benzodiacepinas aparece somnolencia, estupor y relajación muscular. En el caso del Litio se sospecha ante temblor grosero, disartria, somnolencia, diarrea, disminución de la atención, ataxia, nistagmus, mioclonías o crisis convulsivas.

– Medidas preventivas: las propias de la conducta suicida. Seguir protocolo específico de Litio y antiepilépticos como prevención de sobredosis involuntarias.

– Medidas: traslado al servicio de urgencias.

Efectos secundarios habitualmente leves que se pueden abordar directamente

1. HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA.

– Mareos/inestabilidad en la marcha/síncope. No es dosis dependiente. Precaución en ancianos.

– Fármacos: antipsicóticos, común con los antidepresivos tricíclicos (ATC), probable con Maprotilina y Mirtazapina y poco frecuente con ISRS.

– Medidas: explicarles a los pacientes el mecanismo postural por el que se produce, utilización de medias compresivas elásticas, aumento del consumo de líquidos y sal según los casos. También puede mejorar con Dihidroergotamina[108].

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

– Puede aparecer en hipertensos con dosis altas de Venlafaxina y también descrita con ATC y Maprotilina.

– Medidas: sustitución del fármaco y tratamiento específico (Enalapril: 25 mg) si se produce una crisis hipertensiva sintomática (140-220/90-120). Se recomienda una valoracion individualizada del caso con intervención del equipo médico si es un acontecimiento no esperado.

3. TAQUICARDIA.

– Fármacos: los antidepresivos pueden producir taquicardias que son habitualmente benignas. La Venlafaxina puede producir taquicardia y un ligero aumento de la presión arterial en pacientes tratados con dosis altas.

– Si FC >120, realizar un ECG y descartar sobreingesta de medicación. Frecuentemente se trata de taquicardias sinusales: administrar Atenolol (50 mg) si no están contraindicados los beta-bloqueantes.

4. RETENCIÓN URINARIA.

– Fármacos: aquellos con efecto anticolinérgico (ATC, antipsicóticos, antiparkinsonianos, Paroxetina, Reboxetina, Venlafaxina etc...).

– Medidas preventivas: evitar en ancianos y en pacientes con hipertrofia prostática.

– Medidas: descartar obstrucciones mecánicas al flujo de la orina (p. ej. adenoma de próstata). Puede ser necesario sondar al paciente. Se recomienda cambiar de fármaco.

5. NÁUSEAS.

– Fármacos: Litio (se suele acompañar por temblor, leve diarrea y polidpsia-poliuria.), Acido Valproico, Venlafaxina e ISRS (sobre todo Fluvoxamina, acompañado por diarrea).

– Medidas: se aconseja utilizar el litio en medio de las comidas y también se pueden utilizar dosis menores con mayor frecuencia. Las náuseas por ISRS suelen aparecer al principio del tratamiento y luego desaparecer si no es un caso de intolerancia al fármaco. La diarrea puede ser persistente. Se pueden utilizar fármacos antieméticos como la Domperidona (10 mg) 10'-15' antes de las comidas.

6. HIPOGLUCEMIAS.

– Fármacos: al combinar ATC (menos probable con ISRS) con antidiabéticos orales.

– Medidas preventivas: precaución en DMNID.

– Medidas: sustitución del antidepresivo y tratar la hipoglucemia.

7. CEFALEA.

– Fármacos: relativamente frecuente con los ISRS y con Ácido Valproico.

– Medidas: tratamiento sintomático con Paracetamol (1 gr.) y posible sustitución del fármaco en función de los antecedentes y gravedad de la cefalea.

8. ACATISIA.

– Inquietud psicomotriz que se manifiesta en la esfera motora y psíquica. El paciente no puede dejar de moverse y se acompaña de correlatos psicológicos como ansiedad o irritabilidad. En casos extremos se ha relacionado con suicidio.

– Fármacos: antipsicóticos. Descrita con ISRS.

– Medidas: reducir la dosis, Propranolol (30-120 mg/día) o benzodiacepinas tipo Lorazepam o Diazepam.

9. ANSIEDAD.

– Fármacos: frecuente en casos de intolerancia a ISRS. La agitación parece más asociada a la Fluoxetina que a otros ISRS.

– Medidas: benzodiacepinas tipo Lorazepam o Diazepam. También se puede reducir la dosis o cambiar a otro ISRS más sedante como la Paroxetina.

10. INSOMNIO.

– Fármacos: ISRS y Reboxetina. Está descrito con Lamotrigina.

– Medidas: se puede utilizar la pauta habitual de Lorazepam, Lormetazepam o Clormetiazol, o también antidepresivos con perfil sedante como la Trazodona, Mianserina o Mirtazapina.

11. VISIÓN BORROSA.

– Por efecto anticolinérgico.

– Medidas: a descartar aumento de la presión intraocular por glaucoma de ángulo estrecho (valoración por oftalmología).

12. SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS.

– Fármacos: antipsicóticos y antiparkinsonianos

– Medidas: de difícil manejo; se puede intentar con Clonacepam (0,5 mg-2 mg/8 horas).

13. HIPOMANÍA O MANÍA FARMACÓGENA.

– Fármacos: antidepresivos como ATC, Maprotilina o Venlafaxina., en pacientes bipolares.

– Medidas: retirada del fármaco y tratamiento de la fase maniaca según pauta habitual.

Efectos secundarios a recoger y comentar en la reunión del equipo de Hospitalización Domiciliaria

(salvo en casos especialmente graves a juicio del enfermero):

1. ESTREÑIMIENTO.

– Fármacos: aquellos con efecto anticolinérgico.

– Medidas: especial vigilancia en ancianos, ya que puede llegar a producirse un íleo paralítico. Además de las habituales medidas dietéticas, se pueden utilizar laxantes (evitar si es posible los laxantes catárticos).

2. SEQUEDAD DE BOCA.

– Fármacos: aquellos con efecto anticolinérgico.

– Medidas: evitar el consumo de sustancias azucaradas y aumentar la ingestión de agua y de sustancias cítricas (enjuague de agua con limón). Se pueden utilizar preparados de saliva artificial y, en casos más graves, el Betanecol.

3. ANOREXIA.

– Es frecuente en casos de intolerancia, habitualmente a ISRS o también a ATC o Venlafaxina.

– Medidas: sustituir por otro antidepresivo o bajar la dosis (en función de la gravedad) si está dentro de un caso de intolerancia.

4. DIARREA.

– También es un síntoma frecuente en los casos de intolerancia a fármacos serotoninérgicos. Puede aparecer en el tratamiento con Litio y aquí también hay que descartar una intoxicación.

– Medidas: Igual que el anterior. Descartar intoxicación si tratamiento de Litio.

5. HIPERTRANSAMINASEMIA.

– Fármacos: Carbamacepina y Ácido Valproico (ambos sólo de forma

rarísima como necrosis hepática aguda), ATC, ISRS (de forma reversible p.ej. con Sertralina) y Olanzapina (transitoriamente).

– Medidas: aparecen con frecuencia pero suelen tener poca relevancia clínica y no suele ser necesario retirar el tratamiento.

6. POLIURIA-POLIDPSIA.

– Fármacos: frecuente con Litio. Puede llegar a una diabetes insípida nefrogénica. También aparece en esquizofrénicos crónicos como un síntoma más dentro de su enfermedad.

– Medidas: algunos autores han descrito que la diuresis disminuye al emplear una única dosis diaria. Si no responde a esta medida, puede tratarse añadiendo un diurético como el Amiloride[111].

7. EDEMAS.

– Fármacos: Litio.

– Medidas: se debe tratar con diuréticos del tipo Hidroclorotiazida (25-50 mg/12 horas) y control del ionograma y de la función renal.

8. HIPOTIROIDISMO.

– Fármacos: Litio, Carbamacepina (reducción de TSH) y se ha descrito un hipotético riesgo de hipofunción tiroidea con Quetiapina, ocasionalmente, en las dosis elevadadas[112]. Hasta en un 50% de tratamientos con Litio se puede llegar a presentar una elevación de la TSH que suele ser moderada y en muchas ocasiones reversible. El hipotiroidismo clínico se da en menos del 5% de los casos[108]. También puede producirse un bocio eutiroideo.

– Medidas: actitud expectante para comprobar si tiene repercusión clínica. Si aparece, tras consultar con un endoncrinólogo, se puede utilizar tiroxina y seguir controlando las hormonas tiroideas plasmáticas.

9. HIPERPROLACTINEMIA.

– Amenorrea, galactorrea y ginecomastia.

– Fármacos: antipsicóticos, y menos frecuentemente, por ATC e ISRS.

– Medidas: son reversibles interrumpiendo el tratamiento, aunque existe la opción de utilizar Bromocriptina.

10. AUMENTO DE PESO.

– Fármacos: frecuente con ATC, antipsicóticos atípicos (Olanzapina, Clozapina), Mirtazapina, Litio y Ácido Valproico. Puede darse con Carbamacepina.

– Medidas: solicitar un perfil lipídico y glucemia (se han descrito diabetes e hiperlipidemias en fármacos como la Olanzapina y la Clozapina).

11. LEUCOCITOSIS.

– Fármacos: Litio.

– Medidas: suele ser benigna y no precisa ninguna medida.

12. TROMBOCITOSIS.

– Fármacos: Litio.

– Medidas: también suele ser benigna y no precisa medidas.

13. PLAQUETOPENIA.

– Fármacos: Ácido Valproico (puede aumentar el tiempo de protrombina) e ISRS (se han descrito casos de sangrados con distintos ISRS que pueden inducir síntomas como equimosis, petequias, menorragia, sangrados digestivos y otros)[113].

– Medidas: no suele ser necesaria otra medida que los hemogramas de control.

14. TEMBLOR.

– Fármacos: antidepresivos, Litio, Carbamacepina y Ácido Valproico. Con antipsicóticos dentro del parkinsonismo.

– Medidas: En el caso del litio y los antidepresivos puede ser tratado con beta-bloqueantes como el Propranolol (10-20 mg/6 horas) o con benzodiacepinas, como Diazepam (10-30 mg/día).

15. PARKINSONISMO.

– Temblor, bradicinesia, amimia, rigidez y, en ocasiones, disfagia.

– Fármacos: Frecuente con los antipsicóticos clásicos y en algunos atípicos, p.ej. Risperidona, dependendiendo de la dosis. Raro en ISRS; sobre todo aparece en ancianos.

– Medidas: Disminuir la dosis si es posible, asociar antiparkinsonianos como el Biperideno (4-6 mg/día) o utilizar antipsicóticos atípicos. Si se trata de una enfermedad de Parkinson y se debe utilizar antidepresivos, tanto la Paroxetina como la Sertralina pueden ser fármacos recomendables[114].

16. DISCINESIAS Y DISTONÍAS TARDÍAS.

– Trastornos hipercinéticos del movimiento de tipo coreoatetósico, habitualmente movimientos discinéticos orales-bucales-masticatorios.

– Fármacos: antipsicóticos. Descritas con los ISRS y antidepresivos tricíclicos.

– Medidas: se han propuesto distintos tratamientos como fármacos colinomiméticos, Valproato o vitamina E con resultados poco concluyentes.

17. MIOCLONÍAS.

– Movimientos bruscos causados por contracciones espontáneas de grupos musculares, de predominio nocturno.

– Fármacos: antipsicóticos. Descritas con los ISRS y ATC.

– Medidas: Clonacepam al acostarse (0'5 a 2 mg).

18. ALTERACIONES COGNITIVAS.

– Son frecuentes las alteraciones de la memoria a corto plazo. También descritas la disminución de la atención y concentración.

– Fármacos: antidepresivos (incluido los ISRS), Litio y Carbamacepina. Las benzodiacepinas pueden producir amnesia, confusión, ataxia, disartria, incoordinación, diplopia, vértigo y efectos paradójicos (irritabilidad, desinhibición de la conducta agresiva, depresión etc...).

– Medidas: se pueden utilizar ISRS en los cuadros depresivos de los pacientes con ACV[115] o Demencia[116].

19. CRISIS DE HIPERSUDACIÓN.

– Fármacos: ATC (Clomipramina) e ISRS (entre ellos la Paroxetina y el Citalopram).

– Medidas: disminución de la dosis o sustitución del antidepresivo en casos graves.

20. DISFUNCIONES SEXUALES.

– Incluyen disminución de la líbido, impotencia, retardo de la eyaculación y anorgasmia.

– Fármacos: ISRS (probablemente más con Paroxetina y Citalopram[117] y menos con Fluoxetina), Venlafaxina, ATC, benzodiacepinas, Litio y antipsicóticos.

– Medidas: la Mirtazapina puede ser una alternativa en estos casos.

21. ALOPECIA.

– Fármacos: Ácido Valproico y Litio (éste puede producir o empeorar el acné o la psoriasis).

– Medidas: sustitución por otro normotimizante en función de la gravedad y los antecedentes.

22. OTROS.

– Parestesias, Mialgias o Rubeosis facial: descritas con ATC o ISRS; ictericia obstructiva por fenotiacinas, náuseas por butirofenonas, Risperidona y Ziprasidona, hipersalivación por Risperidona o rinitis por Quetiapina. Infrecuentes y habitualmente de poca gravedad, que no precisan retirada del fármaco aunque sí reducción de las dosis en ocasiones.

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

A nivel de la absorción:

Los alimentos favorecen la absorción de Sertralina y Mianserina y retrasan la de Trazodona, Fluoxetina y Maprotilina. No influyen en el Citalopram y es dudoso en el resto.

Los anticolinérgicos retrasan la absorción de todos los fármacos.

A nivel de la biodisponibilidad:

A destacar la unión a proteinas plasmáticas. Todos los psicofármacos con la excepción de la Venlafaxina suelen tener un alto nivel de unión a proteínas plasmáticas.

A nivel farmacodinámico:

Se incluyen aquí las sinergias y los antagonismos.

Cambios inducidos en el metabolismo del fármaco:

La mayor parte de los antidepresivos utilizados en España y el resto de los psicotropos se metabolizan por vía hepática bajo la acción del sistema enzimático del citocromo P-450. Las interacciones a este nivel modifican las concentraciones plasmáticas de los medicamentos.

Destacaremos por su alta frecuencia y relación con nuestras pautas:

ISOENCIMA	SUSTRATO	INHIBIDOR	INDUCTOR
CYP1A2	Cafeína Clozapina Olanzapina Teofilina	Cimetidina Fluoroquinolonas Fluvoxamina (en menor medida la Fluoxetina, Paroxetina y ATC)	Carne a la brasa Tabaco

ISOENCIMA	SUSTRATO	INHIBIDOR	INDUCTOR
CYP2C	AINE Tolbutamida Fenitoína Diacepam Omeprazol Propranolol	Fluconazol Ketoconazol Fenitoína Omeprazol Fluvoxamina Fluoxetina (en menor medida la Sertralina)	Barbitúricos Rifampicina
CYP2D6	ATC Antipsicóticos (incluido Risperidona, Olanzapina y Clozapina) Codeína ISRS Propranolol	ATC Antipsicóticos ISRS (sobre todo la Fluoxetina y la Paroxetina).	
CYP3A3/4	Benzodiacepinas Carbamacepina Estrógenos Nifedipina Clozapina Quetiapina Ziprasidona	Estradiol Progestágenos Cimetidina Fluconazol Ketoconazol ISRS (Fluvoxamina, norfluoxetina y Sertralina sobre todo) Inhibidores de la proteasa (VIH) Eritromicina	Barbitúricos Carbamacepina Fenitoína Rifampicina

Cambios a nivel de la eliminación del fármaco.

Tiene importancia en casos de intoxicación en el manejo hospitalario. Aquí tienen gran importancia las interacciones del Litio.

Interacciones farmacológicas más frecuentes con los fármacos habituales

LITIO:

Posibles interacciones farmacodinámicas con succinilcolina y otros agentes similares empleados en la anestesia (prolongación del bloqueo neuromuscular). Parece prudente suspender el Litio 48 horas antes de la cirugía programada si se van a emplear estos agentes.

La posible interacción con los antipsicóticos no está totalmente demostrada.

Se pueden producir interacciones farmacocinéticas siendo las más peligrosas con diuréticos y con los AINE. Es preciso evitar las tiacidas e Indapamida, vigilancia estricta con los IECA y ahorradores de potasio y, si es posible, utilizar los diuréticos de asa (Furosemida) o beta-bloqueantes. Evitar la Indometacina y Fenilbutazona. Vigilar aumentos de la litemia con Ibuprofeno y Naproxeno. Utilizar Ácido Acetilsalicílico o Paracetamol. El mismo peligro de aumento brusco de la litemia aparece en las dietas hiposódicas o en la deshidratación.

CARBAMACEPINA:

Es un potente inductor de enzimas del grupo P-450, con numerosas interacciones; incluído inducir su propio metabolismo. Puede llegar a hacer ineficaces fármacos como los anticoagulantes, anticonceptivos o Metadona (o intoxicaciones si se retira la Carbamacepina).

VALPROATO:

Tiene una elevada unión a proteínas y puede aumentar los valores libres de otros fármacos como salicilatos, benzodiacepinas, Carbamacepina o Fenitoína. Es un inhibidor de las enzimas del sistema P-450 por lo que aumenta valores plasmáticos de algunos fármacos como el Fenobarbital.

El Ácido Acetilsalicílico, la Lamotrigina y la Clorpromacina aumentan sus valores.

TOPIRAMATO:

Disminuye los niveles de Carbamacepina, Valproato, Digoxina y estrógenos (puede disminuir la eficacia anticonceptiva). La Fenitoína y la Carbamacepina disminuyen sus niveles.

GABAPENTINA:

No presenta prácticamente interacciones farmacocinéticas y es generalmente bien tolerado.

LAMOTRIGINA:

La Carbamacepina induce su metabolismo y el Valproato lo inhibe.

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS:

Bloquean los efectos antihipertensores de la Guanetidina, Reserpina y en menor grado de la Clonidina. Disminuyen la absorción de Levodopa.

Su asociación con Nitroglicerina produce un descenso brusco de la presión arterial. Los ATC potencian los efectos del alcohol. La Imipramina puede aumentar los valores de Fenitoína. La asociación con antidiabéticos aumenta el efecto hipoglucemiante de éstos. Potencian los efectos de otros fármacos anticolinérgicos así como de las catecolaminas, simpaticomiméticos, IMAO, antiarrítmicos y beta-bloqueantes.

El tabaco, el alcohol, los barbitúricos, los anticonceptivos orales y las fenitoínas disminuyen sus valores plasmáticos.

El Disulfiram, los antipsicóticos, el Metilfenidato y la Cimetidina aumentan sus niveles.

Se debe tener precaución en las combinaciones con IMAO, ISRS, Morfina, Sibutramina, Tramadol y Venlafaxina[118].

ISRS:

A la menor incidencia de interacciones, sobre todo de tipo farmacodinámico, que los ATC, se añaden como ventajas relativas su perfil de seguridad en sobredosis, con un riesgo de mortalidad prácticamente nulo.

A nivel farmacodinámico destacan la potenciación de efectos extrapiramidales inducida por antipsicóticos, Bupropión o psicoestimulantes y el temblor inducido por el Litio. Su asociación con IMAO es peligrosa. Dicha interacción también se puede producir de forma menos grave con Triptófano, 5-hidroxitriptófano y opiáceos como la Meperidina[(118)].

Los ISRS son potenciados por Cimetidina, anticoagulantes orales, Digitoxina y Diacepam.

Potencian el efecto de anticoagulantes orales, anticonvulsivantes, antipsicóticos, antidiabéticos orales, antihistamínicos, beta-bloqueantes, benzodiacepinas, Digitoxina, Diltiazem, Litio, Nifedipino, Teofilina, ATC y Warfarina.

Cabe tener precaución en las siguientes combinaciones[118]:

Fluoxetina: antagonistas del calcio, Buspirona, Clozapina, Fluofenaona, IMAO, Litio, Perfenacina, Propanolol, Sibutramina, Sulpiride, Tiotixeno, Tramadol y Venlafaxina.

Fluvoxamina: Etanol, IMAO, Clozapina, Levomepromacina, Litio, Sibutramina, Tacrina, Tramadol y Venlafaxina.

Sertralina: IMAO, Sibutramina, Tramadol, Venlafaxina, Disulfiram y Litio.

Paroxetina: antagonistas del calcio, IMAO, Sibutramina, Tramadol, Venlafaxina, Litio y Prociclidina.

Citalopram: Astemizol, IMAO, RIMA, Sibutramina, Trefenadina, Tramadol, Litio, Imipramina, Carbamacepina y Venlafaxina.

MIRTAZAPINA:

Tiene posibilidad de interacciones farmacodinámicas con benzodiacepinas y alcohol.

Se tendrá precaución en la combinación con ATC, IMAO, ISRS, Sibutramina y Tramadol[118].

REBOXETINA:

Puede interaccionar con los beta-bloqueantes.

VENLAFAXINA:

Interacciona con Haloperidol y Cimetidina. Tiene también interacciones farmacodinámicas con los fármacos proserotonérgicos y agonistas o antagonistas adrenérgicos si se administra a dosis elevadas[118]. La Venlafaxina tiene la ventaja de un porcentaje bajo de unión a proteínas plasmáticas (30%), con menor probabilidad de interacciones farmacocinéticas en función de la biodisponibilidad de los distintos fármacos.

Se debe tener precaución en la combinación con ATC, IMAO, ISRS, Sibutramina y Tramadol[118].

BENZODIACEPINAS:

Por su repercusión clínica, destacaremos:

La Cimetidina prolonga la vida media del Diacepam. Utilizar Loracepam (otros anti-H2 como Ranitidina y Famotidina no tienen estas interacciones).

El Omeprazol disminuye el aclaramiento de las benzodiacepinas aumentando sus concentraciones plasmáticas, mediante la inhibición del citocromo CYP2C. Tenemos la opción de utilizar Lansoprazol que no tiene esta interacción.

El Ácido Valproico también aumenta las concentraciones de Diacepam disminuyendo su unión a proteínas plasmáticas e inhibiendo su metabolismo.

Entre los ISRS, la Fluoxetina, Paroxetina y Fluvoxamina parecen prolongar la semivida de eliminación del Diacepam y Alprazolam. El único ISRS que no produce ninguna inhibición sobre el sistema del citocromo P-450 parece ser el Citalopram. Opción de usar Loracepam con los otros ISRS.

El etanol, y sobre todo, el vino blanco y el whiskey, tiene la capacidad de aumentar la absorción de las benzodiacepinas, pero el principal efecto es farmacodinámico. Cabe destacar la interacción con los opiáceos, ya que incrementa la euforia y el riesgo de adicción[118].

Los anticonceptivos orales y los beta-bloqueantes Propranolol y Metoprolol pueden aumentar la semivida de algunas benzodiacepinas. La Digoxina también puede aumentar la concentración plasmática del Diacepam y del Alprazolam y los macrólidos los de este último.

La Carbamacepina disminuye las concentraciones de las benzodiacepinas, en concreto del Alprazolam y Clonacepam[119].

Se ha descrito que la asociación del Clonacepam, neurolépticos y Litio aumentan la toxicidad por Litio por un mecanismo de interacción sobre la excreción renal[120].

ANTIPSICÓTICOS:

Se ha descrito una posible interacción entre el Captopril o Clonidina con Flufenacina y Clorpromacina[108].

El Pimocide tiene acción antagonista del calcio. Hay que tener precaución en niños y ancianos y no combinarlo con otros antagonistas del calcio como Nifedipino, Diltiacem y Verapamilo[108].

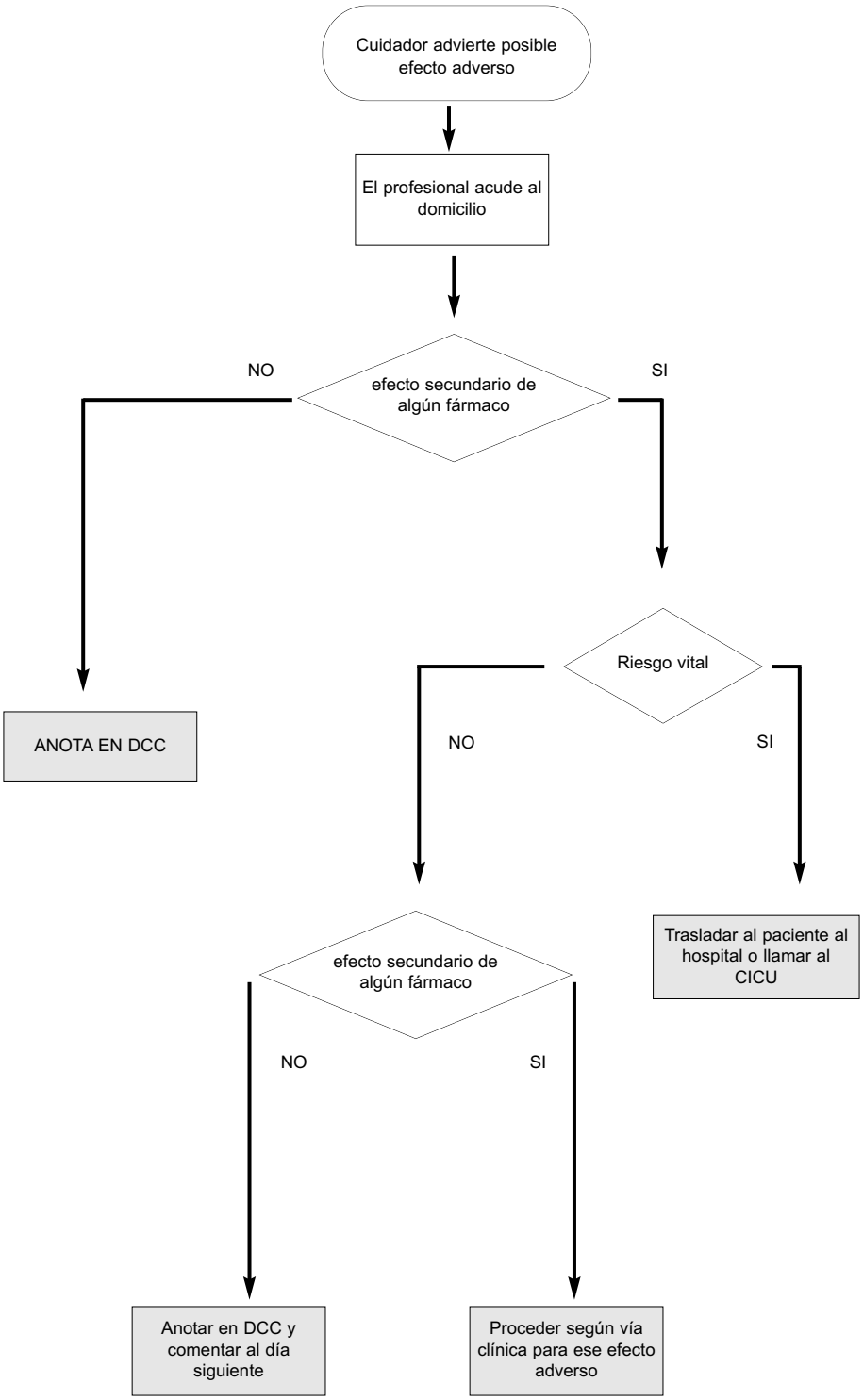
En este grupo, cabe tener precaución con los siguientes fármacos en combinación[118]:

Haloperidol: agonistas dopaminérgicos, anticoagulantes, Cimetidina, Cisaprida y Litio.

Clozapina: Carbamacepina, Cimetidina y Litio.

Risperidona: antihipertensivos.

Ziprasidona y Amisulpiride: agonistas dopaminérgicos, antihipertensivos y depresores del SNC.


Cuidador advierte posible efecto adverso
El profesional acude al domicilio
efecto secundario de algún fármaco
NO
SI
ANOTA EN DCC
Riesgo vital
NO
SI
Trasladar al paciente al hospital o llamar al CICU
efecto secundario de algún fármaco
NO
SI
Anotar en DCC y comentar al día siguiente
Proceder según vía clínica para ese efecto adverso

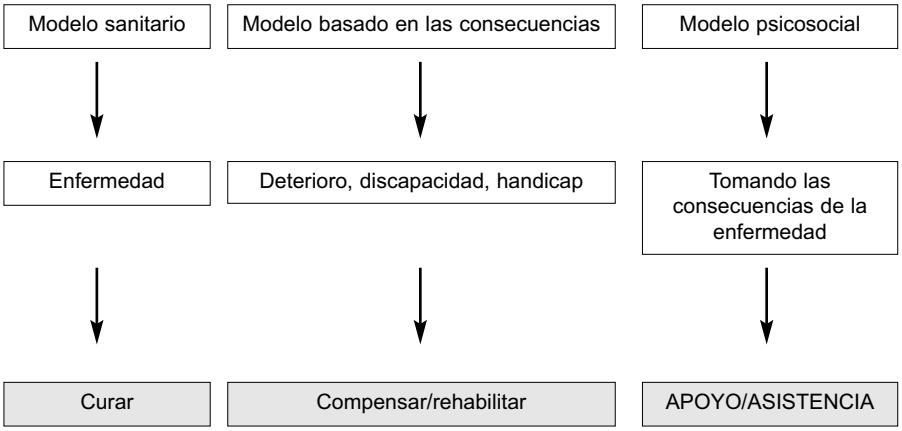
Linea de actuación con cuidadores y familias en HDM

INTRODUCCIÓN

Dentro de todas las líneas de actuación en hospitalzación a domicilio de enfermos mentales, es de fundamental importancia la atención a cuidadores y familias.

En relación a las actuaciones generales de prestación asistencial en enfermos mentales hay tres modelos fundamentales:

Diferentes perspectivas en el tratamiento de las personas con enfermedades mentales.



Nuestra intención es ahondar dentro de lo posible dentro de los tres modelos y, considerando que el modelo sanitario ya está suficientemente explicitado en la realidad y que el modelo de rehabilitación o modelo basado en las consecuencias está en fase de desarrollo, nos centramos fundamentalmente en el modelo psicosocial dentro de la hospitalización a domicilio mental. Este modelo lo queremos también conjuntar e integrar con todo lo que a través del modelo sanitario asistencial se tenga que efectuar en nuestra cartera de servicios.

En relación a los cuidadores y el sistema familiar, es básico desarrollar en todo lo posible el modelo psicosocial de asistencia, ya que éste considera las consecuencias de las enfermedades mentales y busca el apoyo y la asistencia tanto al cuidador directo como al sistema familiar.

Dentro de la primera línea de actuación sobre el cuidador, tenemos que considerar una serie de aspectos fundamentales que experimenta el cuidador del enfermo mental dentro del proceso de su hospitalización domiciliaria.

ACTUACIÓN SOBRE EL CUIDADOR

Una aproximación a este fenómeno permite distinguir la existencia de dos tipos de sobrecarga. Por un lado, una sobrecarga objetiva, referida a los problemas prácticos asociados con el cuidado a largo plazo de un paciente que presenta niveles elevados de dependencia en muchas de sus funciones básicas de la vida diaria, que deben ser suplidas o asistidas por el cuidador. Por otro, una sobrecarga subjetiva que hace referencia al impacto emocional y a sus consecuencias sobre el cuidador, traducidas como desmoralización, ansiedad, depresión etc.

Factores asociados al estrés en el cuidado (EC)

Los trastornos psiquiátricos o de conducta asociados a la enfermedad mental constituyen, por encima del propio deterioro cognitivo y de la dependencia funcional, la mayor causa de estrés en el cuidador del enfermo mental. Situaciones tales como los gritos, la agresividad, el vagabundeo, la resistencia a recibir ayuda en las actividades de la vida diaria, la desconfianza, las acusaciones (por ideas de robo o por celos) y las dificultades para dormir constituyen con frecuencia el elemento central en situaciones de sobrecarga.

Estas alteraciones, además de ser habitualmente la mayor causa de estrés en los cuidadores, constituyen un importante factor favorecedor de la institucionalización de estos pacientes, así como de la necesidad de recibir

asistencia hospitalaria tradicional. Además, las características personales del propio cuidador juegan también un papel importante en la forma como se sufre el estrés, existiendo amplias diferencias individuales en cuanto a la intensidad de la sobrecarga sufrida ante un mismo tipo de trastornos del enfermo mental.

Según lo dicho anteriormente, podrían establecerse una serie de factores de predicción de la sobrecarga en función de las características del enfermo mental o en función de las características personales del cuidador.

FACTORES DE PREDICCIÓN DE LA SOBRECARGA

1. Factores dependientes de la enfermedad

– Presencia de delirios, alucinaciones y depresión.

– Conductas disruptivas (agresividad, vagabundeo, etc.).

– Sexo masculino.

– Edad más joven del paciente.

– Tipo de enfermedad mental.

– Grado de severidad de la enfermedad mental (nivel de deterioro cognitivo, necesidades de supervisión y de ayuda).

– Estado funcional (grado de independencia).

– Duración de la demencia.

2. Factores dependientes del cuidador

– Mujer.

– Esposa.

– Ser el cuidador más directo.

– Proximidad: convivencia más íntima con el enfermo.

– Mecanismos de afrontamiento menos maduros.

– Escaso soporte familiar o social.

– Escaso conocimiento acerca de la enfermedad, sus efectos y su manejo.

– Mala calidad de la relación previa con el paciente enfermo mental.

FACTORES PROTECTORES RELACIONADOS CON EL CUIDADOR

– Presencia de ayuda informal (p.ej. los vecinos).

– Conocimiento de la demencia, de sus efectos y de su manejo.

– Estilo maduro de afrontamiento y resolución de problemas.

– Pertenencia a grupos de soporte o autoayuda.

Repercusiones de la prestación de cuidados

REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS

El estrés psicológico, al que se hallan expuestos los cuidadores de los pacientes con enfermedad mental, se traduce en una mayor prevalencia de la ansiedad y de la depresión que la observada en la población general. Diversos estudios sitúan la prevalencia de la depresion en los cuidadores en cifras del 14-47%, y de las de ansiedad, en alrededor del 10%. Entre un 7 y un 31% de los casos recibe tratamiento con algún psicofármaco.

Junto a ello, resulta frecuente la aparición, en algún momento del proceso, de sentimientos de hostilidad o de reacciones violentas. A menudo estas situaciones se relacionan con un mayor nivel de estrés subjetivo y con el sentimiento de estar atrapado en el papel de cuidador.

REPERCUSIONES EN LA SALUD FÍSICA

Los estudios realizados sobre las repercusiones en el estado físico de los cuidadores de los pacientes con enfermedad mental muestran una mayor prevalencia que en población general de trastornos tales como alteraciones de la competencia inmunológica o incremento de la presión arterial sistólica en cuidadores varones.

También se constata la presencia de un peor nivel de autocuidado, un empeoramiento del sueño y una mayor dilación para efectuar consultas al médico cuando son necesarias. Además, el estrés crónico puede suponer, para muchos cuidadores de edad avanzada, una mala evolución de otras patologías concomitantes.

REPERCUSIONES SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

La prevalencia estimada de trastornos psiquiátricos en los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer se cifró en 20,7% en un estudio en nuestro país[121]. Estos autores utilizaron la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit al igual que haremos en nuestro proyecto. Así como las repercusiones de la relación de cuidados sobre el cuidador han merecido numerosos estudios, existe un número mucho menor de aquellos que estudian la evolución de la enfermedad mental en función de la actitud del cuidador.

Sin embargo, se comprueba que algunas características del trato del cuidador con el paciente pueden repercutir negativamente sobre las reacciones de éste, y por ende, sobre el mismo cuidador, que sufre aquí un incremento del nivel de sobrecarga, dando lugar a mecanismos patológicos autoalimentados.

A continuación citamos algunos comportamientos del cuidador que repercuten negativamente sobre el paciente:

- Realización de cambios repentinos en el ambiente y en las rutinas del paciente.
- Insistencia en que el paciente realice las cosas de una determinada manera.

– Efectuar demandas al paciente que están fuera de sus capacidades.

– Actitud excesivamente crítica con el paciente.

– Ignorar las necesidades del paciente.

– Actitud excesivamente rígida y controladora.

– Actitudes de enfado, exasperación o agresividad hacia el paciente.

Intervenciones sobre el cuidador para la reducción del estrés

Las intervenciones orientadas a disminuir la sobrecarga del cuidador y a reducir sus niveles de estrés repercuten inicialmente en su calidad de vida, pero también casi de forma simultánea, sobre la calidad de los cuidadores que recibe el paciente con enfermedad mental.

Estas intervenciones deberían dirigirse hacia tres áreas básicas: soporte psicológico, educación (información/formación) y desarrollo de soporte social.

SOPORTE EMOCIONAL, PSICOLÓGICO Y PSIQUIÁTRICO

Debe perseguir los siguientes objetivos:

a) Hacer posible la expresión de la experiencia emocional del cuidador. Puede realizarse en el contexto de terapias de grupo o en grupos de autoayuda. Este formato es particularmente interesante, ya que además permite aprender de la experiencia de otros cuidadores en situaciones similares a la suya y, al mismo tiempo, puede ofrecer su propio soporte a otros, dotando así de un sentido añadido a su función de cuidador.

b) Entrenamiento en técnicas de relajación o de manejo del estrés.

c) Promover un mejor autocuidado, orientado a conseguir un mayor bienestar del cuidador y, por lo tanto, también del enfermo al que cuida.

d) Proporcionar un soporte que tienda a encauzar las reacciones inadecuadas que despiertan las conductas del paciente mental en algunos cuidadores.

e) Tratamiento psiquiátrico precoz de los síntomas (p. ej.: depresión, ansiedad, etc.) que puedan haber aparecido.

PSICOEDUCACIÓN

A través de ella se intenta:

– Ofrecer una información detallada sobre la enfermedad, su evolución previsible, las necesidades que pueden presentarse en cada una de sus fases, etc.

– Mejora de las habilidades para el cuidado del paciente en el domicilio.

– Desarrollar estrategias de tratamiento, resolución de problemas y técnicas conductuales.

– Planificación de posibles emergencias, o de cuestiones legales o económicas.

DESARROLLO DE SISTEMAS DE SOPORTE SOCIAL

El desarrollo de los sistemas de soporte permite:

– Potenciar el soporte intrafamiliar, que puede haberse resentido por el propio impacto de la enfermedad

– Mejorar el contacto con la comunidad, a menudo mermado por la situación de aislamiento generada por la constante necesidad de cuidados, lo que puede privar al cuidador de ayudas informales efectivas.

– Recurrir a la atención profesional para:

  – Permitir el acceso a la asistencia de la trabajadora social, con capacidad para orientar sus demandas y necesidades.
  – Procurar el apoyo de la enfermera (higiene, cuidados básicos, cuidado de la piel, nutrición y supervisión/administración de la medicación)
  – Facilitar la ayuda del personal auxiliar para tareas como el baño o la realización de paseos.
  – Posibilitar el acceso a los centros de internamiento temporal para periodos de “respiro”.
  – Prestar una asistencia médica próxima al paciente y a la familia.

Una de las tareas que promoverá y coordinará el psiquatra de hospitalización a domicilio es la formacion de grupos de apoyo a las familias. Estos grupos de apoyo tienen un efecto terapéutico sobre el ambiente que rodea al paciente claramente positivo y se enmarcan dentro de la línea de actuación psicosocial más idónea.

Pasamos a enumerar el desarrollo de las funciones y objetivos de estos grupos.

EL APOYO SOCIAL Y LOS GRUPOS

– Grupos de Apoyo emocional y práctico. Las medidas legales y los servicios profesionales de ayuda son medidas que pueden ayudar a la familia[122].

– Nueve de once estudios indican que las intervenciones con los cuidadores son beneficiosas. La combinación de soporte educativo y emocional es más efectiva[123].

– Estrategias de afrontamiento y altos niveles de apoyo social tienen efectos benéficos sobre el estrés de los cuidadores.

FUNCIÓN DE LOS GRUPOS DE APOYO A LAS FAMILIAS

– Proporcionar información respecto a la enfermedad y cuidados hacia el enfermo.

– Regular las tareas de atención y cuidado del enfermo destacando la importancia de apoyarse en algún recurso externo.

– Favorecer la expresión de sus sentimientos sobre la relación y las pérdidas del anciano demente.

– Regular la relación afectiva con el enfermo ayudando a elaborar la pérdida y la separación parcial.

– Estimular la recuperación de la propia vida personal, laboral y la relación del cuidador.

OBJETIVOS GENERALES DE LOS GRUPOS DE APOYO

– Ayudar al cuidador a realizar la tarea de cuidar de una manera más racional.

– Facilitar el acceso a la utilización de recursos externos.

– Acompañar una parte del proceso de duelo, ayudando a enfocarlo saludablemente.

– Cuidar al cuidador; estimulando su propia vida personal y relacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LOS GRUPOS DE APOYO

I. Aspectos educativos: conocimiento y aprendizaje

a) La enfermedad: diagnóstico, etiología, tipología, evolución, fases y tratamientos.

b) Atención de enfermería: curas, movilización, higiene, nutrición.

c) La estimulación cognitiva: fundamentos, actividades y ejercicios.

d) Los recursos económicos: ayudas económicas y recursos sociales y sanitarios.

e) Los aspectos legales: tutelas, incapacitaciones, derechos del enfermo y del cuidador.

II. Aspectos emocionales: comprensión y elaboración

a) Superar el impacto del diagnóstico: favorecer la aceptación de la enfermedad.

b) Comprensión del enfermo: trato comprensivo y afectuoso hacia el enfermo.

c) Individuación: cuidador y enfermo, dos personas con procesos vitales diferente.

d) Evitar el duelo patológico: aceptación de las pérdidas y elaboración de un buen recuerdo.

e) La ayuda de los demás: valorar el compartir con otras personas y recursos los cuidados.

f) Vida propia del cuidador: estimular su vida relacional, social y laboral.

Hay que favorecer una serie de situaciones y actitudes de los familiares cuidadores de los pacientes que, a groso modo, se enumeran en la siguiente tabla.

1. Sobre la atención al enfermo		
a) La enfermedad	Conocerla, aceptarla	Negarla, rebelarse
b) El estado del enfermo	Buscar el mejor tratamiento	Fatalismo, pesimismo
c) Sus capacidades	Ejercitarlas, activarlas	Pasividad, dejadez
d) Su conducta	Comprensión, paciencia, ayuda	Enfadarse, desesperarse
2. Sobre la relación entre enfermo y cuidador		
a) Relación con el enfermo	Individuación: dos realidades	Enganche, agresión, culpa
b) La ayuda de los demás	Hacerles participar, pedir	Autosuficiencia, resentimiento
c) Los recursos sociales	Compartir con ellos la tarea	Recharzarlos, nosotros solos
d) Las pérdidas del enfermo	Preverlas, aceptarlas	Ignorarlas, deprimirse
3. Sobre el familiar cuidador		
a) Relaciones del cuidador	Tener vida social, laboral	Centrarse sólo en el enfermo
b) Asociaciones	Tener el apoyo de un grupo	Aislamiento, excluirse

ATENCIÓN AL CUIDADOR PROFESIONAL

No hay que olvidar la importancia del cuidador profesional en el cuidado del enfermo y en el bienestar de la familia. Al igual que ésta, también puede sufrir desgaste en su actividad, con la consiguiente y negativa repercusión en su rendimiento y en su salud. La adecuada formación para su trabajo y la mejora del sentimiento de gratificación, producto de la valoración del mismo, constituyen requisitos indispensables para evitar la claudicación o el síndrome de desgaste profesional, cuyos síntomas, a menudo en forma de alteraciones psicopatológicas, deben reconocerse y tratarse precozmente.

Resumen de los elementos de intervención sobre el cuidador

PSICOEVALUACIÓN DEL CUIDADOR

Es necesario que por parte del psiquiatra de la hospitalización a domicilio se efectúe una valoración de la posible sobrecarga del cuidador. Hay que atender en principio una serie de consideraciones especiales:

Factores de riesgo

I. La soledad

– Hija soltera que atiende a su madre
– Marido/esposa, sin hijos, que atiende a su cónyuge

II. La sobrecarga

– Hija con niños pequeños que atiende a uno de sus padres

III. Las dificultades económicas

– No disponer de medios para contratar un servicio de ayuda

Así mismo se tienen que detectar una serie de características clínicas y psicológicas que predicen el *burnout* del cuidador.

Síntomas de alarma del cuidador

– Estrés: cansancio, insomnio, irritabilidad, frustración, etc.
– Propensión a tomar tranquilizantes.
– Estado de ánimo más bajo, pesar.
– Administración de antidepresivos.
– Disminución del número de actividades y relaciones externas a la familia.

Dentro de una valoración más pormenorizada de los factores que influyen en la relación cuidador/enfermo, hay que tener en cuenta los que vienen enumerados a continuación.

Factores que influyen en la relación cuidador-enfermo

– Personalidad del cuidador.

– Historia de la relación con el enfermo.

– Género del cuidador.

– Apoyo y amplitud de los lazos familiares.

Una de las funciones fundamentales sobre las que se debe de adiestrar al cuidador es el afrontamiento de las situaciones estresantes que se producen dentro del domicilio, y que fundamentalmente enumeramos en la tabla siguiente.

Pautas para afrontamiento de las conductas más estresantes:

Tomar medidas de seguridad para evitar accidentes.
Dotar de elementos de identificación al enfermo para prevenir situaciones de fuga o estravío.
Comunicación clara, lenta, sencilla y repetitiva.
Evitar “convencerles” o contrariarles frente a conductas inoportunas, mejor distraerles.
Comprensión frente a su frustración y agresividad.
Dar muestras de cariño, afecto, con la mirada, el tacto, etc
Ayudar y estimularles a ejercitar las tareas que puedan desempeñar, sin suplirles.
Pedir ayuda al médico ante alucinaciones terroríficas o agresividad desmesurada.

El profesional psiquiatra debe valorar en qué momento el cuidador deja de ser competente o precisa una ayuda a nivel psicoterapéutico, psicofarmacológico o ambas. Debe además prestársela en todo momento como actuación dentro del propio proceso terapéutico de la hospitalización a domicilio. Siempre hay que tener en cuenta que el cuidador es a la vez un recurso y un potencial paciente secundario y si, tomadas las medidas pertinentes para evitar el desarrollo de su sobrecarga no son suficientes, prestarle asistencia directa.

El alivio de la sobrecarga del cuidador puede reducir considerablemente los síntomas en personas en HDM y se ha desarrollado una amplia gama de intervenciones para ello. Este tipo de intervenciones sobre el cuidador pueden centrarse en tres grandes áreas: apoyo psicológico, actividades educativas y formativas, y desarrollo de un sistema de apoyo social al cuidador. Los elementos específicos correspondientes a estas categorías se enumeran a continuación.

1. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

a) Apoyo.

– “Aireación” (hablar de los sentimientos, descargar).

– Proceso grupal/compartir/universalidad (sentirse parte de un grupo y cambiar percepciones e ideas desde “pensaba que estaba solo,

que era el único en el mundo que estaba pasando por algo así" hacia "sé que tengo un papel que cumplir, soy un cuidador").

– Aprender (de las enseñanzas que suponen los ejemplos expresados por otros en situaciones similiares).

– Apoyo mutuo (apoyo práctico y emocional que cada cuidador aporta a los otros (p. ej. el interés mutuo por las personas dependientes de ellos)

b) Consejo/terapia de autoconocimiento/terapia cognitiva/técnicas de relajación/manejo del estrés (desarrollar medios eficaces para afrontar el estrés y aliviar la ansiedad, depresión u otros efectos negativos).

c) Impacto emocional-estrés, ira, duelo, culpabilidad.

– Hablando de sus sentimientos los cuidadores se dan cuenta de que no son los monstruos que pensaban ser por pensar tales cosas y que sus sentimientos son una reacción hacia las conductas infantiles y primitivas de las personas con demencia.

d) Autocuidado (los cuidadores son más capaces de encargarse del paciente y de afrontar los síntomas si se encuentran bien tanto física como psíquicamente).

e) Relaciones interpersonales y comunicación.

f) Los medios para tratar la enfermedad mental y los síntomas son tan importantes como los fines; la forma en que el cuidador se comunica en su intento de modificar una conducta en concreto puede determinar sus probabilidades de éxito.

2. INTERVENCIÓN EDUCATIVA

a) Información (p. ej. sobre la enfermedad).

b) Mejora de las habilidades para el cuidado en domicilio.

c) Desarrollo de habilidades terapéuticas, solución de problemas, técnicas conductuales.

d) Planificación.

e) Urgencias, aspectos legales y financieros.

Es importante ayudar a un cuidador a controlar una situación determinada si resulta estresante pero no intervenir si el problema es manejable. Hay datos que muestran que un programa para cuidadores en el que ellos pueden elegir lo que necesitan ayuda a reducir el estrés del cuidador y a evitar la institucionalización[124].

En este estudio el programa integral de entrenamiento de cuidadores era multi-disciplinar:

– Aspectos psicológicos: alivio del estrés, airear los problemas, afrontar la culpabilidad, alentar la confianza en los demás, desaconsejar el "heroísmo martir".

– Aspectos didácticos: información sobre la enfermedad, medicaciones, estrategias de manejo (cómo afrontar los síntomas, cómo comunicarse con la persona) en HDM.

– Alentar a los cuidadores a aprender a separarse de la persona enferma incluso organizándoles excursiones y facilitando el cuidado del paciente durante ese tiempo.

– Información a los cuidadores sobre servicios sociales, derechos de prestaciones, organización en el domicilio, ejercicio, dieta y aspectos médico-legales.

Después de este programa intensivo de 10 días, los cuidadores recibieron sesiones de apoyo y refuerzo por vía telefónica durante 12 meses. En las entrevistas realizadas al terminar el programa se pudo comprobar que aspectos distintos del mismo fueron útiles para cuidadores distintos y ninguno de los temas fue crucial para todos los cuidadores[124].

La información a los cuidadores familiares es una forma de intervención clave que además, puede llevarse a cabo de una manera sencilla bien en grupos o individualmente. Los cuidadores deberían recibir:

– Información sobre la enfermedad.

– Técnicas para enfrentarse a cada síntoma.

– Técnicas que aseguren su seguridad física y su bienestar.

– Técnicas para hacer frente más fácilmente a las tareas relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria (como el bañar o vestir al paciente).

– Métodos de obtención de asistencia personal, acceso a recursos y cuidados temporales de descanso (p. ej. centros de día, servicios de asistencia a domicilio).

3. DESARROLLO DE UN SISTEMA DE APOYO

a) Personal, familiar.

b) Comunidad.

c) Profesional. P. ej.

– Un trabajador social capaz de escuchar y aconsejar.

– Una enfermera capaz de ayudar en la administración de medicacion.

– Un ayudante que pueda apoyar en los cuidados de vestido y baño.

Las reuniones de asesoría familiar han mostrado ser eficaces para aliviar la sobrecarga del cuidador[125]. Este tipo de reuniones se han desarrollado sobre la premisa de que trabajar directamente con toda la familia puede ser una manera eficaz de aumentar el apoyo al cuidador principal[(126)]. El objetivo general es el de facilitar que la familia use sus propias estrategias para solucionar problemas en cada situación determinada. Pueden consultarse los protocolos detallados para este tipo de reuniones familiares en Zarit et al (1985)[126].

Una evaluación detallada del cuidador es el primer paso obligado para la reducción de la sobrecarga puesto que un síntoma o una conducta determinada que es estresante para un cuidador puede no serlo para otro.

ACTUACIÓN SOBRE EL SISTEMA FAMILIAR

Es básico también que dentro de la hospitalizacion a domicilio mental se incluya una sublínea de actuación sobre el sistema familiar independiente y conjuntamente con los grupos de apoyo que ya hemos comentado en el punto anterior, considerando que estos grupos de apoyo afectan conjunta e indistintamente a cuidador y familia.

En relación a las integraciones psicosociales sobre el soporte familiar, la piedra angular de actuación es todo lo que se refiere a las actuaciones psicoeducativas, que estarán a cargo del personal psiquiatra de la hospitalización a domicilio.

Intervenciones psicoeducativas y de soporte familiar

El desarrollo y auge de las intervenciones familiares en el tratamiento de la esquizofrenia han surgido básicamente desde un modelo explicativo de la enfermedad (modelo de estrés-vulnerabilidad-afrontamiento) y de la constatación clínica de las limitaciones del tratamiento farmacológico para la intervención de las recaídas.

El modelo de estrés-vulnerabilidad-afrontamiento propone la enfermedad como resultado de tres constructos: vulnerabilidad biológica, estrés ambiental y capacidad de afrontamiento.

La vulnerabilidad biológica está determinada por una serie de influencias genéticas y de factores perinatales de daño cerebral precoz (obstétricos, infecciosos y metabólicos) que originan un trastorno en el neurodesarrollo. Los factores estresantes ambientales, como los acontecimientos vitales o la exposición a un entorno familiar tenso y hostil, incidirían sobre la vulnerabilidad biológica, favoreciendo la expresión de la enfermedad y aparición de los síntomas o precipitando las recaídas. Frente a ellos, las capacidades de afrontamiento (*coping*) actuarían como mediadores o *protectores* reduciendo las fuentes de estrés o minimizando sus efectos. Todo ello aporta una base racional que sustenta la intervención, mediante una serie de estrategias, para reducir el riesgo de recaídas y mejorar el curso evolutivo de la enfermedad.

Por otra parte, se ha constatado que un 30-50% de los pacientes, aún cumpliendo adecuadamente las pautas del tratamiento, recaen en el primer año tras ser dados de alta por un episodio agudo.

Desde mediados de la década de 1970 empezaron a surgir los primeros trabajos que relacionaban el ambiente o “clima familiar” y la aparición de recaídas en los pacientes que eran dados de alta del hospital. Desde entonces se ha ido investigando, cada vez con mayor sofisticación, la presencia de algunos factores relacionales (emocionales) en el ámbito familiar que sirven para identificar aquellas familias en las que los enfermos tendrán mayor probabilidad de recaídas. Estos factores, que representan una especie de *“índi-*

ce clima emocional" de la familia, fueron agrupados bajo el epígrafe de *"emoción expresada (EE)".* Ésta incluye varias dimensiones como son la hostilidad, la culpa, la ira y la actitud crítica y de sobreprotección hacia el enfermo. Midiendo estos factores a través de una entrevista protocolizada, que se realiza a los miembros de la familia, se consigue obtener una medida de *"alta o baja emoción expresada"* que constituye un fuerte factor pronóstico de las recaídas del enfermo.

Aunque este concepto de EE no deja de ser un constructo teórico y todavía es objeto de debate, existe ya una gran cantidad de estudios controlados realizados en diferentes países y en distintas culturas que demuestran la validez del concepto de EE para la predicción de las recaídas y su utilidad para la realización de programas de intervención familiar con el fin de disminuir este riesgo y desarrollar pautas que mejoren la interacción familiar y el afrontamiento de la enfermedad.

El proporcionar a los familiares y a los enfermos información y apoyo acerca de la enfermedad (naturaleza, causas, evolución y tratamiento), de una forma estructurada y por personal entrenado, es lo que ha venido a llamarse "*psicoeducación*".

El apoyo ofrecido a los familiares en los programas psicoeducativos incluye el entrenamiento en el manejo de las situaciones cotidianas del día a día y en la convivencia con el enfermo mental, tales como el control de los síntomas, la identificación de los signos de recaída, el cumplimiento de la medicación, la mejora de la comunicación etc.

Los programas psicoeducativos han adoptado diversos formatos (grupos de familias o unifamiliares) con una duración variable (ocho o nueve sesiones en cuatro semanas, en las formas más breves, y hasta dos o tres años en las formas más extensas) y han sido aplicados en contextos muy distintos (unidades de hospitalización, centros u hospitales de día o los propios domicilios de los pacientes). La gran variedad de formatos y contenidos de estos programas depende de los objetivos y finalidades perseguidas, así como de la población destinataria. No obstante, puede resumirse una serie de elementos comunes a todos ellos.

CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DE LAS INTERVENCIONES FAMILIARES DE ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA

Los elementos esenciales de este tipo de intervenciones son:

1. Provisión de una información estructurada y actualizada sobre la naturaleza y características de la enfermedad. Se realiza con una orientación práctica, deshaciendo mitos y estereotipos que los familiares puedan tener sobre la misma y fomentado la participación y la discusión. Se incluye la información sobre los tratamientos existentes, sus efectos secundarios y sus mecanismos de acción.

2. Asesoramiento y mejora de la resolución de problemas en el manejo de la enfermedad, haciendo especial hincapié en las situaciones y síntomas que puedan resultar más problemáticos para la familia (violencia, rechazo del tratamiento, señales de descompensación, etc). Debe ofrecerse también desde una perspectiva práctica con un enfoque individualizado, animando a los

familiares a que presenten sus propias experiencias y dificultades en tales situaciones.

3. Mejora de la comunicación familiar. A través de pautas de modelado y retroalimentación (*feed-back*) se enseñan estilos de comunicación que favorezcan la utilización de mensajes claros y sencillos, evitando las descalificaciones y los comentarios negativos hacia las conductas o actitudes del enfermo.

4. Refuerzo y mejora de las actitudes de afrontamiento ante los sentimientos de estigma, desmoralización y aislamiento a los que se enfrentan a menudo las familias que conviven con personas que padecen trastornos mentales graves. Para ello resulta útil fomentar el contacto y el asociacionismo con otros familiares que sufren los mismos problemas, promoviendo la ampliación de las relaciones interpersonales de los miembros fuera del núcleo familiar.

5. Establecimiento de un marco terapéutico estable que posibilite una mayor confianza en el equipo responsable del tratamiento y una actitud de cooperación y corresponsabilización en el manejo de la enfermedad y de los problemas asociados con la misma.

6. Acceso a terapias familiares más específicas en el caso de que las familias se sientan desbordadas o incapaces de afrontar la situación y soliciten una ayuda más intensiva.

Modalidades de intervención

A lo largo de las últimas décadas se han desarrollado distintos modelos de intervención familiar aplicados fundamentalmente en la esquizofrenia. Entre ellos podemos destacar:

– Modelo de intervención sociofamiliar de Leff y Vaughn[127, 128]

– Modelo psicoeducativo de Anderson[129]

– Intervenciones multifamiliares de McFarlane[130].

– Intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier y Barrowclough[131].

– Modelo unifamiliar y multifamiliar de Falloon[132, 133].

Todos ellos han demostrado su efectividad, diferenciándose en la duración (desde los más breves, de nueve a dieciocho meses en el modelo de Leff, a los más prolongados, de dos o tres años, en los modelos de Anderson y Falloon), el formato (número de sesiones, periodicidad) el lugar donde se desarrollan (hospital, centro de día o domicilio familiar) y los grupos de participantes (unifamiliares o grupos de familias exclusivamente, o familiares y pacientes simultáneamente).

EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES FAMILIARES

A la hora de evaluar los resultados de las intervenciones familiares, es difícil hacerlo en su conjunto ya que existen numerosos programas con diferentes objetivos y formatos. No obstante, quizás desde sus inicios, el objetivo principal de estos programas psicoeducativos haya sido la reducción de las recaídas. A este respecto, existe una evidencia clara de que, si están bien estructurados (contenido, formato, duración) y son fieles a los modelos originales que han sido contrastados, se consigue una disminución de las recaídas un año después del 8-42%.

La revisión sistemática de los ensayos clínicos aleatorizados sobre intervenciones familiares a partir de una base de diez estudios con más de 700 participantes, realizada por el grupo de colaboración Cochrane en el año 2002, muestra una disminución del riesgo de recaídas a los dieciocho meses del 20% comparada con el tratamiento estándar (RR: 0,8; IC del 95%: 0,7-0,9; NNT: 9, IC del 95%: 6-22)[134]. Es decir, que cada nueve pacientes tratados tan sólo uno evita la recaída.

Lawrie & McIntosh, en una revisión reciente sobre las intervenciones familiares en la esquizofrenia a partir de estudios controlados y aleatorizados realizados entre 1976 y 1998 encuentran una diferencia media en la tasa de recaídas entre el grupo de intervención y el grupo control del 18% y el 44% un año después, y del 33% y el 64% en el segundo año respectivamente[135]. Estos autores concluyen que los estudios que tuvieron un mayor éxito son aquellos que incluyeron a los propios pacientes con sus familiares en los programas de intervención, su duración fue larga (superior a un año) y proporcionaron una adecuada educación e información sobre la enfermedad (ver tabla en pag siguiente). Otro de los indicadores del resultado de estas intervenciones ha sido el cumplimiento del tratamiento. Aunque no es del todo concluyente, también parece desprenderse de estos análisis una mejoría en la toma de la medicación (n=81; RR: 3,5; IC del 95%: 0,77-15).

Respecto al funcionamiento social, no hay resultados concluyentes. Aunque se ha encontrado cierta mejoría en pacientes sobre cuyas familias se han realizado este tipo de intervenciones, dado que parte de la información necesaria para la evaluación procede de la propia familia, se ha atribuido más bien a un cambio en la forma de percibir al miembro enfermo y a una respuesta más positiva hacia su conducta que a un aumento de su funcionamiento, tanto en independencia como en el seno de las actividades sociales.

Con relación a los niveles de estrés y de carga experimentados por la familia, los resultados no parecen claros. Algunos autores, utilizando el General Health Questionaire, han encontrado una mejoría singnificativa tras la intervención, mientras que otros observan niveles de estrés semejantes antes y después de la intervención.

ESTUDIO	DURACIÓN (meses)			
	9-12	18-24	60	90
London Study[136, 137]				
– Intervención familiar	8%	20%		
– Tratamiento habitual	50%	78%		
California Study[138, 139]				
– Intervencion familiar	8%	33%		
– Tratamiento habitual	17%	36%		
Hamburg Study[140]				
– Grupo psicodinámico	33%	20%		
– Tratamiento habitual	43%	78%		
Pittsburg Study[141, 142]				
– Intervención familiar (IF)	19%	33%		
– Grupo de habilidades sociales (HS)	20%	43%		
– Combinación IF & HS	0	25%		
– Grupo control	41%	66%		
Salford Study[143-145]				
– Intervención familiar	5%	24%	62%	67%
– Tratamiento habitual	48%	59%	83%	88%
Sydney Study[146]				
– Asesoramiento familiar	41%			
– Grupo control	65%			
California Study[147]				
– Intervención familiar	14,3%			
– Tratamiento habitual	55%			
Ámsterdam Study[148]				
– Intervención familiar	16%			
– Tratamiento habitual	15%			
Shasi City (China) Study[149]				
– Intervención familiar	12%	12,5%		
– Grupo control	33%	44%		
Comparación entre diferentes formas de intervención familiar				
London Study 2[150, 151]				
– Terapia familia	8%	33%		
– Grupos familiars	17%	44%		
New York Study[152]				
– Grupos familiars	16%	28%		
– Tto. familiar individual	28%	42%		
NMH (5-Center Study)[153]				
– Int. familiar intensiva	28%	34%		
– Soporte familiar	26%	35%		

Conclusiones sobre los programas de intervención familiar y psicoeducación y su aplicación en la clínica

1. En pacientes con esquizofrenia que siguen un tratamiento farmacológico existe una evidencia probada de que los programas de intervención familiar y psicoeducación disminuyen el riesgo de recaídas.

2. Se ha demostrado que la reducción del nivel de EE en aquellas familias con un valor alto de la misma, así como el brindar una información adecuada acerca de la enfermedad, junto al entrenamiento en la resolución de problemas, son los mediadores principales para la eficacia de este tipo de intervenciones.

3. Otro de los objetivos secundarios que se persigue con las intervenciones familiares es la creación de una alianza terapéutica, considerando a sus miembros como aliados y huyendo de actitudes que puedan generarles sentimientos de culpa o estigmatización.

4. Se han desarrollado manuales de tratamiento y protocolos relativamente sencillos que han sido adaptados y trasladados a diferentes entornos y culturas. En nuestro medio, el modelo de Falloon ha sido adaptado y aplicado por el grupo de Montero y cols., obteniendo buenos resultados para la prevención de las recaídas[154]. En la actualidad hay estudios en curso sobre su aplicabilidad en el ámbito clínico habitual y sobre modelos de entrenamiento de profesionales.

5. A pesar de la evidencia favorable obtenida con estas intervenciones en el campo de la investigación, su extensión a la práctica cotidiana es aún escasa, y será necesario comprobar si se mantienen las diferencias logradas frente a una intervención estándar cuando los programas se ejecuten en condiciones no experimentales.

Reflexiones finales sobre la intervención en familias y cuidadores

– El apoyo prestado por los familiares cuidadores es un punto fundamental de la asistencia a las personas en HDM en la comunidad.

– La relación emocional del familiar responsable y el paciente determina de manera significativa el mantenimiento del cuidado en HDM.

– Un sistema de asistencia eficaz capacita a los cuidadores para encargarse de sus familiares en casa, a la vez que minimiza las consecuencias negativas para ellos mismos.

– Las exigencias de la administración de cuidados no precipita la aparición de enfermedades en el cuidador sino que más bien agrava una predisposición previa a sufrirlas.

– Fomentar las habilidades del cuidador en su interacción con el enfermo puede prolongar su capacidad para la provisión de cuidados en el entorno familiar y mejorar la calidad de vida de ambos.

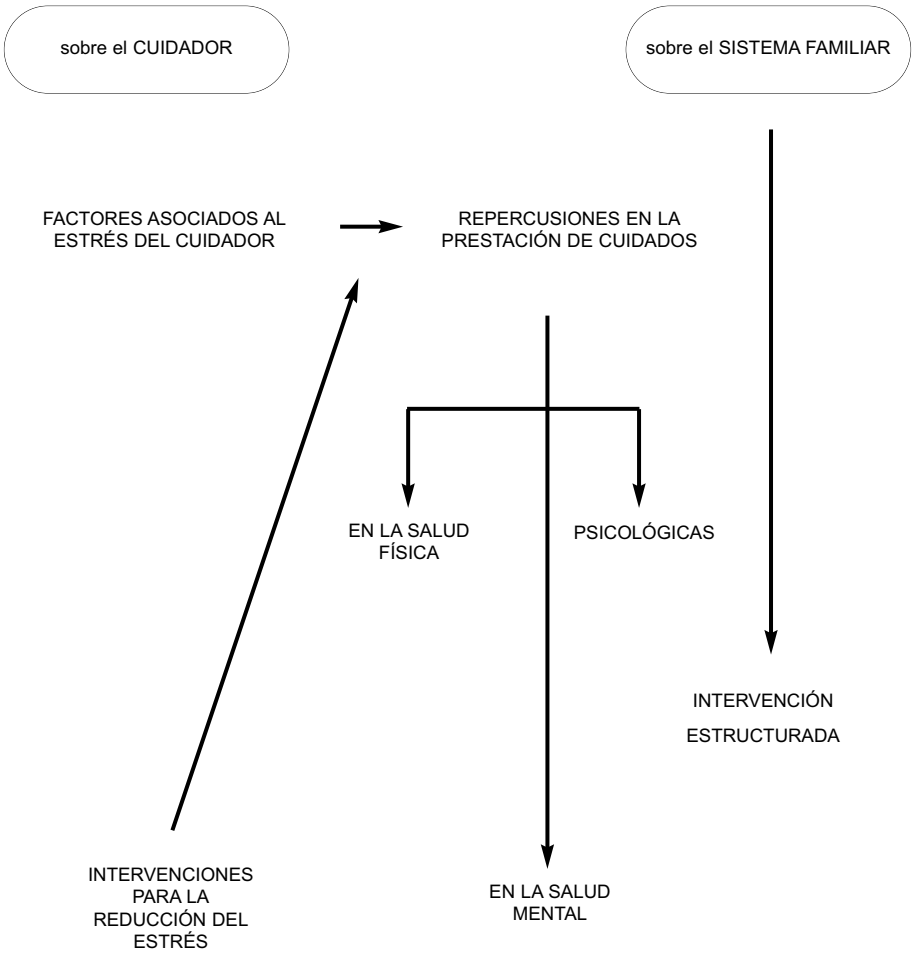
– Cualquier discusión sobre HDM sin una comprensión previa del contexto en el que se producen determinadas conductas, puede hacer que el personal cuidador vea al paciente como una mera colección de síntomas más que como una persona.

– El sufrimiento del cuidador y las relaciones interpersonales pobres entre el enfermo y el cuidador pueden desajustar la HDM.

– Los cuidadores pueden aportar información muy útil sobre los antecedentes y posibles motivos de los trastornos de conducta. El recabo de esta información requiere habitualmente algo más que una sola entrevista breve.

– Los cuidadores con una relacion premórbida insatisfactoria con el enfermo son propensos a interpretar la conducta de agitación como una provocación premeditada y a empeorar la situación con reacciones hostiles.

Línea de actuación con cuidadores y familia en HDM



1. Psicoevaluación del cuidador
2. Soporte emocional, psicológico y psiquiátrico
3. Psicoeducación
4. Desarrollo de la red social
5. Atención al cuidador profesional

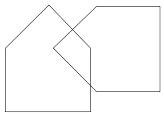
Anexos

ANEXO I:
DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS

I	TRASTORNOS DEPRESIVOS
CODIGO	**DESCRIPCIÓN CIE 9 MC**
296.20	Trastorno depresivo mayor sin especificar
296.32	Trastorno depresivo mayor recurrente moderado
296.33	Trastorno depresivo mayor recurrente grave sin síntomas psicóticos
296.34	Trastorno depresivo mayor recurrente grave con síntomas psicóticos
296.80	Psicosis maniacodepresiva sin especificar
296.82	Trastorno depresivo atípico
296.90	Psicosis afectiva no especificada
309.0	Reacción depresiva breve
311	Trastorno depresivo
II	**DEMENCIAS Y OTROS TRASTORNOS ORGÁNICOS CEREBRALES CON TRASTORNOS NEUROPSIQUIÁTRICOS**
CODIGO	**DESCRIPCIÓN CIE 9 MC**
290.20	Demencia senil con características delirantes
294.8	Otro síndrome cerebral orgánico crónico especificado
294.9	Síndrome cerebral orgánico no especificado
290.21	Demencia senil de tipo depresivo
310.0	Síndrome de lóbulo frontal
310.1	Síndrome orgánico de la personalidad
310.2	Síndrome posconmoción cerebral
310.9	Trastorno mental no psicótico no debido a lesión cerebral
III	**TRASTORNOS PSICÓTICOS CRÓNICOS**
CODIGO	**DESCRIPCIÓN CIE 9 MC**
295.00	Esquizofrenia tipo simple no especificada
295.10	Esquizofrenia tipo desorganizado
295.12	Esquizofrenia hebefrénica crónica
295.20	Psicosis esquizofrénica tipo catatónico sin especificar
295.30	Trastorno esquizofrénico tipo paranoide sin especificar
295.60	Esquizofrenia residual sin especificar
295.70	Trastorno esquizofrénico tipo esquizoafectivo
295.74	Trastorno esquizoafectivo crónico con exacerbación aguda
297.1	Paranoia
297.2	Parafrenia
297.8	Otro estado paranoide especificado
297.9	Estado paranoide sin especificar

IV	TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS ESTABILIZADOS
CODIGO	**DESCRIPCIÓN CIE 9 MC**
295.4	Episodio esquizofrénico agudo
295.40	Episodio esquizofrénico agudo sin especificar
295.90	Esquizofrenia sin especificar
295.92	Esquizofrenia sin especificar crónica
298.0	Psicosis de tipo depresivo
298.1	Psicosis de tipo agitado
298.2	Confusión reactiva
298.3	Reacción paranoide aguda
298.4	Psicosis paranoide psicógena
298.8	Otra psicosis reactiva y psicosis reactiva no especificada
298.9	Psicosis sin especificar
V	**FASES MANIACAS ESTABILIZADAS**
CODIGO	**DESCRIPCIÓN CIE 9 MC**
296.00	Trastorno maniaco de episodio único sin especificar
296.01	Trastorno maniaco único leve
296.02	Trastorno maniaco único moderado
296.03	Trastorno maniaco único grave sin comportamiento psicótico
296.04	Trastorno maniaco único grave con comportamiento psicótico
296.11	Trastorno maniaco recurrente leve
296.12	Trastorno maniaco recurrente moderado
296.13	Trastorno maniaco recurrente grave sin comportamiento psicótico
296.14	Trastorno maniaco recurrente grave con comportamiento psicótico
296.40	Trastorno afectivo bipolar maniaco sin especificar
296.440	Trastorno afectivo bipolar maniaco grave con comportamiento psicótico
VI	**CONDUCTAS SUICIDAS**
CODIGO	**DESCRIPCIÓN CIE 9 MC**
300.9	Trastorno neurótico sin especificar

ANEXO II:
MINIEXAMEN COGNOSCITIVO – MEC

CONCEPTO	PUNTUACIÓN	
	Paciente	Máximo
Orientación		
– Dígame el día …fecha…mes…estación–año		(5)
– Dígame el hospital (o el lugar)… planta…ciudad…provincia…nación…		(5)
Memoria de fijación		
– Repita estas tres palabras: peseta - caballo - manzana (repetirlas hasta que se las aprenda		(3)
Concentración y cálculo		
– Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?… - … - …		(5)
– Repita estos números: 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás: … - … - …		(3)
Memoria		
– Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? … - … - …		(3)
Lenguaje y construcción		
– Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto?. Repetirlo con el reloj.		(2)
– Repita esta frase: en un trigal había cinco perros		(1)
– Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿qué son el rojo y el verde? ¿qué son el perro y el gato?		(2)
– Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa		(3)
– Lea esto y haga lo que se dice: CIERRE LOS OJOS		(1)
– Escriba una frase		(1)
– Copie este dibujo 		(1)
PUNTUACIÓN FINAL		**(35)**

Nivel de conciencia (marcar): Alerta - Obnubilación - Estupor- Coma

Anexo III: Escala de riesgo suicida de Plutchik

INSTRUCCIONES: las siguientes preguntas tratan sobre cosas que vd. ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta con un SI o NO		
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está vd. separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO

ANEXO IV: ESCALA DE RIESGO DE VIOLENCIA DE PLUTCHIK

INSTRUCCIONES: Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente e indique con qué frecuencia se siente de "esa manera", señalándolo en la columna indicada.				
	Nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. ¿Se enfada con facilidad?				
2. ¿Se enfada continuamente con la gente?				
3. ¿Se enfurece sin motivo?				
4. Cuando se enfada, ¿coge un arma?				
5. ¿Ha lastimado alguna vez a alguien en una pelea?				
6. ¿Ha pegado o atacado alguna vez a algún familiar?				
7. ¿Ha pegado o atacado alguna vez a alguien que no sea familiar suyo?				
8. ¿Ha usado alguna vez un objeto para agredir a alguien?				
9. ¿Podría conseguir un arma con facilidad?				
10. ¿Cuantas veces ha sido vd. detenido por delitos no violentos como irse de un tienda o falsificar documentos?				
11. ¿Cuántas veces ha sido vd. detenido por delitos como robo a mano armada o agresión violenta?				
			SI	NO
12. ¿Guarda o colecciona armas en su casa y sabe cómo utilizarlas?				

ANEXO V: IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL (ICG)

IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL – GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD (ICG-SI)
Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?
0. no evaluado
1. normal, no enfermo
2. dudosamente enfermo
3. levemente enfermo
4. moderadamente enfermo
5. marcadamente enfermo
6. gravemente enfermo
7. entre los pacientes más extremadamente enfermos
IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL – MEJORÍA GLOBAL (ICG-GI)
Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento).
0. no evaluado
1. mucho mejor
2. moderadamente mejor
3. levemente mejor
4. sin cambios
5. levemente peor
6. moderadamente peor
7. mucho peor

ANEXO VI: INVENTARIO DE DISCAPACIDAD DE SHEEHAN MODIFICADO

Trabajo

A causa de sus síntomas, su trabajo se ha visto perjudicado:

No, en absoluto		Levemente		Moderadamente			Marcadamente		Extremadamente	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Vida Social

A causa de sus síntomas, su vida social y sus actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas:

No, en absoluto		Levemente		Moderadamente			Marcadamente		Extremadamente	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Vida Familiar

A causa de sus síntomas, su vida familiar y sus responsabilidades domésticas se han visto perjudicadas:

No, en absoluto		Levemente		Moderadamente			Marcadamente		Extremadamente	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Estrés percibido

Durante la última semana, ¿cuánto le han dificultado la vida los eventos estresantes y los problemas personales como los problemas en el trabajo, en casa, de salud o económicos?

No, en absoluto		Levemente		Moderadamente			Marcadamente		Extremadamente	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Apoyo social percibido

Durante la última semana, ¿qué porcentaje de apoyo ha recibido de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc., respecto al apoyo que ha necesitado?

Ningún apoyo, en absoluto		Levemente		Moderadamente			Marcadamente		Extremadamente	
0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

ANEXO VII: ÍNDICE DE BARTHEL.
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

CONTROL ANAL	
Incontinente (o necesita enemas frecuentes)	0
Algún accidente (máximo 1 cada 24 horas)	1
Continente (por más de 7 días)	2
CONTROL VESICAL	
Continente cateterizado o necesita ayuda	0
Algún accidente (máximo 1 cada 24 horas)	1
Continente (por más de 7 días)	2
ASEO PERSONAL	
Necesita ayuda en aseo personal	0
Independiente para aseo: cara, pelo, dientes, afeitado	1
USO DEL RETRETE	
Dependiente	0
Necesita ayuda, pero puede hacer algo sólo	1
Independiente (sentarse y levantarse, limpiarse y vestirse)	2
BAÑO	
Dependiente	0
Independiente	1
(Baño: debe entrar y salir sin supervisión y lavarse sólo. Ducha: sin supervisión/sin ayuda)	
VESTIRSE	
Dependiente	0
Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad de cosas sin ayuda	1
Independiente (incluye botines, cremalleras, zapatos, etc)	2
ALIMENTACIÓN	
Incapaz	0
Necesita ayuda para: cortar, extender mantequilla, etc.	1
Independiente (la comida puede ser puesta a su alcance)	2
TRASLADO CAMA/SILLA	
Incapaz / No tono postural	0
Gran ayuda física (1 ó 2 personas). Puede estar sentado (buen tono postural)	1
Ayuda menor (verbal o física)	2
Independiente	3
MOVILIDAD	
Inmóvil	0
Independiente en silla de ruedas, incluye doblar esquinas	1
Anda con ayuda de una persona (verbal o física)	2
Independiente, se ayuda de prótesis si la necesita	3
ESCALERAS	
Incapaz	0
Necesita ayuda (verbal, o física, aún llevando bastón)	1
Independiente para subir o bajar	2
SUMA TOTAL (Máx. 20)	

ANEXO VIII: ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN MODIFICADA

SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con familia, sin conflicto familiar	
Vive con familia, y presenta algún tipo de dependencia físico-psíquica	
Vive con familia con problemas de convivencia	
Vive solo, pero tiene familiares próximos	
Vive solo, carece de familiares, o viven alejados	
VIVIENDA	
Adecuada a necesidades (luz, agua, calefacción, aseo, etc.)	
Barreras arquitectónicas (peldaños, puertas estrechas, baños, etc)	
Dificultades para comunicarse con el exterior (ausencia de ascensor y/o teléfono, lejanía, etc)	
Equipamiento inadecuado (carece de uno de los del punto 1)	
Vivienda inadecuada (chabola, barraca, ruinas, etc) o ausente	
RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES	
Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio	
Sólo se relaciona con la familia y vecinos; sale de casa	
Sólo se relaciona con la familia; sale de casa	
No sale de su domicilio; recibe a su familia o visitas (>1 vez a la semana)	
No sale de su domicilio ni recibe visitas (o <1 vez a la semana)	
APOYO DE LA RED SOCIAL	
No necesita ningún apoyo	
Recibe apoyo de la familia y/o vecinos	
Recibe apoyo de voluntariado o ayuda domiciliaria	
Pendiente de ingreso en residencia	
Necesita cuidados permanentes que no son dados	
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 884 euros (o 2 veces salario mínimo)	
Entre 454 euros y 884 euros (pensión mínima contributiva)	
Menos de 274 euros (pensión no contributiva)	
No recibe pensión ni otros ingresos	
TOTAL ESCALA DE GIJÓN	

PUNTUACIÓN:
<9 = no riesgo social
10-14= riesgo social moderado
>15 = riesgo social severo

DERIVAR A TRABAJADOR SOCIAL SI:

Vive solo/a
Incapacidad psíquica
Falta de apoyo familiar y social
Existencia de conflicto familiar
Sobrecarga del cuidador principal
Condiciones insalubres de la vivienda
Hacinamiento
Bajos recursos económicos
Aislamiento social
Barreras arquitectónicas internas y/o externas
Vive en zona aislada

ANEXO IX: ESCALA DE SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN SALUD MENTAL (HDM)

Etiqueta

Se ruega rellene este cuestionario, el cual nos permitirá conocer su grado de satisfacción para poder valorar y mejorar los diferentes aspectos de este programa.

Para cualquier duda que se le presente al rellenar este cuestionario puede consultar en la CONSULTA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL cuando acuda a revisión o al personal sanitario de HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO o en ATENCIÓN PRIMARIA (su médico, ATS) que se encarga de su seguimiento después del ingreso domiciliario.

El día que vuelva a la primera consulta de seguimiento después del ingreso domiciliario, solicitamos entregue esta encuesta en la DEL CENTRO DE SALUD MENTAL o CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Gracias por contribuir a una mejora continua de la calidad

Marque aquella opción que mejor refleje su opinión. Ej.:

X		

1 ¿Entendió las instrucciones que se le dieron en el momento de decidir su ingreso domiciliario?

2 La información que le dieron los médicos, la calificaría como:

3 La información que le dieron las enfermeras, la calificaría como:

4 ¿Le pareció bien el plan de tratamiento en el momento del ingreso domiciliario?

5/6 El trato recibido
por los siguientes profesionales lo considera:

• Enfermeras

• Médicos

7 ¿Se solucionaron adecuadamente las situaciones difíciles que se presentaron?

8 ¿Tuvo necesidad de llamar al CICU, al médico de Atención Primaria o acudir a un servicio de Urgencias para resolver algún problema durante el ingreso domiciliario?

9 ¿Cómo valoraría usted la coordinación de los distintos profesionales sanitarios que han intervenido?

10 ¿Valora usted como positiva la posibilidad de participar activamente en el proceso de tratamiento?

11 En el momento del alta, los médicos o las enfermeras ¿le dieron instrucciones precisas sobre el tratamiento a seguir?

12 ¿Entendió las instrucciones que le dieron?

13 ¿Le informaron adecuadamente de a dónde iba a ser remitido (Médico de cabecera, Psiquiatra del Centro de Salud Mental?

14 En conjunto, ¿cómo valoraría usted la asistencia que recibió durante el ingreso domiciliario?

15 En caso de poder elegir, ¿volvería a escoger usted este tipo de ingreso en lugar del ingreso hospitalario?

16 ¿Se ha resuelto satisfactoriamente la situación que motivó el ingreso domiciliario?

Gracias por colaborar y no olvide depositar la encuesta en uno de los lugares indicados en la primera página

ANEXO X: CMBDHDM

CONJUNTO MINIMO BÁSICO DE DATOS HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA MENTAL

NOMBRE	TIPO	ANCHO
HOSP	CARÁCTER	5
NHC	CARÁCTER	7
SIP	CARÁCTER	7
ICU	CARÁCTER	7
FNAC	CARÁCTER	8
SEXO	CARÁCTER	1
RESID	CARÁCTER	10
FINANC	CARÁCTER	1
HYFVALO	CARÁCTER	10
HYFING	CARÁCTER	10
ESPING	CARÁCTER	4
DP	CARÁCTER	6
D1	CARACTER	6
D2	CARÁCTER	6
D3	CARACTER	6
D4	CARÁCTER	6
D5	CARACTER	6
D6	CARÁCTER	6
D7	CARACTER	6
D8	CARÁCTER	6
PROC	CARACTER	5
P1	CARÁCTER	5
VISIDOMI_M	CARACTER	2
VISIDOM_URG_M	CARÁCTER	2
VISIDOMI_E	CARACTER	2
VISIDOM_URG_E	CARÁCTER	2
HYALTA	CARÁCTER	10
CIRCUNSALT	CARÁCTER	1
SERVALTA	CARÁCTER	3
ACEPTACIÓN	CARÁCTER	1
MOT_NOACEP	CARÁCTER	2
DIAG_VALO	CARÁCTER	50
COD_PRONOS	CARÁCTER	2
Nº INGRE_UHD	CARÁCTER	2

ANEXO XI: CMBDHDM

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT
HOSPITAL DE SAGUNT I C.E.
HOSP DOMICILIARIA DE SALUD MENTAL

PROPUESTA DE INGRESO EN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DE SALUD MENTAL

Fecha:

Nombre Apellidos	Edad Sexo Nº S.I.P. Hombre Mujer
Dirección de localización del paciente	Teléfonos de contacto
Diagnósticos	Médico de AP Psiquiatra responsable
Medicación actual	Sospecha de riesgo suicida Alto Medio Bajo
Motivo de ingreso	Sospecha de riesgo agitación o violencia Alto Medio Bajo
Propuestas terapéuticas	Facultativo solicitante (cuño) Especialidad solicitante Firma

Fecha:HS- 0000 ***0000***

ANEXO XII

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT
HOSPITAL DE SAGUNT I C.E.

PACIENTE Apellidos Nombre Número historia Fecha nacimiento Nº SIP	Lugar reservado para la etiqueta identificativa

DATOS DE LOCALIZACIÓN DE PERSONAL RESPONSABLE

DATOS DEL FAMILIAR RESPONSABLE
Nombre y apellidos del familiar responsable:
Teléfono de contacto:
DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA
Nombre y apellidos del psiquiatra de Hospitalización Domiciliaria:
Teléfono de la Hospitalización Domiciliaria:
DATOS DEL PSIQUIATRA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL
Centro de Salud Mental:
Nombre y apellidos del psiquiatra del Centro de Salud Mental:
Teléfono de contacto:
DATOS DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA
Centro de Salud de Atención Primaria:
Nombre y apellidos del médico de Atención Primaria:
Teléfono de contacto:
OTROS TELÉFONOS DE INTERÉS
Teléfono del Centro de Información y Coordinación de urgencias: 900.161.161

ANEXO XIII

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT
HOSPITAL DE SAGUNT I C.E.

PACIENTE Apellidos Nombre Número historia Fecha nacimiento Nº SIP	Lugar reservado para la etiqueta identificativa

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INGRESO DOMICILIARIO

Yo D./Dª ……

mayor de edad, con DNI ……

y domiciliado en ……

he sido informado de los derechos y responsabilidades del Ingreso Domiciliario en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria de Salud Mental (Hospital de Sagunto),
en calidad de ……

y doy expresamente mi consentimiento.

Nombre y firma del paciente Nombre y firma del familiar

En ……, a ……de … … …del 200 ……

BIBLIOGRAFÍA

1. Fitzgerald P, Kulkarni J. Home-oriented management programme for people with early psychosis. Br J Psychiatry 1998; 172(suppl 33): 39-44.

2. Vázquez-Barquero JL, García J, Torres-González F. Spanish psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience. Acta Psychiatr Scand 2001; 104 (suppl. 410): 89-95.

3. Burns T, Catty J, Watt H et al. International differences in home treatment for mental health problems: Results of a systematic review. Br J Psychiatry 2002; 181: 375-382.

4. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry 1980; 37: 392-397.

5. Wright C, Burns T, James P et al. Assertive outreach teams in London: models of operation. Pan-London Assertive Outreach Study, Part I. Br J Psychiatry 2003; 183: 132-138.

6. Priebe S, Fakhoury W, Watts J et al. Assertive outreach teams in London: patient characteristics and outcomes. Br J Psychiatry 2003; 183: 148-154.

7. Orme S. Intensive home treatment services: the current position in the UK. En: Brimblecome N (ed). Acute mental health care in the community. Intensive home treatment. Philadelphia: Whurr Publishers Ltd, 2001; 29-53.

8. Carroll A, Pickworth J, Protheroe D. Service innovations: an Australian approach to community care: the Northern Crisis Assessment and Treatment Team. Psychiatr Bull 2001; 25: 439-441.

9. Burns T. Generic versus specialist mental health teams. En: Thornicroft G& Szmukler G (eds). Textbook of community psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2001.

10. Cohen BMZ. Providing intensive home treatment: inter-agency and inter-professional issues. En: Brimblecome N (ed). Acute mental health care in the community. Intensive home treatment. Philadelphia: Whurr Publishers Ltd, 2001; 163-186.

11. Smyth MG. Crisis resolution/home treatment and in-patient care. Psychiatr Bull 2003; 27: 44-47.

12. Smyth MG & Hoult J. The home treatment enigma. BMJ 2000; 320 (7230): 305.

13. Spencer G, Jolley D. Planning services for the elderly. Advances in Psychiatric treatment 1999; 5: 202-212.

14. Perkins R, Burns T. Home treatment. Int J Soc Psychiatry 2001; 47(3): 55-66.

15. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. The Lancet 2004; 363: 2063-2072.

16. Brimblecombe N. Developing intensive home treatment services: problems and issues. En: Brimblecome N (ed). Acute mental health care in the community. Intensive home treatment. Philadelphia: Whurr Publishers Ltd, 2001; 187-210.

17. Balsera J, Rodríguez C, Caba R et al. La implantación y evaluación del modelo de gestión de casos (case management) en Cataluña: el programa PSI-TMS. Actas Esp Psiquiatr 2002; 30(6): 350-357.

18. Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses (Cochrane Review). En: The Cochrane Library 1. Oxford: Update Software, 1999.

19. Brimblecombe N, O'Sullivan G. Diagnosis, assessments and admisssions from a community treatment team. Psychiatr Bull 1999; 23: 72-74.

20. Holloway F. Home treatment as an alternative to acute psychiatric inpatient admission: a discussion. En: Tyrer P & Creed F (eds). Community Psychiatry in action. Analysis and prospects. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

21. Harrison J, Poynton A, Marshall J et al. Open all hours: extending the role of the psychiatric day hospital. Psychiatr Bull 1999; 23: 400-404.

22. Wykes T, Leese M, Taylor R et al. Effects of community services on disability and symptoms. PriSM Psychosis Study 4. Br J Psychiatry 1998; 173: 385-390.

23. Lobo A, Ezquerra J, Gómez FB et al. El Mini-Examen Cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. Actas Luso-Esp Neurol Psiq Cienf Af 1979; 7 (3): 189-202.

24. Rubio G, Montero I, Jáuregui J et al. Validación de la escala de riesgo de violencia de Plutchik en población española. Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61(2): 143-152.

25. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, *et. al*.. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61(4): 307-316.

26. García JV, Díaz E, Salamea A et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria 1999; 23(7): 434-40.

27. Martín M, Salvadó I, Nadal S et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev Gerontol 1996; 6: 338-346.

28. Baztán JJ, Pérez J, Alarcón T et al. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional del paciente con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28 (1): 32-40.

29. Guy W. Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU). Assessment Manual. Rockville, National Institute Mental Health, 1976.

30. Bobes J, Badía X, Luque A et al. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale, y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. Med Clin (Barc) 1999; 112: 530-538.

31. Adair CE, McDougall GM, Beckie A et al. History and measurement of continuity of care in mental health services and evidence of its role in outcomes. Psychiatr Serv 2003; 54: 1351-1356.

32. Tyrer P, Evans K, Gandhi N et al. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. BMJ 1998; 316: 106-109.

33. Tyrer P. Future research strategies. En: Tyrer P & Creed F (eds). Community Psychiatry in action. Analysis and prospects. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

34. Orme S, Cohen B. Researching services providing IHT as an alternative to admission. En: Brimblecome N (ed). Acute mental health care in the community. Intensive home treatment. Philadelphia: Whurr Publishers Ltd, 2001; 54-77.

35. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson S.A., 2001.

36. Servicio Vasco de Salud. Manual de descripción de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (AP-GRD v. 14.1), Noviembre 2000.

37. Johnston I, Taylor PJ. Mental disorder and serious violence: the victims. J Clin Psychiatry 2003; 64: 819-824.

38. Munro E. Improving safety in medicine: a systems approach. Br J Psychiatry 2004; 185: 3-4.

39. Benjamin DM. Reducing medication errors and increasing patient safety: case studies in clinical pharmacology. J Clin Pharmacol 2003; 43: 768-783.

40. American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Compendio 2003. Barcelona: Ars Medica, 2003; p.759-875.

41. TREC Collaborative Group. Rapid tranquillisation for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of midazolam versus haloperidol plus promethazine. BMJ 2003; 327: 708-713.

42. Nobay F, Simon BC, Levitt MA et al. A prospective, double-blind, randomized trial of midazolam versus haloperidol versus lorazepam in the chemical restraint of violent and serverely agitated patients. Acad Emerg Med 2004; 11: 744-749.

43. Currier GW, Simpson GM. Risperidone liquid concentrate and oral lorazepam versus intramuscular haloperidol and intramuscular lorazepam for treatment of psychotic agitation. J Clin Psychiatry. 2001; 62(3):153-7.

44. Carrasco JL, Garzón MA. Uso clínico de los fármacos ansiolíticos e hipnóticos. En Vázquez-Barquero JL (editor). Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998; p. 561-575.

45. Jonas JM. Idiosyncratic side effects of short half-life benzodiacepine hypnotics: fact or fancy?. Hum Psychopharmacol 1992; 7: 205-216.

46. Rush CR, Higgins ST, Hughes JR et al. A comparison of the acute behavioral effects of triazolam and temazepam in normal volunteers. Psychopharmacology 1993; 112: 407-414.

47. Neborsky R, Janowsky D, Munson E et al. Rapid treatment of acute psychotic symptoms with high- and low-dose haloperidol. Arch Gen Psychiatry 1981; 38(2): 195-199.

48. Kupfer DJ, Sartorius N (eds). The usefulness and use of second-generation antipsychotic medications-an update. Curr Opin Psychiatry 2003; 16 (suppl 1): 1-44.

49. Davis JM, Chen N, Glick ID. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. Arch Gen Psychiatry 2003; 60(6): 553-564.

50. Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso Español de Expertos para: “Recomendaciones de Actuación en el Tratamiento de la Esquizofrenia”, 2000.

51. Herz MI, Liberman RP, Lieberman JA. Guía clínica para el tratamiento de la esquizofrenia. En: American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Compendio 2003. Barcelona: Ars Medica, 2003; p.491-649.

52. Hirschfeld RMA, Bowden CL, Gitlin MJ. Guía clínica para el tratamiento del trastorno bipolar. 2ª edición. En: American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Compendio 2003. Barcelona: Ars Medica, 2003; p.759-875.

53. Yildiz A, Sachs GS, Turgay A. Pharmacological management of agitation in emergency settings. Emerg Med J 2003; 20(4): 339-346.

54. Karagianis JL, Dawe IC, Thakur A et al. Rapid tranquilization with olanzapine in acute psychosis: a case series. J Clin Psychiatry 2001; 62(suppl 2): 12-16.

55. Czobor P, Volavka J, Meibach RC. Effect of risperidone on hostility in schizophrenia. J Clin Psychopharmacol 1995; 15(4): 243-249.

56. Hellewell JSE, Cameron-Hands D, Cantillon M. Seroquel: evidence for efficacy in the treatment of hostility and aggression. Schizophr Res 1998; 29: 154-155.

57. Lesem MD, Zajecka JM, Swift RH et al. Intramuscular ziprasidone, 2 mg versus 10 mg, in short-term management of agitated psychotic patients. J Clin Psychiatry 2001; 62(1):12-18.

58. Bellnier TJ. Continuum of care: stabilizing the acutely agitated patient. Am J Health Syst Pharm 2002; 59 (17 Suppl 5): S12-8.

59. Shi L, Namjoshi MA, Zhang F et al. Olanzapine versus haloperidol in the treatment of acute mania: clinical outcomes, health-related quality of life and work status. Int Clin Psychopharmacol 2002; 17: 227-237.

60. Yatham LN. Efficacy of atypical antipsychotics in mood disorders. J Clin Psychopharmacol 2003; 23 (3 Suppl 1): S9-14.

61. Fontaine CS, Hynan LS, Koch K et al. A double-blind comparison of olanzapine versus risperidone in the acute treatment of dementia-related behavioral disturbances in extended care facilities. J Clin Psychiatry 2003; 64(6): 726-730.

62. Sanjuan J, Grupo Geopte. Experiencia subjetiva con antipsicóticos. Gráficas Letra, S.A., 2003.

63. Wright P, Birkett M, David SR et al. Double-blind, placebo-controlled comparison of intramuscular olanzapine and intramuscular haloperidol in the treatment of acute agitation in schixophrenia. Am J Psychiatry 2001; 158: 1149-1151.

64. Breier A, Meehan K, Birkett M et al. A double-blind, placebo-controlled dose-response comparison of intramuscular olanzapine and haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2002; 59: 441-448.

65. Baker RW, Kinon BJ, Maguire GA et al. Effectiveness of rapid initial dose escalation of up to forty milligrams per day of oral olanzapine in acute agitation. J Clin Psychopharmacol 2003; 23(4): 342-348.

66. Chengappa KNR, Golstein JM, Greenwood M et al. A post hoc analysis of the impact on hostility and agitation of Quetiapine and Haloperidol among patients with Schizophrenia. Clin Therapeutics 2003; 25(2): 530-541.

67. Tariot PN, Ismail MS. Use of quetiapine in elderly patients. J Clin Psychiatry 2002; 63 Suppl 13: 21-6.

68. Takahashi H, Yoshida K, Sugita T et al. Quetiapine treatment of psychotic symptoms and aggressive behavior in patients with dementia with Lewy bodies: a case series. Prog Neuro-Psychopharmacol & Biol Psychiatry 2003; 27: 549-553.

69. Juncos JL, Yeung PP, Sweitzer D et al. Quetiapine improves psychotic symptoms associated with Parkinson's disease. Washington, 152th Annual Meeting, 1999.

70. Friedman JH, Fernandes H, Jacques C. Quetiapine fumarate for the treatment of dopamimetic psychosis in Parkinson's disease. Washington, 152th Annual Meeting, 1999.

71. Ereshefsky L. Pharmacokinetics and drug interactions: update for new antipsychotics. J Clin Psychiatry 1996; (Suppl 11): 12-25.

72. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Nota informativa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios sobre risperidona. http://www.agemed.es/documentos/ notasPrensa/csmh/2004/ cont_risperidona.htm, 2004.

73. Comité de Consenso de Catalunya en Terapéutica de los Trastornos Mentales. RTM-II Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales, 2ª edición. Barcelona: Masson, 1999.

74. Fleminger S, Greenwood RJ, Oliver DL. Pharmacological management for agitation and aggression in people with acquired brain injury. Cochrane Database Syst Rev 2003; (1): CD003299.

75. García M, González A. Psicopatología y agentes biológicos. Enfermedades somáticas, fármacos, drogas y tóxicos inductores de trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1998.

76. Kinon BJ, Hill AL, Liu H et al. Olanzapine orally disintegrating tablets in the treatment of acutely ill non-compliant patients with schizophrenia. Int J Neuropsychopharmacol 2003; 6: 97-102.

77. Brook S, Lucey JV, Gunn KP. Intramuscular zyprasidone compared with intramuscular haloperidol in the treatment of acute psychosis. J Clin Psychiatry 2000; 61(12): 933-941.

78. Daniel DG, Potkin SG, Reeves KR et al. Intramuscular (IM) ziprasidone 20 mg is effective in reducing acute agitation associated with psychosis: a double-blind, randomized trial. Psychopharmacol 2001; 155: 128-134.

79. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 617-626.

80. Van Praag HM. Biological suicide research: outcome and limitations. Biol Psychiatry 1986; 21: 1305-1323.

81. Rihmer Z, Belso N, Kiss K. Strategies for suicide prevention. Current Opinion in Psychiatry 2002, 15: 83-87.

82. Wasserman D. Suicide, an unnecessary death. London: Martin Dunitz, 2001.

83. Isacsson G. Suicide prevention - a medical breakthrough?. Acta Psychiatr Scand 2000; 102: 113-117.

84. Maris RW. Suicide. Lancet 2002; 360: 319-326.

85. Inskip HM, Harris C, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. Br J Psychiatry 1998; 172: 35-37.

86. Heilä H, Isometsä ET, Henriksson MM et al. Suicide victims with schizophrenia in different treatment phases and adequacy of antipsychotic medication. J Clin Psychiatry 1999; 60: 200-208.

87. Hendin H. Suicide, assisted suicide and medical illness. J Clin Psychiatry 1999; 60 (suppl 2): 46-50.

88. Leenaars A, Cantor C, Connolly J et al. Controlling the environment to prevent suicide: international perspectives. Can J Psychiatry 2000; 45: 639-643.

89. Oliver R, Hetzel B. Rise and fall of suicide rates in Australia: relation to sedative availability. Med J Aust 1972; 2: 919-923.

90. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL et al. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry 1999; 156: 181-189.

91. Schapira K, Linsley KR, Linsley JA et al. Relationship of suicide rates to social factors and availability of lethal methods. Br J Psychiatry 2001; 178: 458-464.

92. Hendin H, Maltsberger JT, Lipschitz A, *et al*.. Recognizing and responding to a suicide crisis. Suicide Life Threat Behav 2001; 31: 115-28.

93. Nicholas LM, Golden RN. Managing the Suicidal Patient. Clinical Cornerstone 2001; 3 (3): 47-57.

94. Brimblecombe N. Intensive home treatment for individuals with suicidal ideation. En: Brimblecome N (ed). Acute mental health care in the community. Intensive home treatment. Philadelphia: Whurr Publishers Ltd, 2001; 122-138.

95. Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses (Cochrane Review). En: The Cochrane Library 1. Oxford: Update Software, 1999.

96. Connolly J, Marks I, Lawrence R et al. Observations from community care for serious mental illness during a controlled study. Psychiatr Bull 1996; 20: 3-7.

97. Harrison J, Poynton A, Marshall J et al. Open all hours: extending the role of the psychiatric day hospital. Psychiatr Bull 1999; 23: 400-404.

98. Brimblecombe N. Suicidal ideation, home treatment and admission. Ment Health Nur 2000; 20(1): 22-26.

99. Tondo L, Ghiani C, Albert M. Pharmacologic interventions in suicide prevention, J Clin Psychiatry 2001; 62 (Suppl 25): 51-55.

100. Townsend E, Hawton K, Altman DG et al. The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. Psychol Med 2001; 31: 979-988.

101. Hirschfeld RMA, Russell JM. Assessment and treatment of suicdidal patients. N Engl J Med 1997; 337: 910-915.

102. Hirschfeld RMA. The Suicidal Patient. Hosp Pract 1998; 33 (10): 119-23.

103. Hawton K, Townsend E, Deeks J et al. Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: before and after study. BMJ 2001; 322: 1203.

104. Aronson JK. Principios generales de la terapia farmacológica. En: Gelder MG et al (eds). Tratado de Psiquiatría. Tomo II. Barcelona: Ars Médica, 2003; p. 1525-1533.

105. Ostrom M, Eriksson A, Thorson J et al. Fatal overdose with citalopram. Lancet 1996; 348: 339-340.

106. Kallner G, Petterson U. Renal, thyroid and parathyroid function during lithium treatment: laboratory tests in 207 people treated for 1-30 years. Acta Psychiatr Scand 1995; 91: 48-51.

107. Presne C, Fakhouri F, Noel LH. Lithium-induced nepropathy: rate of progression and prognostic factors. Kidney Int 2003; 64(2): 585-592.

108. Lozano M, Ramos JA. Utilización de los psicofármacos en psiquiatría de enlace. Barcelona: Masson S.A., 2002.

109. Kanner AM, Nieto JC. Depressive disorders in epilepsy. Neurology 1999; 53 (suppl. 2): 26-32.

110. Yatham LN, Kusumakar V, Calabrese JR et al. Third generation anticonvulsivants in bipolar disorder: a review of efficacy and summary of clinical recommendations. J Clin Psychiatry 2002; 63: 275-283.

111. Batlle DC, Von Riotte AV, Gaviria M et al. Amelioration of polyuria by amiloride in patients receiving long-term lithium therapy. N Engl J Med 1985; 312: 408-414.

112. Goren JL, Levin GM. Quetiapine, an atypical antipsychotic. Pharmacotherapy 1998; 18: 1183-1194.

113. Skop BP, Brown TM. Potential vascular and bleeding complications of treatment with selective serotonin reuptake inhibitors. Psychosomatics 1996; 37: 12-16.

114. Zesiewicz TA, Gold M, Chari G et al. Current issues in depression in Parkinson's disease. Am J Geriatr Psychiatry 1999; 7: 110-118.

115. Majeroni BA, Hess A. State University of New York at Buffalo, N.Y. The pharmacologic treatment of depression. J Am Board Fam Pract 1998; 11: 127-139.

116. Serra-Mestres J. Depresión y enfermedad de Alzheimer. Continua Neurológica 1998; 1: 34-46.

117. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA y Grupo Español de Trabajo para el Estudio de las Disfunciones Sexuales secundarias a psicofármacos. Disfunción sexual asociada al uso de psicofármacos: importancia actual y posibilidades terapéuticas. Actas Esp Psiquiatr 1999; 27: 35-44.

118. Gibert J, Roca A. Guía de psicofármacos 2003.2ª edición. Madrid: Wyeth, 2003.

119. Arana GW, Epstein S, Molloy M et al. Carbamazepine-induced reduction of plasma alprazolam concentrations: a clinical case report. J Clin Psychiatry 1988; 49: 448.

120. Koczerginski D, Kennedy SH, Swinson RP. Clonazepam and lithium-a toxic combination in the treatment of mania-. Internat Clin Psychopharmacol 1989; 4: 195.

121. Martín M, Ballesteros J, Ibarra N et al. Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distrés psíquico. Una asociación relegada en la valoración de las demencias. Actas Esp Psiquiatr 2002; 30(4): 201-206.

122. Gwyther LP. Social issues of the Alzheimer's patient and family. Am J Med 1998. 27; 104 (4A): 17-21.

123. Rabins PV. Alzheimer's disease management. J Clin Psychiatry 1998; 59 Suppl 13: 36-38.

124. Brodaty H, Gresham M. Effect of a training programme to reduce stress in carers of patients with dementia. BMJ 1989; 299(6712): 1375-1379.

125. Whitlatch CJ, Zarit SH, von Eye A. Efficacy of interventions with caregivers: a reanalysis. Gerontologist 1991; 31(1): 9-14.

126. Zarit SH, Orr NK, Zarit JM. The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress. New York University Press, 1985.

127. Leff JP & Vaughn C. Expressed emotion in families: its significance for mental illness. New York: Guilford, 1985.

128. Kuipers E, Leff J, Lam D. Family work for schizophrenia : a practical guide (2nd edition). London: Gaskell, 2002.

129. Anderson CM, Reiss DJ, Hogarty GE. Schizophrenia in the family: a practitioner's guide to psychoeducation and management. New York: Guilford Press, 1986.

130. McFarlane WR. Multiple family groups and the treatment of schizophrenia. En: MI Herz, SJ Keith, JP Docherty (eds). Handbook of schizophrenia. Vol 4. Psychosocial treatment of schizophrenia. Amsterdam: Elservier, 1990.

131. Barroclough C & Tarrier N. Families of schizophrenic patients. Cognitive behavioural interventions. London: Chapman and Hall, 1992.

132. Falloon IRH. Family management of schizophrenia. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1985.

133. Falloon IRH, Laporta M, Fadden G, *et al*. Managing stress in families. Cognitive and behavioural strategies for enhancing coping skills. London: Routledge, 1993.

134. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Methodology Review). En: The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2003.

135. Lawrie S, McIntosh A. Schizophrenia Clin Evid 2002; Jun (7): 920-944.

136. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R et al. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. Br J Psychiatry 1982; 141: 121-134.

137. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R et al. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. Br J Psychiatry 1985; 146: 594-600.

138. Falloon IR, Boyd JL, McGill CW et al. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. N Engl J Med 1982; 306(24): 1437-1440.

139. Falloon IR, Boyd JL, McGill CW et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study. Arch Gen Psychiatry 1985; 42(9): 887-896.

140. Kottgen C, Sonnichsen I, Mollenhauer K et al. Results of the Hamburg Camberwell family Interview study, I-III, Int J Fam Psychiatry 1984; 5: 61-94.

141. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. Arch Gen Psychiatry 1986; 43(7): 633-642.

142. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group. Arch Gen Psychiatry 1991; 48(4): 340-347.

143. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C et al. The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. Br J Psychiatry 1988; 153: 532-542.

144. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C et al. Community management of schizophrenia. A two-year follow-up of a behavioural intervention with families. Br J Psychiatry 1989; 154: 625-628.

145. Tarrier N, Barrowclough C, Porceddu K et al. The Salford Family Intervention Project: relapse rates of schizophrenia at five and eight years. Br J Psychiatry 1994; 165(6): 829-832.

146. Vaughan K, Doyle M, McConaghy N et al. The Sydney intervention trial: a controlled trial of relatives' counselling to reduce schizophrenic relapse. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1992; 27(1): 16-21.

147. Randolph ET, Eth S, Glynn SM et al. Behavioural family management in schizophrenia. Outcome of a clinic-based intervention. Br J Psychiatry 1994; 164(4): 501-506.

148. Linszen D, Dingemans P, Van der Does JW et al. Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders.Psychol Med 1996; 26(2): 333-342.

149. Xiong W, Phillips MR, Hu X et al. Family-based intervention for schizophrenic patients in China. A randomised controlled trial. Br J Psychiatry 1994; 165(2): 239-247.

150. Leff J, Berkowitz R, Shavit N et al. A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. Br J Psychiatry 1989; 154: 58-66.

151. Leff J, Berkowitz R, Shavit N et al. A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. Two-year follow-up. Br J Psychiatry 1990; 157: 571-577.

152. McFarlane WR, Lukens E, Link B et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1995; 52(8): 679-687.

153. Schooler NR, Keith SJ, Severe JB et al. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. The effects of dose reduction and family treatment. Arch Gen Psychiatry 1997; 54(5): 453-463.

154. Montero I, Asencio A, Hernandez I et al. Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a Mediterranean environment. Schizophr Bull 2001; 27(4): 661-670.