

PROTOCOLO PROVINCIAL DE ABORDAJE INICIAL DE LAS URGENCIAS DE SALUD MENTAL

El siguiente protocolo ha sido articulado, diseñado y redactado por el Méd. Esp. Omar Rodríguez Quinteros, en representación de la coordinación de hospitales de la Dirección de Salud Mental y Consumos Problemáticos dependiente del Ministerio de Salud y Deportes de la provincia de Mendoza, con el asesoramiento y aval de los servicios de salud mental de los hospitales generales de la provincia.

A los efectos del presente documento, se ha adoptado el término usuario para referirse a personas con padecimiento de salud mental o pacientes. Se ha escogido la terminología acorde a la Ley 26.657. Se adjuntan los anexos correspondientes.

Introducción	2
Destinatarios	4
Objetivos	4
Metodología	4
Etapa de diseño	4
Etapa de implementación	6
Desarrollo	6
Algoritmo principal	6
Conclusiones	8
Bibliografía	8
Anexo 1: Triage de Salud Mental	12
Anexo 2: Evaluación clínica y psicopatológica mínima	14
Anexo 3: Ideación e intento suicida	15
Pautas básicas de la entrevista	15
Perfil de mayor riesgo	16
Factores protectores	17
Factores de mayor protección	17
Pautas básicas del abordaje	17
Notificación epidemiológica de intentos de suicidio	18
Anexo 4: Psicosis y Bipolaridad	20
Síndrome psicótico	20
Síntomas habituales	20
Síndrome Maniaco	20
Abordaje	20
Anexo 5: Consumo de sustancias	21
Definiciones	21
Intoxicación Aguda	21
Síndrome de Abstinencia	21
Dependencia	21

<u>Abordajes</u>	<u>21</u>
<u>Dependencia de opioides</u>	<u>22</u>
<u>Dependencia de cocaína, anfetaminas o alucinógenos</u>	<u>23</u>
<u>Dependencia de alcohol o benzodiazepinas</u>	<u>23</u>
<u>Dependencia de cannabis</u>	<u>24</u>
<u>Centros Preventivos Asistenciales en Adicciones (C.P.A.A.)</u>	<u>24</u>
<u>Anexo 6: Síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK)</u>	<u>27</u>
<u>Dosificación de la Tiamina (B1)</u>	<u>27</u>
<u>Anexo 7: Conducta agitada</u>	<u>29</u>
<u>Anexo 8: Abordaje general de las urgencias</u>	<u>30</u>
<u>Entorno/Escenario seguro</u>	<u>30</u>
<u>Contención verbal</u>	<u>30</u>
<u>Intervención psicofarmacológica</u>	<u>31</u>
<u>Vía oral</u>	<u>31</u>
<u>En el caso de niños, niñas y adolescentes</u>	<u>31</u>
<u>Vía parenteral</u>	<u>32</u>
<u>Antipsicóticos</u>	<u>32</u>
<u>Haloperidol</u>	<u>32</u>
<u>Levomepromazina</u>	<u>32</u>
<u>Clorpromazina</u>	<u>32</u>
<u>En el caso de niños, niñas y adolescentes</u>	<u>33</u>
<u>Benzodiazepinas</u>	<u>33</u>
<u>Lorazepam</u>	<u>33</u>
<u>Midazolam</u>	<u>33</u>
<u>Diazepam</u>	<u>34</u>
<u>En el caso de niños, niñas y adolescentes</u>	<u>34</u>
<u>Contención mecánica / física</u>	<u>34</u>
<u>Indicación:</u>	<u>34</u>
<u>Consideraciones generales:</u>	<u>34</u>
<u>Procedimiento:</u>	<u>35</u>
<u>Anexo 9: Consentimiento y confidencialidad en niños, niñas y adolescentes</u>	<u>37</u>
<u>Anexo 10: Efectos tóxicos o adversos de medicamentos</u>	<u>38</u>
<u>Síndrome parkinsoniano (parkinsonismo farmacológico)</u>	<u>38</u>
<u>Tratamiento</u>	<u>38</u>
<u>Distonía Aguda</u>	<u>38</u>
<u>Tratamiento</u>	<u>38</u>
<u>Acatisia</u>	<u>38</u>
<u>Tratamiento</u>	<u>39</u>
<u>En el caso de niños, niñas y adolescentes</u>	<u>39</u>
<u>Sospecha de rabdomiólisis por elevación de la CPK cuantitativa</u>	<u>39</u>
<u>Anexo 11: Trastornos de la conducta alimentaria</u>	<u>40</u>
<u>Anexo 12: Trastorno Conversivo o Trastorno de Síndrome Somático Funcional</u>	<u>45</u>
<u>Anexo 13: Violencia de género y violencia intrafamiliar</u>	<u>46</u>
<u>Anexo 14: Situación de Duelo</u>	<u>50</u>
<u>Anexo 15: Insomnio</u>	<u>52</u>

Anexo 16: Trastornos relacionados con Traumas y por Estrés	54
Anexo 17: Trastornos de ansiedad	56
Anexo 18: Demencias	58
Anexo 19: Situación de calle	60

Introducción

Los padecimientos psíquicos representan casi la cuarta parte de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe, generando un gran impacto sobre los individuos, las familias y las comunidades, según informa la Organización Mundial de la Salud (OMS 2015). A nivel mundial, representan un 13% de años de vida ajustados por discapacidad y están en aumento, especialmente en países de ingresos bajos y medios. Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en las Américas el 8,2 % de la población general mayor de 15 años padece un trastorno por consumo de alcohol. La tasa de suicidio ajustada por edad en esta población ha aumentado en un 17 % desde el año 2000.

A su vez, estamos vivenciando un evento sindémico consecutivo a la pandemia COVID-19. La Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió que durante los 3 años posteriores era probable que se produjera un pico de problemáticas relacionadas al suicidio. Según la OPS, hay un aumento estimado del 35 % en el Trastorno Depresivo Mayor y 32 % en Trastornos de ansiedad. Este aumento significativo de los padecimientos de salud mental nos debe alertar, impulsando un compromiso mayor en las acciones de todo el sistema de salud.

Se considera a los Hospitales Generales como establecimientos/servicios integrados a los abordajes de atención primaria de la salud (APS) y comunitarios del componente salud mental. Las situaciones de urgencia en salud mental requieren una atención calificada, responsable, coordinada y articulada, con distintos niveles de acción y responsabilidad. Es habitual que sean momentos únicos en el curso de numerosas problemáticas y trastornos de salud mental. No intervenir oportunamente en dichas situaciones trae aparejado complicaciones previsibles en el estado de salud de la población (cronificación en la sintomatología, desgaste y debilitamiento de la red de soporte, problemas en la adherencia a los tratamientos, incremento de la carga de morbi-mortalidad de la población, etc). La resolución adecuada de las urgencias contribuye a fortalecer las demás acciones de prevención, cuidado, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que están a cargo de todos los establecimientos que integran nuestro sistema de atención.

En la Provincia de Mendoza, actualmente, existen distintos grados de desarrollo de los Servicios de Salud Mental en Hospitales Generales. A pesar de contar con recursos especializados en esta problemática, en las guardias externas la asistencia de estas urgencias se ve muchas veces demorada y, en ocasiones, con prácticas antiguas o contraindicadas; denotando abordajes desincronizados entre los equipos clínicos y los de salud mental. En el caso de consumo de sustancias, habitualmente, solo se brinda el abordaje clínico-toxicológico sin considerar la necesidad fundamental de salud mental en la urgencia.

Frente a lo planteado, la necesidad de contar con protocolos y/o estándares de actuación en todas las guardias externas de los hospitales generales se torna imperiosa. El trabajo articulado dentro de cada institución con los servicios de salud mental, y entre las instituciones, es un punto indispensable para potenciar los recursos existentes. El personal de las guardias externas debe estar capacitado en el abordaje inicial de las urgencias de salud mental para optimizar la cobertura en salud mental y adicciones toda de la población de la Provincia de Mendoza, incluyendo niñas, niños, adolescentes, adultos/as y mayores, con perspectiva de género, diversidad e interculturalidad.

Se propone trabajar sobre las modalidades de funcionamiento y prácticas instituidas en las guardias externas de los hospitales generales, tomando esta problemática desde una lógica de sistema, revisando y reorganizando cada uno de sus componentes para el fortalecimiento de una red sanitaria de complejidad creciente.

La modalidad seleccionada es la construcción de un protocolo unificado de abordaje Inicial de las urgencias de salud mental, adaptado a las características de los servicios de guardia generales que integran la red de atención en la Provincia de Mendoza; utilizando contenidos útiles y actualizados en forma operativa y accesible. Esta propuesta es congruente con el modelo de atención de base comunitaria de los derechos de las personas con padecimiento mental que plantea la Ley N° 26.657/10 de Derecho a la Protección de la Salud Mental y su decreto reglamentario, así como también con los compromisos internacionales del Estado Argentino en materia de derechos humanos.

Destinatarios

Profesionales y personal de salud que realizan su actividad laboral en guardias externas de los hospitales generales públicos y privados de la Provincia de Mendoza.

Objetivos

- Disminuir la brecha entre el conocimiento científico del que se dispone y lo que se realiza en la práctica clínica del médico/a de la guardia general previo al contacto con el equipo de salud mental.
- Estandarizar la toma de decisiones en las guardias generales sobre situaciones de urgencias en salud mental.
- Promover en el profesional un enfoque sistémico sobre las situaciones de urgencia en salud mental, enmarcándolas en tiempos lógicos y diferentes pasos para su resolución.
- Incluir el equipo sanitario no especializado en salud mental en el abordaje inicial de estas urgencias; corresponsables en dicha problemática.
- Promover la interdisciplinariedad en las prestaciones en salud mental.
- Fomentar la gestión racional y efectiva, en el contexto de la urgencia, de los recursos del sistema sanitario.
- Fomentar buenas prácticas profesionales en situaciones de urgencia en salud mental fundada en la ética profesional.

Metodología

Etapa de diseño

Para su diseño se relevaron textos de referencia, artículos científicos, guías de prácticas, protocolos específicos, guías de recursos de la provincia y normativas vigentes, a través de una serie de búsquedas bibliográficas, mediante un procedimiento lógico dependiente del tipo de información requerida. Los metabuscadoreos más utilizados fueron PubMed (www.pubMed.gov), ScieELO (Scientific Electronic Library ONLINE) (www.scielo.sa.cr), Cochrane Library y Google Académico. Los períodos revisados intentaron ser lo más actuales posibles, según lo que permitió cada temática.

Sobre las distintas temáticas se buscaron los resultados mediante una o varias frases cortas del tema específico utilizando los conceptos más significativos. Se eliminaron aquellos que tuvieran un contenido vago o impreciso, o que representaran aspectos secundarios. Se abordaron fuentes en idiomas español e inglés.

Se confeccionó un documento resumen del conjunto de procedimientos técnico-profesionales necesarios para la atención de distintas situaciones de las urgencias en salud mental. Se identificaron nodos comunes en los pasos de la atención de urgencias y se desarrollaron sistémicamente declaraciones que pudieran ser de valor clínico-operativo para los profesionales y el personal de salud. Una vez constituido el protocolo se desarrolló el algoritmo respectivo y sus anexos.

Se dispuso ampliar la estrategia de diseño, solicitando la revisión y el asesoramiento de parte de la mayoría de los Servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales de la Provincia de Mendoza, así como también del Centro Integral Provincial de Atención de Urgencias del Adolescente (CIPAU), del Área de Capacitaciones de la Dirección General de Salud Mental y del Programa de Consumos Problemáticos. Esta etapa de exposición y feedback fue de vital importancia para lograr un consenso, y viabilizar el trabajo necesario para afianzar la propuesta hacia dentro de cada institución.

Se ha logrado recibir el asesoramiento de 25 hospitales de la provincia:

- Hospital Central
- Hospital Escuela de Salud Mental Dr. Carlos Pereyra
- Hospital Luis Lagomaggiore
- Hospital Escuela de Salud Mental El Sauce
- Centro Integral Provincial de Atención de Urgencias en Adolescentes (CIPAU)
- Hospital Humberto Notti
- Hospital Dr. Ramón Carrillo
- Hospital Héctor Elías Gailhac
- Hospital Dr. Luis Chrabalowski
- Hospital Dr. Domingo Sicoli
- Hospital José Néstor Lencinas
- Hospital El Carmen (OSEP)
- Hospital Regional Diego Paroissien
- Hospital Metraux
- Hospital Carlos Saporiti
- Hospital Regional Dr. Alfredo I. Perrupato
- Hospital Arenas Raffo
- Hospital Arturo Illia

- Hospital Regional Antonio J. Scaravelli
- Hospital General Las Heras
- Hospital Victorino Tagarelli
- Hospital Teodoro J. Schestakow
- Hospital Eva Perón
- Hospital Regional Malargüe
- Hospital Enfermeros Argentinos

Se realizaron cambios tanto en la estructuración de los contenidos como en la forma de presentarlos para avanzar a favor de la calidad y aplicabilidad del protocolo.

Etapa de implementación

Se propone un lanzamiento multinivel incorporando estratos que corresponden a la gestión, la articulación intersectorial y redes asistenciales. La inserción de las conceptualizaciones del protocolo en las actividades cotidianas de los profesionales y personal de salud de las guardias externas de los hospitales generales es el principal tópico de la propuesta.

Esta etapa presenta sus propias complejidades en los diferentes niveles de desarrollo. Desplegamos en el presente trabajo el funcionamiento del protocolo general, con su algoritmo y los anexos, desde el punto de vista teórico-técnico psiquiátrico y de salud mental.

A su vez adelantamos el desarrollo de una herramienta interactiva que tiene como objetivo guiar al profesional no especializado en las acciones del protocolo. Esta deberá ser accesible mediante teléfono celular o computadora, garantizando la portabilidad del material, una interfaz interactiva para el profesional y la posibilidad de la actualización/ampliación constante de los diferentes anexos.

Desarrollo

Para el protocolo se desarrolla un algoritmo principal (figura 1) que demarca la intervención mínima para los profesionales y personal de salud no especializado. Además de la articulación con el equipo de salud mental de la institución. Se resalta la importancia de los tiempos de espera hasta llegar a la atención médica del usuario que consulta por guardia. Se configura un Triage de Salud Mental basado en los antecedentes internacionales de las prácticas sobre las urgencias de salud mental, este se compone de un código de cinco colores.

A su vez se explicita qué acciones componen el primer abordaje de las urgencias por parte del equipo no especializado. Estas acciones tienen como finalidad facilitar las intervenciones sobre la situación de urgencia, inclusive en los casos en los que el acceso al equipo de salud mental tenga demoras propias del sistema. Estas intervenciones se consideran mínimas y deben realizarse en paralelo al abordaje clínico denominado suficiente. Los escenarios y situaciones habituales en la urgencia de salud mental están desarrollados en los distintos apartados.

El algoritmo define los tiempos para la articulación con el equipo especialista y la prioridad dentro de los abordajes, proporcionando información actualizada sobre la red de salud mental ambulatoria para la derivación criteriosa de las situaciones de menor complejidad.

Como anexos al algoritmo se desarrollaron los siguientes apartados: triage de salud mental, evaluación clínica y psicopatológica mínima, ideación e intento suicida, psicosis y bipolaridad,

consumo de sustancias, síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK), conducta agitada, abordaje general de las urgencias, consentimiento y confidencialidad en niños, niñas y adolescentes, y efectos tóxicos o adversos de medicamentos.

Algoritmo principal

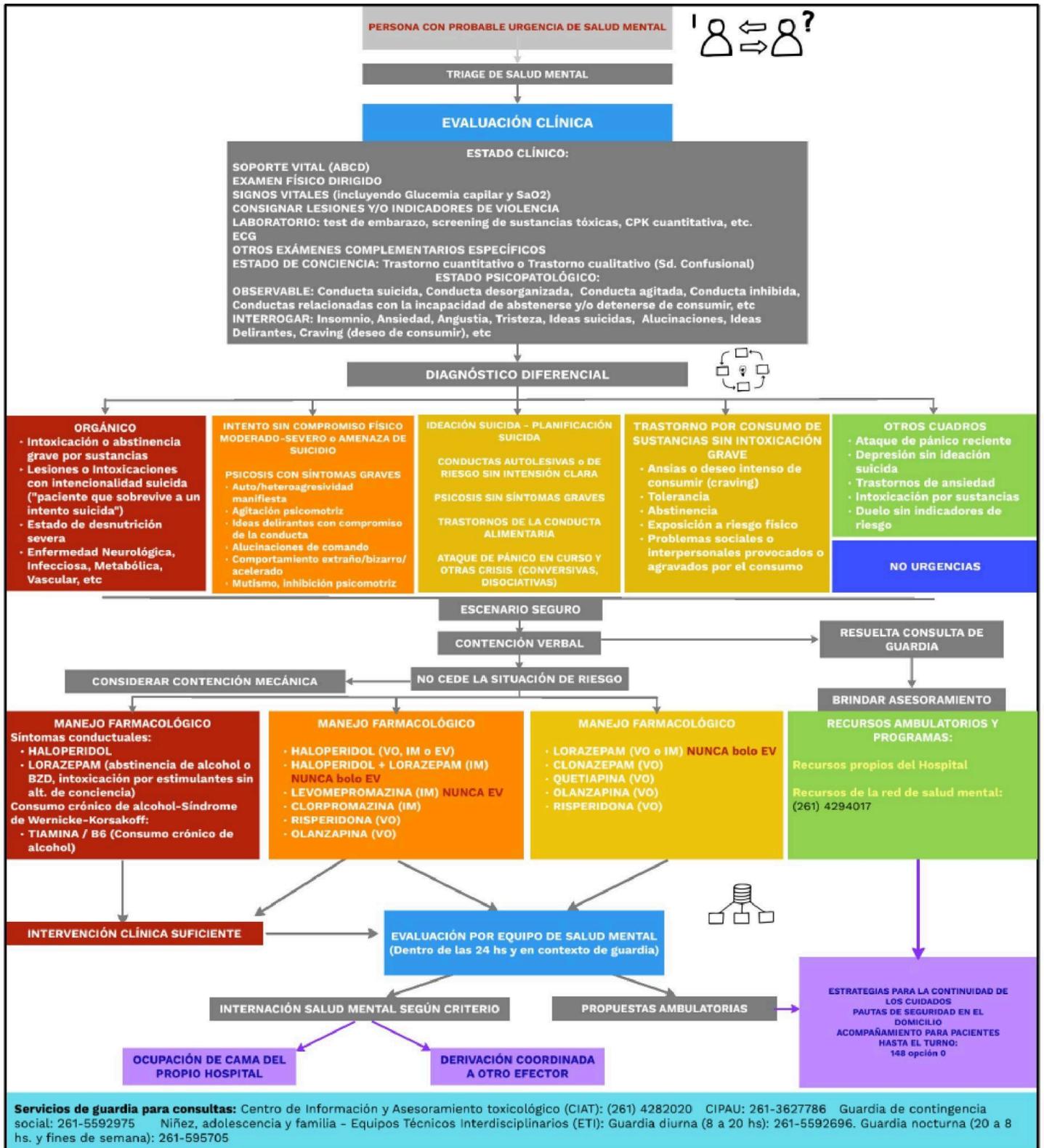


Figura 1: Algoritmo principal del protocolo de abordaje inicial de las urgencias de salud mental.

Conclusiones

En los diferentes espacios de debate el proyecto y el protocolo resultante en su última versión han sido bien recibidos. Los recursos bibliográficos utilizados en su elaboración y su articulación con las dinámicas institucionales en la provincia ha sido satisfactoria para la mayoría de los servicios consultados, sosteniendo una adecuada validez interna para continuar con la siguiente etapa del proyecto.

Se cuenta con ciertos indicadores blandos prometedores en relación con la aplicación de sus recomendaciones. Se deberá avanzar con su aplicación para poder responder los interrogantes sobre la validez externa del protocolo de abordaje inicial de las urgencias de salud mental.

Bibliografía

Abordaje integral del suicidio en las adolescencias. Lineamientos para equipos de salud. Sociedad Argentina de Pediatría - UNICEF - Dirección de Adolescencias y Juventudes - Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Almeida-Filho, N. D. (2022). Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una epidemiología de enfermedades emergentes. *Salud colectiva*, 17, e3748.

Bagge, C. L., Littlefield, A. K., Wiegand, T. J., Hawkins, E., Trim, R. S., Schumacher, J. A., ... & Conner, K. R. (2023). A controlled examination of acute warning signs for suicide attempts among hospitalized patients. *Psychological medicine*, 53(7), 2768-2776.

Baldaçara, L., de Gouvêa Pettersen, A., da Silveira Leite, V., Ismael, F., Motta, C. P., Freitas, R. A., ... & da Silva, A. G. (2022). Brazilian Psychiatric Association Consensus for the Management of Acute Intoxication. General management and specific interventions for drugs of abuse. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, (AheadOfPrint), 0-0.

Broadbent, M., Moxham, L., & Dwyer, T. (2007). The development and use of mental health triage scales in Australia. *International journal of mental health nursing*, 16(6), 413-421.

Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Emergency psychiatry in the 21st century: critical issues for the future. *Eur J Emerg Med* 2008; 15:276-278.

Canay, R., Nápoli, M., Pomares, L., Rosner, M., Escobar, J. C., Cassini, M., ... & Dománico, A. (2018). Lineamientos para la atención del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Chinchilla, A., Piñero, M. V., Lumbreras, F. Q., & Lauffer, J. C. (2011). Breviario de urgencias psiquiátricas. Elsevier Health Sciences.

Chinchilla, A. (2009). Manual de urgencias psiquiátricas. Elsevier España.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Cobertura Universal de Salud. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental (2018).

Echávarri, O., Morales, S., Barros, J., Armijo, I., Larraza, D., Longo, A., ... & Tomicic, A. (2018). Validación de la Escala Razones Para Vivir en Consultantes a Salud Mental de la Región Metropolitana de Chile. *Psykhé (Santiago)*, 27(2), 1-17.

Escobar E, Cruz C. Urgencias Psiquiátricas. 2º Edición. Editorial Mediterráneo, 2011. ISBN: 978-956-220-326-5

Garriga, M., Pacchiarotti, I., Kasper, S., Zeller, S. L., Allen, M. H., Vazquez, G., ... & Vieta, E. (2016). Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *The world journal of biological psychiatry*, 17(2), 86-128.

Guía de intervención MHgap para los trastornos mentales, neurológicos y por consumos de sustancias en el nivel de atención no especializada. OMS, 2017

Guía de atención de crisis y urgencias por motivos de salud mental y consumos problemáticos. Provincia de Buenos Aires, 2022.

Gili, M., Castellví, P., Vives, M., de la Torre-Luque, A., Almenara, J., Blasco, M. J., ... & Roca, M. (2019). Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of affective disorders*, 245, 152-162

Gómez, G. A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 607-615.

Grover, S., Sarkar, S., & Avasthi, A. (2022). Clinical practice guidelines for management of medical emergencies associated with psychotropic medications. *Indian Journal of Psychiatry*, 64(Suppl 2), S236-S251.

Hankin, C. S., Bronstone, A., & Koran, L. M. (2011). Agitation in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical presentation, burden, and treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 17(3), 170-185.

Hoffmann, J. A., Pergjika, A., Konicek, C. E., & Reynolds, S. L. (2021). Pharmacologic management of acute agitation in youth in the emergency department. *Pediatric emergency care*, 37(8), 417-422.

Hilty, D., Young, J. S., Bourgeois, J. A., Klein, S., & Hardin, K. A. (2009). Algorithms for the assessment and management of insomnia in primary care. *Patient preference and adherence*, 9-20.

Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N., & Yamada, M. (2019). Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 19(1), 1-11.

Isenberg-Grzeda, E., Kutner, H. E., & Nicolson, S. E. (2012). Wernicke-Korsakoff-syndrome: under-recognized and under-treated. *Psychosomatics*, 53(6), 507-516.

La Vonne, A. D., Zun, L. S., & Burke, T. (2015). Comparison of Canadian triage acuity scale to Australian Emergency Mental Health Scale triage system for psychiatric patients. *International emergency nursing*, 23(2), 138-143.

Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental, MSAL 2013

López-Goñi, J. J., Goñi-Sarriés, A., Azcárate-Jiménez, L., & Sabater-Maestro, P. (2020). Repetición de conductas suicidas en urgencias psiquiátricas en usuarios sin intentos previos, index y repetidores: un estudio prospectivo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(4), 192-201.

Manos, D., Petrie, D. A., Beveridge, R. C., Walter, S., & Ducharme, J. (2002). Inter-observer agreement using the Canadian emergency department triage and acuity scale. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 4(1), 16-22.

- Martínez-Raga, J., Amore, M., Di Sciascio, G., Florea, R. I., Garriga, M., Gonzalez, G., ... & Vidailhet, P. (2018). 1st international experts' meeting on agitation: conclusions regarding the current and ideal management paradigm of agitation. *Frontiers in psychiatry*, 9, 54.
- Mavrogiorgou, P., Brüne, M., & Juckel, G. (2011). The management of psychiatric emergencies. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(13), 222.
- Mesa, C. J. H., & Cepero, H. E. H. (2020). Utilidad de las guías, protocolos y algoritmos en la práctica clínica. *Revista Cubana de Medicina*, 58(1).
- Nieto, R., Iribarne, C., Droguett, M., Brucher, R., Fuentes, C., & Oliva, P. (2017). Urgencias psiquiátricas en el hospital general. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 914-922.
- Olano, Natalia, Martinez, Leonela, Barzola, Mariano. Protocolo y abordaje de guardia de usuarios con problemática de consumo. Hospital Gral. Las Heras. Tupungato. 2017
- Quiros, Andrés. Protocolo y Normas de procedimiento. Hospital Escuela de Salud Mental Dr. Carlos Pereyra. Mendoza. 2012.
- Ross, S., & Peselow, E. (2009). Pharmacotherapy of addictive disorders. *Clinical neuropharmacology*, 32(5), 277-289.
- Rodríguez, B., Pacheco, D. B., Cuevas, S. A., & Murugarren, S. R. (2015). Protocolo diagnóstico y terapéutico del usuario psiquiátrico en Urgencias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(85), 5112-5117.
- Saravane, D., Feve, B., Frances, Y., Corruble, E., Lancon, C., Chanson, P., ... & Azorin, J. M. (2009). Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. *L'encephale*, 35(4), 330-339.
- Schneider, A., Mullinax, S., Hall, N., Acheson, A., Oliveto, A. H., & Wilson, M. P. (2021). Intramuscular medication for treatment of agitation in the emergency department: A systematic review of controlled trials. *The American Journal of Emergency Medicine*, 46, 193-199.
- Sivak, R. "Estrés postraumático como emergencia en salud mental" En Manual de Urgencias en Salud Mental Juan Carlos Basani (comp) Capital Intelectual 2011 pp 342-361 Buenos Aires.
- Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 33, pp. 55-68). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Testa, A., Giannuzzi, R., Sollazzo, F., Petrongolo, L., Bernardini, L., & Daini, S. (2013). Psychiatric emergencies (part I): psychiatric disorders causing organic symptoms. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 17(Suppl 1), 55-64.
- Testa A, Giannuzzi R, Sollazzo F, Petrongolo L, Bernardini L, Dain S. Psychiatric emergencies (part II): psychiatric disorders coexisting with organic diseases. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2013;17 Suppl 1:65-85.
- Testa A, Giannuzzi R, Daini S, Bernardini L, Petrongolo L, Gentiloni Silveri N. Psychiatric emergencies (part III): psychiatric symptoms resulting from organic diseases. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2013;17 Suppl 1:86-99.
- Vargas, A., & Gómez-Restrepo, C. (2007). Síndrome neuroléptico maligno. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 101-125.

Veenstra, J., Smit, W. M., Krediet, R. T., & Arisz, L. (1994). Relationship between elevated creatine phosphokinase and the clinical spectrum of rhabdomyolysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 9(6), 637–641. doi:10.1093/ndt/9.6.637

Wheat, S., Dschida, D., & Talen, M. R. (2016). Psychiatric emergencies. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 43(2), 341-354.

World Health Organization. (2011). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*.

Wikinski S., Jufe G. (2004). *El tratamiento farmacológico en psiquiatría: indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

William M. Klykylo (2013). *Green's Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology*. Fifth edition

Young, P., Finn, B. C., Álvarez, F., Verdaguer, M. F., Bottaro, F. J., & Bruetman, J. E. (2008, March). Síndrome serotoninérgico: Presentación de cuatro casos y revisión de la literatura. In *Anales de medicina interna* (Vol. 25, No. 3, pp. 125-130). Arán Ediciones, SL.

Zeller, S. L. (2010). Treatment of psychiatric patients in emergency settings. *Primary Psychiatry*, 17(6), 35-41.

Anexo 1: *Triage* de Salud Mental

El protocolo inicia con el ingreso del usuario al servicio de guardia externa, estableciendo como único criterio de admisión la siguiente premisa: "persona con probable urgencia de salud mental".

Este nivel de gestión revela ciertos detalles, como la alteración en la edad de ingreso a las guardias de los hospitales generales pediátricos, limitando su cobertura hasta los 16 años. Esta modificación armoniza la situación de la provincia de Mendoza con respecto a otras jurisdicciones del país. En contraste, en los hospitales generales para adultos, la cobertura continúa desde los 15 años en adelante. Esta superposición de edades en la cobertura de los servicios se considera coherente con la situación epidemiológica actual en salud mental, particularmente ante el aumento de intentos de suicidio en este grupo etario.

El triaje constituye un proceso esencial para la gestión del riesgo clínico, permitiendo manejar de manera adecuada y segura los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan los recursos disponibles. Es una herramienta fundamental para garantizar una asistencia eficaz y eficiente, caracterizada por su rapidez, facilidad de aplicación y alto valor predictivo en términos de gravedad, evolución y utilización de recursos. Resulta pertinente adaptar los enfoques internacionales sobre el triaje en salud mental a la realidad local y promover su implementación en todos los servicios de guardia externa. Una evaluación activa del triaje es fundamental para cualquier intervención de emergencia en salud mental.

El proceso de triaje incluye la determinación de los tiempos esperados desde el ingreso del usuario al servicio hasta su atención por parte del médico no especializado. Conocer estos plazos es crucial para compararlos con los establecidos para usuarios con afecciones de salud en general.

La evaluación del triaje será llevada a cabo por profesionales (enfermeros) o personal de salud (administrativos) en el entorno de la guardia externa. Se emplea un código de cinco colores que describe situaciones de diferentes niveles de complejidad y urgencia.

El código rojo (emergencia) se reserva para casos con complicaciones clínicas graves, como efectos adversos graves (Sd. Neuroléptico maligno, Sd. Serotoninérgico), intoxicaciones o abstinencias severas, lesiones graves derivadas de intentos de suicidio y trastornos neurológicos con síntomas conductuales que requieren abordaje psicofarmacológico. El código naranja representa los estados más graves de desorganización conductual, intentos de suicidio con lesiones menos graves, amenazas de autolesión o de daño a terceros, y efectos adversos moderados como la distonía aguda. El código amarillo abarca la ideación suicida sin intento, inquietud psicomotriz, una amplia variedad de sintomatología psicótica o maníaca, ataques de pánico en curso, intoxicaciones o abstinencias leves, entre otros. El código verde engloba síntomas de ansiedad o depresión sin ideación suicida, así como usuarios demandantes sin comportamientos de riesgo. Por último, el código azul representa urgencias subjetivas que no presentan las manifestaciones mencionadas anteriormente, así como la repetición de recetas y situaciones de vulnerabilidad social.

Nivel / Tiempo hasta el médico	Denominación	Código	Condición
1 inmediato	Emergencia	Rojo	Condición orgánica significativa + síntomas de salud mental. Encefalitis, ACV, Crisis epiléptica, Sd. Confusional/Delirium, Intoxicaciones graves, Efectos adversos graves (Sd. Neuroléptico maligno, Sd. Serotoninérgico), Abstinencias graves, Autolesiones graves. Se le observa confundido o incapaz de cooperar.
2 10 min	Muy Urgente	Naranja	Excitación psicomotriz (EPM), Auto/heteroagresividad manifiesta (verbal o física), Intento o amenaza de suicidio, Amenaza de dañar a terceros, Intoxicaciones moderadas, Abstinencias moderadas, Distonia aguda y otros efectos adversos moderados
3 30 min	Urgente	Amarillo	Ideación suicida activa, Inquietud psicomotriz no agresiva, Síntomas maniácos, Comportamiento disruptivos, Alucinaciones, Ideas delirantes, Conductas desorganizadas/bizarrias, Mutismo, Ataque de pánico en curso, Dependencia de sustancias, Intoxicaciones leves, Efectos adversos leves, Abstinencias leves, Trastorno conversivo o trastorno de síndrome somático funcional (SSF)
4 60 min	Poco Urgente	Verde	Síntomas de ansiedad (ej: ataque de pánico reciente) o depresión sin ideación suicida, usuario demandante u hostil sin conductas de riesgo
5 120 min	No Urgente	Azul	Urgencia subjetiva que no presente las manifestaciones previamente mencionadas, Solicitud de medicación, Vulnerabilidad social

Cuadro 1: *Triaje* de salud mental del protocolo.

Anexo 2: Evaluación clínica y psicopatológica mínima

En la realidad asistencial a nivel provincial, nacional e internacional, las urgencias en salud mental se presentan en cualquier contexto y dispositivo, situando a los profesionales no especializados en salud mental como los primeros responsables del abordaje inicial de manera automática. Es fundamental que la intervención clínica inicial sea suficiente para asegurar una atención de calidad. Además, es necesario garantizar que se realice al menos un abordaje inicial de la urgencia de salud mental antes de que el usuario sea atendido por el equipo especializado. En aquellas guardias donde haya disponible un equipo interdisciplinario de salud mental, se puede combinar el abordaje sin dejar de lado este primer paso clínico del sistema.

Aunque el protocolo no tiene como objetivo principal recordar los pasos para la valoración de cualquier usuario atendido en una situación de urgencia, es importante tener en cuenta ciertas pautas: soporte vital "ABCD"; examen físico dirigido; evaluación de signos vitales (incluyendo glucemia capilar y SaO₂); registro de lesiones y/o indicadores de violencia; realización de estudios para establecer adecuadamente los márgenes de seguridad para abordajes psicofarmacológicos (ECG, detección de sustancias tóxicas, CPK cuantitativa, prueba de embarazo); otros estudios clínicos necesarios según el motivo de consulta; y una evaluación detallada del estado de conciencia.

Dentro de la evaluación psicopatológica mínima de la urgencia, se detallan los fenómenos observables, como conductas autolesivas, desorganizadas, agitadas, inhibidas, relacionadas con la incapacidad de abstenerse o detenerse de consumir, entre otros. Además, se sugiere indagar sobre insomnio, ansiedad, angustia, tristeza, ideas suicidas, alucinaciones, ideas delirantes, craving (deseo de consumir), etc. A partir de estos puntos, se han desarrollado diferentes anexos específicos basados en guías de prácticas, consensos y bibliografía de referencia.

En todo el algoritmo, las ramas específicas están codificadas con el mismo código de color que se utiliza en el triaje. Según el protocolo, los usuarios con códigos amarillo, naranja y rojo deben ser evaluados eventualmente por un equipo especializado en salud mental en el contexto de la guardia, ya sea en el hospital original o en otra institución con los recursos de guardia necesarios.

La decisión de la internación por salud mental queda a cargo del equipo especializado, por lo tanto, en este protocolo no se describe detalladamente este proceso de toma de decisiones. Las situaciones claramente de bajo riesgo (códigos verde y azul) pueden ser adecuadamente asesoradas y derivadas por el personal no especializado a la red ambulatoria, lo cual implica una responsabilidad en el asesoramiento mínimo de estos casos.

Anexo 3: Ideación e intento suicida

Las ideas suicidas, los intentos suicidas y el suicidio consumado forman parte de un continuo de suicidalidad de creciente severidad. Quienes presentan trastornos psiquiátricos tienen tasas estandarizadas de mortalidad por suicidio hasta 40 veces más elevadas que la población general. Se ha encontrado que una proporción importante de víctimas consultó a profesionales de la salud en el período previo presentando indicadores de riesgo tales como intentos previos, enfermedad psiquiátrica (especialmente grave y no tratada) y estrés vital severo.

Pautas básicas de la entrevista

1. Todo usuario que ingresa debe ser interrogado por suicidalidad actual y pasada. En este momento también debe preguntarse por antecedentes familiares de suicidio.
2. Al evaluar el riesgo, las fuentes de información deben incluir a otros cercanos que puedan corroborar o ampliarla.
3. La crisis suicida es un período de gran inestabilidad, en que el riesgo puede incrementarse rápidamente. La evaluación debe ser seriada y recurrente hasta la resolución.

La evaluación y entrevista deben explorar los siguientes puntos:

4. Antecedentes de trastorno psiquiátrico y perfil conductual asociado a riesgo como insuficiente control de impulsos, historia de tratamientos anteriores y sus resultados.
5. Antecedentes familiares de suicidio, o diagnósticos psiquiátricos.
6. Evaluación de las ideas suicidas:
 - a. Frecuencia de las mismas
 - b. Relación con los estímulos o eventos externos
 - c. Duración de los episodios de ideas
 - d. Evolución de las ideas en el tiempo
 - e. Ideación suicida pasiva (fantasías sobre morir, desaparecer o no despertar) o activa (pensar ser el ejecutor de la propia muerte)
 - f. Intención de actuar dichas ideas
 - g. Afecto concomitante a las ideas
 - h. Planes suicidas
 - i. Nivel de concreción de la planificación suicida
 - j. Percepción de “capacidad” o “coraje” para llevarlo a cabo
 - k. Presencia de disuasivos
 - l. Actitud frente a la entrevista clínica.
7. Evaluación del intento suicida

- a. Letalidad del método
 - b. Si fue cometido en situación de aislamiento
 - c. Si tomó precauciones contra la intervención de terceros
 - d. Si preparó detalladamente el intento
 - e. Si dejó nota o carta suicida
 - f. Si mantuvo su intención en secreto
 - g. Si realizó un consumo de sustancias para facilitar la ejecución del intento
 - h. Si presenta síntomas psicóticos (alucinaciones de comando).
 - i. Si se siente arrepentido, o por el contrario reafirma su propósito de terminar con su vida.
8. Evaluación de factores psicosociales: eventos vitales desencadenantes, eventos psicotraumáticos recientes (ej: separaciones, duelos, suicidios consumados por terceros)
 9. Presencia de sentimientos de desesperanza y desamparo
 10. Evaluación de red de apoyo
 11. Balance entre factores de riesgo y factores protectores

Perfil de mayor riesgo

- Intención explícita de actuar las ideas suicidas
- Importante alcance u organización de los planes para el suicidio (hallazgo de notas de despedida, realización de testamentos, seguros de vida o alguna gestión dirigida a organizar temas personales, y la ausencia de factores desencadenantes recientes)
- Alta letalidad del medio seleccionado (precipitación, atropello, ahorcamiento, apuñalamiento o disparo con arma de fuego; presencia de maniobras para mantener la privacidad del acto o evitar el rescate)
- Aislamiento social
- Abuso de sustancias (alcohol: es un factor de riesgo y además un agente precipitante de la conducta suicida, por desinhibición conductual)
- Síntomas psicóticos (especialmente alucinaciones de comando)
- Trastorno de personalidad (el riesgo de suicidio es 7 veces mayor que en la población general)
- Reciente exposición a un suicidio consumado de un conocido o familiar
- Intentos previos (riesgo 5 veces superior al de la población general)
- Antecedentes familiares de intentos o suicidios consumados (patrón familiar, riesgo 5 veces superior a la población general).

Factores protectores

Los factores protectores incluyen algunos “estructurales” como la existencia de un vínculo protector, disponibilidad de recursos de ayuda y apoyo y otros “psicológicos” como espiritualidad, sentido de responsabilidad por el bienestar de otras personas, esperanza y planes para el futuro, compromiso con el plan terapéutico, sólida alianza terapéutica, percepción de autoeficacia, apego a la vida, miedo a la muerte, temor a la desaprobación social, repudio moral al suicidio, compromiso con la vida, disposición a pedir ayuda.

Factores de mayor protección

- Creencia en la vida y capacidad de afrontamiento.
- Miedo a la muerte y la desaprobación social.
- Responsabilidad con la familia.
- Preocupación por los familiares, pares u otros referentes.
- Percepción de incapacidad para el suicidio.
- Objeciones morales y religiosas.

Pautas básicas del abordaje

1. Entender como primera prioridad proteger al usuario y resolver la crisis suicida.
2. Incorporar la evaluación del riesgo suicida en la práctica rutinaria del abordaje de las urgencias.
3. Crear un entorno seguro y propicio; si es posible, ofrecer un área tranquila y separada para esperar el tratamiento, pero no lejos de la observación de los profesionales de guardia.
4. No dejar solo al usuario.
5. Supervisar y asignar un miembro del personal o un familiar para garantizar la seguridad del usuario en todo momento.
6. Privilegiar la escucha y la atención receptiva en un ambiente de privacidad.
7. Intentar establecer una relación de confianza y seguridad.
8. Considerar otras fuentes de información además del usuario: familiares, amigos, colegas y otros profesionales.
9. Mantener el contacto regular y seguimiento periódico
10. Investigar las razones y las formas para permanecer con vida.
11. Alentar al usuario a hablar sobre cómo se resolvieron problemas anteriores, concentrándose en las fortalezas.
12. Movilizar a la familia, los amigos, personas interesadas y otros recursos disponibles para garantizar que se vigila estrechamente al usuario mientras persista el riesgo de autolesión/suicidio.

13. Identificar el referente más cercano, brindando la información y el apoyo adecuado a la familia.
14. Explicar a los referentes y los miembros de la familia que preguntar acerca de las ideas suicidas a menudo ayudará al usuario a sentirse aliviado, menos ansioso y mejor comprendido.
15. Prestar apoyo emocional a los cuidadores y los familiares de alguien en riesgo de autolesión, ya que con frecuencia presentan estrés grave.
16. Informar a los cuidadores que, aunque puedan sentirse frustrados, deben evitar manifestar hostilidad y críticas severas a quien está vulnerable y en riesgo de cometer autolesión/suicidio.
17. Evaluar de manera seriada el riesgo suicida, con una orientación prospectiva, debido a que el riesgo puede reaparecer.
18. Emplear los medios más adecuados y eficaces para resolver el riesgo suicida con prontitud.
19. No indicar precozmente el alta aun existiendo una mejoría en usuarios suicidas.
20. Plantear el tratamiento de los usuarios suicidas como multidimensional, involucrando aspectos biológicos, psicológicos, familiares y sociales, requiriendo un abordaje interdisciplinario.
21. Coordinar de manera estrecha y precisa las responsabilidades de cada profesional ante la eventualidad de una nueva emergencia.
22. **Dejar en observación con acompañamiento por familiar o vínculo significativo hasta evaluación por equipo interdisciplinario de salud mental en la guardia (en caso de no poseer o demora importante derivar a efector con guardia de salud mental). El usuario no debe retirarse a su domicilio sin tener la evaluación completa.**

En caso de presentar episodio de ansiedad, irritabilidad, tensión interna, conductas disruptivas o agitación psicomotriz ver abordaje general de las urgencias (Anexo 8)

Notificación epidemiológica de intentos de suicidio

La nueva nómina y el manual de normas incluyen Intento de suicidio como un evento de notificación obligatoria (E.N.O.). El Ministerio de Salud de la Nación, a través de la resolución ministerial 2827/2022, aprobó la actualización de la nómina de Eventos de Notificación Obligatoria (Art.1º) y el “Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria” (Art.2º) y estableció el el Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS 2.0) como el medio oficial de información para su registro (Art.3º).

La plataforma del Sistema de Información Sanitaria de Argentina (SISA) recopila la información sobre los ENOs para ponerla a disposición de quienes deben tomar decisiones de salud pública o tienen a su cargo las acciones de control o prevención.

Para el caso específico de la notificación de los INTENTOS DE SUICIDIO, la implementación de la notificación obligatoria a través del SNVS 2.0 se articulará el trabajo con la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos, y con las diferentes áreas/direcciones ministeriales jurisdiccionales que cumplen funciones de rectoría y gestión en salud mental de las provincias.

Existen 3 posibles funciones (o actores) en el sistema de notificación:

1. **El profesional de la salud que interviene en el caso:** es quien detecta el evento, puede ser cualquier miembro del equipo de salud de todos los establecimientos sanitarios (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, etc). Debe registrar en la ficha de papel la cual pasará a formar parte de la Historia Clínica (que opcionalmente se podrá adjuntar al registro en el SNVS 2.0).
2. **El encargado de notificar al SNVS 2.0:** puede ser cualquier personal del establecimiento con usuario SISA y capacitación para notificar eventos (habitualmente ya designado por cada hospital).
3. **La autoridad responsable del seguimiento y validación del caso:** podrán ser las propias direcciones de salud mental o los responsables de epidemiología en Salud Mental. Verificarán el cumplimiento de las diversas acciones y podrán validar como completo el caso. Así también podrán monitorear y obtener reportes. Dispondrán de la configuración de alertas.

Los profesionales que asisten el caso (función 1) están obligados a la notificación, de acuerdo a la ley 15.465 de Notificación obligatoria (art 4º, 5º y 12) y resolución ministerial 2827/2022.

La función 1 y 2 pueden recaer sobre la misma personas en el caso que sea necesario o no haya más personal para delegar la función n° 2. En el caso de delegar el procedimiento de notificación (función 2) en terceras personas es exclusiva responsabilidad del profesional obligado (función 1) el verificar que las personas designadas para la notificación haya cumplido en tiempo y forma con el registro y notificación de los casos. La responsabilidad última queda siempre del lado del profesional interviniente en el caso.

Los responsables de nivel ministerial de las jurisdicciones tienen también la obligación de notificar en el SNVS 2.0 aquellos casos que no hayan sido notificados desde los efectores de salud.

La definición de caso "intento de suicidio" es: todo comportamiento para el que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte.

Nunca deberá pasar más de 7 días para la notificación del caso.

Toda la información cargada está protegida bajo la Ley 25.326 de protección de datos personales. Aún así el sistema presentará los nombres y apellidos ofuscados en las listas y sólo podrán verlos quienes tengan permiso para intervenir en el caso.

Puede leer la información completa y descargar la ficha epidemiológica en:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/notificacion-de-intentos-de-suicidio-al-sistema-nacional-de-vigilancia-de-la-salud-snvs20>

Anexo 4: Psicosis y Bipolaridad

Síndrome psicótico

Presencia de ideas delirantes y alucinaciones, en ausencia de conciencia de enfermedad, juicio crítico desviado. Las ideas son de contenido imposible, pero las sostiene con extraordinaria convicción; con una incomparable certeza subjetiva; hay una impermeabilidad a otras experiencias y una resistencia al contraargumento.

Síntomas habituales

- Ideas delirantes, grandiosidad, persecución, sospecha/suspición.
- Desorganización conceptual, dificultades en el pensamiento abstracto y la metaforización, falta de atención, preocupación desmedida o estado de alerta.
- Lenguaje incoherente o ilógico.
- Alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no existen) y comportamientos alucinatorios.
- Conductas condicionadas a las ideas delirantes.
- Embotamiento afectivo, retraimiento social pasivo o apático, ausencia de espontaneidad, evitación social afectiva.
- Incoherencia entre la emoción que la persona señala y la que se observa en la expresión facial y el lenguaje corporal
- Hostilidad, oposicionismo, escaso control de los impulsos, excitación psicomotriz.
- Ansiedad, tensión, culpabilidad, depresión con escasa asociación de motivos.

Síndrome Maniaco

Los trastornos bipolares se caracterizan por episodios en los cuales el estado de ánimo y los niveles de actividad de la persona están significativamente alterados. En algunas ocasiones consiste en una elevación del estado de ánimo y un aumento de la energía y la actividad (manía) y, en otros casos, en una caída del estado de ánimo y una reducción de la energía y la actividad (depresión).

Generalmente, la recuperación es completa entre un episodio y otro. Las personas que solo experimentan episodios maníacos también se incluyen en la categoría de los trastornos bipolares.

Abordaje

Evalúe para determinar si se trata de causas orgánicas agudas que generen síntomas psicóticos o maníacos secundarios (infección, deshidratación, anomalías metabólicas -hipoglucemia o hiponatremia-, intoxicación o abstinencia), o crónicas como la demencia.

Solicite interconsulta de guardia con equipo de salud mental (en caso de no poseer equipo o demora importante derivar a efector con guardia de salud mental) para evaluación de tratamiento a seguir.

En caso de presentar episodios de ansiedad, irritabilidad, tensión interna, conductas disruptivas o agitación psicomotriz ver abordaje general de las urgencias (Anexo 8).

Anexo 5: Consumo de sustancias

Definiciones

Intoxicación Aguda

Estado transitorio siguiente a la ingesta de sustancias que produce alteraciones a nivel de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento, de la conciencia o de otras funciones, y respuestas fisiológicas o psicológicas.

Síndrome de Abstinencia

Conjunto de signos y síntomas que aparecen a las pocas horas o algunos días después de la supresión o reducción de consumo.

Dependencia

Estado psíquico y físico provocado por un consumo continuo y reiterado en el tiempo de una sustancia. El usuario generalmente siente o cree que no puede vivir sin la sustancia. Presenta un deseo, ansia intensa o compulsión de consumir la sustancia. La utiliza en forma permanente necesitando cantidades cada vez mayores para lograr el efecto deseado. Ante la supresión del consumo se hace evidente el síndrome de abstinencia.

Abordajes

Puede alcanzarse la abstinencia mediante intervenciones directas, como la hospitalización o un cuidadoso control en un régimen ambulatorio. Puede presentarse apoyo mediante psicoterapia individual, familiar y grupal. Para algunos pacientes puede ser útil la toma de un ansiolítico para el tratamiento a corto plazo de los síntomas de abstinencia. En otros casos el consumo puede relacionarse con un trastorno depresivo subyacente que puede responder a un tratamiento antidepresivo específico.

En todos los casos recomiende la suspensión total del consumo de la sustancia psicoactiva y exprese su intención de apoyar a la persona para que lo haga. Realice una derivación eficaz a la red de tratamiento ambulatorio de problemáticas de consumo: Centros Preventivos Asistenciales en Adicciones (C.P.A.A.)

Los trastornos por el consumo de sustancias a menudo pueden ser tratados eficazmente y las personas pueden mejorar. Hablar acerca del consumo de sustancias puede producir sentimientos de malestar o vergüenza en muchas personas. Use siempre un enfoque libre de prejuicios cuando habla con las personas acerca del consumo de sustancias psicoactivas. Si las personas se sienten juzgadas, pueden estar menos abiertas a hablar con usted. Trate de no expresar sorpresa ante toda respuesta dada. Comunique de manera confiable que es posible detener o reducir el consumo peligroso o nocivo y aliente a la persona a volver si desea abordar más a fondo el problema. La persona tiene mayores probabilidades de tener éxito en reducir o suspender el uso de sustancias si la decisión es suya.

Pregúntele si está preparada para hacerlo. Considere la posibilidad de derivar a la persona a grupos de ayuda mutua como Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos o Recuperación Inteligente pueden ser sitios útiles para derivar a las personas con trastornos por el consumo de sustancias. Suministran información, actividades estructuradas y apoyo de pares en un ambiente libre de prejuicios. Investigue qué grupos de ayuda mutua están disponibles a nivel local.

Aborde las necesidades alimentarias, de vivienda y laborales. Los pacientes no deben conducir. Es aconsejable contar con un acompañamiento para la administración de la medicación y contención. Supervise la dosificación para reducir al mínimo el riesgo de que caigan en la venta del medicamento a otra persona.

Ayude a identificar los factores desencadenantes del consumo y las formas de evitarlos. Por ejemplo: bares donde la gente está bebiendo o lugares donde la persona solía conseguir drogas, etc. Determine cuáles son las instigaciones emocionales al consumo y las formas de hacerles frente (por ejemplo: problemas en las relaciones, dificultades en el trabajo, etc.). Aliente a la persona a que no tenga sustancias en casa.

En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

Promueva y ofrezca la realización de pruebas para detectar enfermedades transmitidas por la sangre o sexualmente, como la infección por el VIH/SIDA, Sífilis y las hepatitis B y C. Considere estudiar la presencia de tuberculosis en las personas que tienen trastornos por el consumo de sustancias psicoactivas.

En caso de presentar episodio de ansiedad, irritabilidad, tensión interna, conductas disruptivas o agitación psicomotriz ver abordaje general de las urgencias (Anexo 8)

Dependencia de opioides

El tratamiento de mantenimiento es en general más eficaz que la desintoxicación. Evalúe la gravedad de la dependencia y, si procede, proporcione a la persona el tratamiento de mantenimiento con agonistas opioides, también conocido como terapia sustitutiva, o derive a otro efector para que lo reciba después de la desintoxicación.

- Metadona: Abstinencia de opioides: Dosis inicial de metadona de 20 mg, con una dosis complementaria de 5-10 mg 4 horas después, de ser necesario. Mantenimiento con opioides: dosis inicial de 10-20 mg con una dosis complementaria de 10 mg de ser necesario, aumentando la dosis diaria 5 a 10 mg cada pocos días de ser necesario, hasta que la persona ya no presente síntomas de abstinencia de opioides y no use opioides ilícitos. Mantenga la dosis hasta que esté preparado para cesar el tratamiento con agonistas opioides. Úsela con cuidado en pacientes con enfermedad cardíaca o respiratoria.
- Buprenorfina: Dosis inicial de 4-8 mg, aumentando 4 a 8 mg cada día según sea necesario hasta que la persona ya no presente síntomas de abstinencia de opioides y no use opioides ilícitos. Mantenga la dosis hasta que esté preparado para suspender el tratamiento con agonistas opioides. Úsela con precaución en personas con insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedades respiratorias o hepatopatía. Potencial de abuso. La suspensión abrupta puede causar síntomas de abstinencia.
- Mantenga la hidratación. Trate los síntomas específicos de abstinencia a medida que surjan. Por ejemplo, trate las náuseas con antieméticos; el dolor, con analgésicos sencillos; y la ansiedad o el insomnio, con sedantes livianos
- Se pueden presentar síntomas depresivos en el período posterior a la intoxicación, durante o después de la abstinencia, o la persona puede tener una depresión preexistente. Esté alerta al riesgo de suicidio.

Solicite interconsulta de guardia con equipo de salud mental (en caso de no poseer equipo o si hubiera demora importante derivar a otro efector con guardia de salud mental una vez abordado el periodo de desintoxicación) para evaluación de tratamiento a seguir.

Dependencia de cocaína, anfetaminas o alucinógenos

La cesación súbita puede causar fatiga, aumento del apetito, estado de ánimo deprimido, irritabilidad, pensamientos suicidas.

Si ha presentado síntomas graves de abstinencia (incluido craving o deseo imperioso de consumir, irritabilidad, agresividad); abstinencia a las pocas horas del último consumo; fracaso de los intentos ambulatorios de suspensión del consumo; falta de apoyo vincular; otros problemas médicos (como deshidratación) o de salud mental importantes; es recomendable organizar la deshabitación durante la hospitalización.

Solicite interconsulta de guardia con equipo de salud mental (en caso de no poseer equipo o si hubiera demora importante derivar a otro efector con guardia de salud mental una vez abordado el periodo de desintoxicación) para evaluación de tratamiento a seguir.

En caso de presentar episodios de ansiedad, irritabilidad, tensión interna, conductas disruptivas o agitación psicomotriz ver abordaje general de las urgencias (Anexo 8). Evite el uso de Haloperidol en el contexto de consumo de cocaína por el riesgo de desarrollar síndrome neuroléptico maligno.

Si no se han presentado síntomas de gravedad es recomendable el tratamiento ambulatorio y por vía oral.

Dependencia de alcohol o benzodiazepinas

La cesación súbita puede causar crisis convulsivas y delirium (trastorno cualitativo de conciencia).

Benzodiazepinas: Considere la posibilidad de reducir gradualmente la dosis de benzodiazepina con una dispensación supervisada, o una reducción más rápida en un entorno de hospitalización.

Alcohol: Si la persona está dispuesta a dejar de consumir bebidas alcohólicas, facilíteselo. Determine el entorno apropiado para cesar el consumo del alcohol, es posible que requiera hospitalización.

Si ha presentado síntomas graves de abstinencia (incluidas crisis convulsivas o delirium/síndrome confusional); abstinencia a las pocas horas de la bebida alcohólica ingerida; fracaso de los intentos ambulatorios de suspensión del consumo alcohólico; falta de apoyo vincular; otros problemas médicos (como deshidratación) o de salud mental importantes; es recomendable organizar la deshabitación durante la hospitalización.

Con el objetivo de evitar o tratar el síndrome de abstinencia y sus complicaciones se indica **Lorazepam:** 2,5 a 10 mg VO ó 4 a 12 mg IM (fraccionado cada 6 hs), o **Diazepam** 10 a 40 mg (fraccionado cada 8 hs) VO o IM según los síntomas observables de la abstinencia. Al inicio puede repetirse cada 2 horas hasta llegar a la dosis en la que ya no sean observables los síntomas. Tenga cuidado al iniciar o aumentar las dosis de las benzodiazepinas, ya que pueden causar depresión respiratoria. Tome precauciones en personas con enfermedad respiratoria o encefalopatía hepática.

Para prevenir el Síndrome de Wernicke-Korsakoff utilice **Tiamina:** en una dosis de 100 mg/día en bolo EV lento o por vía intermitente en 30 min, durante los primeros 5 días para luego continuar VO según criterio. Vigilar el prurito, mareos y dificultad respiratoria.

Solicite interconsulta de guardia con equipo de salud mental (en caso de no poseer equipo o si hubiera demora importante derivar a otro efector con guardia de salud mental una vez abordado el periodo de desintoxicación) para evaluación de tratamiento a seguir.

Si no se han presentado síntomas de gravedad es recomendable el tratamiento ambulatorio y por vía oral. Alerta al entorno para que desarrollen estrategias de cuidado durante el cese del consumo del alcohol. Para prevenir o tratar los síntomas de abstinencia se puede utilizar **Lorazepam**: 2,5 a 7,5 mg (fraccionado cada 6 hs) VO o **Diazepam** 10 a 20 mg (fraccionado cada 8 hs) VO según las características observables de la abstinencia. Para prevenir el Síndrome de Wernicke-Korsakoff utilice **Tiamina**: en una dosis de 100 mg/día por vía oral, durante los primeros 5 días para luego continuar VO según criterio (si normaliza la alimentación puede ser breve).

Dependencia de cannabis

Durante la intoxicación aguda puede presentarse euforia, ansiedad, ideas paranoides, distorsión del sentido del tiempo, aumento de la sensibilidad para estímulos externos, deterioro de la capacidad de juicio o retraimiento social. Los efectos sensoriales se acompañan de un deterioro de la vigilancia, la memoria y el rendimiento psicomotor. Pueden producirse crisis de angustia o trastornos disfóricos. Los síntomas físicos son principalmente irritación conjuntival, sequedad de boca, taquicardia y aumento del apetito.

Un gran número de autores se cuestionan que los cannabis produzcan una dependencia física bien evidenciable y la dependencia psíquica que produce no es tan intensa como la del alcohol y el tabaco por lo cual su abordaje siempre será ambulatorio.

Centros Preventivos Asistenciales en Adicciones (C.P.A.A.)

Dispositivo orientado al 2° nivel de atención, ofrece abordaje ambulatorio interdisciplinario especializado en problemáticas de consumo, atendiendo a personas, desde 14 años en adelante, que presenten abuso (consumo problema) o dependencia (leve o moderada) de sustancias, que no poseen cobertura médica, con georreferencia departamental o zonal.

CPAA Capital “Tejada Gómez”

Georreferencia: Capital y Guaymallén. Referente: Lic. Pablo Requena

Teléfono:(0261) 429-2081 Whats app 261-7508664

Dirección: Pasaje P. Vargas 598 (Ciudad).

E-mail: tejadagomezcpaa@gmail.com

Días y horarios de atención: lunes a viernes de 8:00 a 13:00 hs

CPAA Godoy Cruz

Georreferencia: Godoy Cruz y sectores más accesibles desde Maipú.

Referente: Lic.Laura Rodriguez

Teléfono: (0261) 422-8633, 261-2440952

Dirección: Salvador Arias 1072 (Godoy Cruz).

E-mail: cpaagodoycruz@yahoo.com.ar

Días y horarios de atención: lunes a viernes de 8:00 a 13:00 hs

CPAA Las Heras

Georreferencia: Las Heras y Lavalle.

Referente: Lic. Inés Galvez

Teléfono: (0261) 7508665 Dirección: Dorrego 63 (Las Heras).

E-mail: cpaalasheras2020@gmail.com

Días y horarios de atención: lunes a viernes de 8:00 a 13:00 hs

CPAA Luján de Cuyo

Georreferencia Lujan de Cuyo.

Referente: Lic. Paulina Bontorno

Teléfono: 261 2473293

Dirección: Calle Quintana y Acceso Sur. Perdriel. (Consultorios Externos de Hospital Luján de Cuyo)

E-mail: cpalujan@outlook.com

Días y horarios de atención: lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hs

CPAA Zona Este

Georreferencia: San Martín, Junín, Rivadavia, Santa Rosa, La Paz y sectores accesibles de Maipú.

Referente: Lic. Fabián Martínez.

Teléfono: (0263) 443-3783

Dirección: Gutiérrez 42 (San Martín).

E-mail: valepinfari@outlook.com.ar

Días y horarios de atención: lunes a viernes de 8:00 a 13:00 hs

CPAA Valle de Uco

Georreferencia: Tunuyán, Tupungato y San Carlos.

Referente: Lic. Leonardo Camus.

Teléfono: 0261 383-0032

Dirección: B° Los Cóndores, calle Reginato S/N. Tunuyán.

E-mail: cpaavalledeuco@gmail.com

Días y horarios de atención:

Lunes a viernes de 8:00 a 13:00 hs

CPAA San Rafael

Georreferencia: San Rafael

Referente: Lic. Verónica Carballo.

Teléfono: (0260) 444-6152 / 261-7508667

Dirección: Comandante Salas 567 (San Rafael).

E-mail: cpaasanrafael@gmail.com

Días y horarios de atención: lunes a viernes de 8:00 a 13:00 hs

CPAA Gral. Alvear

Georreferencia: General Alvear

Referente: Lic. Marcela del Río

Teléfono: (02625) 422165 interno 848 / 261 7508670

Dirección: Emilio Civit 400 Hospital Enfermeros Argentinos, ex casa hnas. religiosas. Gral. Alvear.

E-mail: cpaaalvear@gmail.com

Días y horarios de atención: lunes a viernes, de 8 a 13 hs

CPAA Malargüe

Georreferencia: Malargüe

Referentes: Lic. Lidia Delavía

Teléfono: 261-7508669

Dirección: Pampa Palauco 827 Barrio El Payen

E-mail: centroadiccionesmalargue@yahoo.com

Días y horarios de atención: lunes a viernes de 8:00 a 13:00 hs

Anexo 6: Síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK)

Aunque no es estrictamente una urgencia de salud mental sino neurológica se considera importante hacer referencia a este cuadro ya que puede llegar a ser padecido por alguien con consumo crónico de alcohol. Su importancia cardinal yace en que este cuadro es prevenible, puede instalarse súbitamente y deja secuelas graves. Por lo tanto las recomendaciones apuntan a un alto nivel de sospecha clínica con mínimos datos y a un tratamiento agresivo.

Al contrario de lo que muchos profesionales consideran el SWK no es raro, no es exclusivo de los “alcohólicos” y la tríada sintomática clásica es infrecuente.

Los criterios de Caine ofrecen una mejor sensibilidad y especificidad en usuarios con problemática de consumo. Estos criterios no han sido estandarizados para otras situaciones clínicas con deficiencia de Tiamina (B1), pero se recomienda su utilización.

Diagnóstico de SWK - Criterios de Caine: usuario con factor de riesgo (consumo crónico de alcohol) + 2 o más de los siguientes hallazgos: signos oculares (oftalmoplejía, nistagmo, diplopía, ptosis palpebral), signos cerebelosos (inestabilidad, ataxia, temblor), estado confusional (desorientación, confusión, estupor, coma) o deterioro leve de la memoria (confabulaciones, hipomnesia), signos de desnutrición en el examen físico o en el laboratorio (IMC bajo, hipoalbuminemia).

En la gran mayoría de los casos el beneficio de tratar agudamente la sospecha de SWK sobrepasa el riesgo potencial y bajo de administrar Tiamina EV. El diagnóstico preciso no es la prioridad clínica (ya que puede retrasar la administración), el objetivo principal es poner en disponibilidad del cerebro prontamente la Tiamina.

En el usuario con sospecha de SWK en el contexto de la urgencia no hay lugar para las vías de administración de inicio más lento (VO). Una vez que la administración ha iniciado, prestar atención a la corrección de otras alteraciones metabólicas, especialmente hipomagnesemia.

Las parálisis oculares pueden responder en cuestión de horas (mínimo 6 horas), mientras que los problemas cognitivos y de marcha mejoran más lentamente. Mientras la apatía, la somnolencia y la confusión mejora lentamente, el usuario puede ir quedando con un defecto permanente en la memoria retentiva y aprendizaje conocido como psicosis de Korsakoff (un nombre inapropiado, ya que es normalmente sin psicosis). Si no se evidencia mejoría significativa a las primeras horas se espera hasta 3 días continuando con aplicación de Tiamina. La falta de respuesta luego de los 3 días debe hacer sospechar de otras causas de los síntomas

Para reducir el riesgo de estas secuelas, todos los usuarios que presentan abstinencia de alcohol deben recibir tiamina en el momento de la presentación inicial, seguido de administración oral suplementación durante varias semanas según las condiciones de cuidados. Dado que los usuarios también pueden tener otras deficiencias, la suplementación con vitaminas del complejo B, incluido el ácido fólico, es comúnmente empleada.

Dosificación de la Tiamina (B1)

Se comienza con el uso profiláctico de Tiamina en dosis de 100 mg/día EV por tres días como mínimo, en los casos con factores de riesgo de desarrollar Síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK): consumo crónico de alcohol, anorexia nerviosa, bulimia, vómitos excesivos, hiperemesis gravídica, diálisis, cirugía bariátrica, trastornos malabsortivos, etc.

La provisión de soluciones de glucosa por vía intravenosa puede agotar la reserva de vitaminas B, precipitando agudamente la aparición del SWK. Por lo tanto, previamente a la administración de glucosa intravenosa siempre debe haberse administrado la Tiamina.

En los casos donde ya hayan síntomas de alta sospecha Síndrome de Wernicke-Korsakoff (confusión, trastorno de conciencia, la tiamina se puede suministrar tan pronto como sea posible (EV) en dosis de: 200 a 500 mg de Tiamina tres veces al día (la vida media es 96 min) durante la primera semana, y luego continuar en el tratamiento de mantenimiento durante varios meses, guiado por neurología.

Presentación: Ampollas de 100 mg en 1 ml (100 mg/ml).

Preparación: No precisa dilución.

Incompatibilidad dentro de la preparación: Penicilina, fenilbutazona y propifenazona, se recomienda utilizar sola, puede precipitar Haloperidol en la dilución.

Observaciones: En bolo EV lento o por vía intermitente en 30 min. Vigilar el prurito, mareos y dificultad respiratoria.

Anexo 7: Conducta agitada

Los usuarios pueden presentarse a la consulta de urgencia con un estado de agitación psicomotriz, que puede clasificarse en distintos niveles de severidad: leve (conocida como inquietud psicomotriz), moderada y severa (conocida como excitación psicomotriz). Es crucial un abordaje temprano para prevenir complicaciones conductuales significativas. Si este estado progresa, se recomienda implementar una intervención psicofarmacológica oportuna, preferiblemente al inicio de la agitación moderada. Diversos estudios clínicos están observando una buena respuesta al utilizar medicamentos de rescate administrados por vía oral cuando se administran tempranamente en la agitación psicomotriz, mientras el usuario aún muestra cierta colaboración con el abordaje.

En el caso de niños, niñas y adolescentes, se debe seguir intentando la contención verbal antes de recurrir a la opción farmacológica. Por lo tanto, solo se abordarán farmacológicamente las agitaciones psicomotrices severas (excitación psicomotriz).

SEVERA (Excitación psicomotriz) Intervención psicofarmacológica en niños/niñas y Adolescentes	CONDUCTAS RELACIONADA AL COMBATE O HUIDA
	AGRESIONES VERBALES Y FÍSICAS
	SUFRIMIENTO, GRITOS
	DISCURSO INCOHERENTE
	SIN CAPACIDAD ATENCIONAL
MODERADA Momento ideal para la intervención psicofarmacológica en adultos	MOMENTO DE DESBORDE VERBAL
	CAMBIAR ANSIOSAMENTE DE LUGAR
	MIEDO
	RESPUESTAS VERBALES RÁPIDAS Y VIOLENTAS
	FALTA DE COOPERACIÓN Y DESCONFIANZA
	TENSIÓN INTERNA (POSTURA RÍGIDA, PUÑOS CERRADOS, MIRADA FIJA)
LEVE (inquietud psicomotriz)	MOVIMIENTOS CONSTANTES Y NERVIOSOS
	CONDUCTA OBSTINADA O ANTAGÓNICA
	GESTOS FACIALES DE ENOJO
	RESPUESTAS RÁPIDAS

Cuadro 2: Punto de actuación actual e ideal acordado para los profesionales sanitarios (PS) y los pacientes/cuidadores. 1er Encuentro Internacional de Expertos sobre Agitación (2018)

Anexo 8: Abordaje general de las urgencias

Entorno/Escenario seguro

Existe evidencia contundente de que los usuarios de salud mental son más propensos a ser agredidos, que a agredir. Se ofrece como parte del protocolo recomendaciones sobre como contar con un escenario seguro para la práctica profesional en urgencias:

- Ofrecer al usuario un espacio que resguarde su intimidad.
- Asegurar un entorno inmediato del usuario libre de elementos riesgosos (objetos cortantes, productos cáusticos, medicamentos, ventanas, escaleras o ascensores).
- Destinar un box/habitación donde el usuario sea fácilmente visible para el personal.
- Priorizar la seguridad del personal, evitar espacios muy aislados en el hospital.
- Asignar un acompañante adulto responsable durante la estadía en guardia (obligatorio en niños, niñas y adolescentes).
- Ubicarse, desde el inicio de la entrevista lo más cerca posible de la salida del box/habitación. Ante signos de agresión, podrá solicitar la colaboración de personal de seguridad o referentes del usuario si brindan un clima tranquilizador.
- Llamar al 911 en caso de crisis extremas que representen un riesgo evidente para el personal.

Contención verbal

- Adoptar una distancia prudente, sin invadir el espacio personal, permitiendo un clima agradable y continente.
- Sostener el contacto visual, usar tono de voz suave, mantener una actitud empática y serena.
- Dedicar tiempo al usuario, escuchando atentamente.
- No responder agresivamente ante actitudes de provocación.
- Iniciar con preguntas abiertas que le permitan expresarse.
- Mantener la tranquilidad alentando al usuario a que hable sobre sus inquietudes.
- Tratar de resolver dichas inquietudes.
- Intentar identificar la fuente del problema principal y las posibles soluciones.
- Incorporar la participación de los cuidadores y otros integrantes del personal.
- Excluir de la escena a quien pueda ser un factor desencadenante de la agresión (ej: familiar, acompañante, etc).
- Repreguntar sobre aquellos puntos que no le quedaron claros en la entrevista. Puede solicitar que explique el significado de algún dicho dudoso.
- No invalidar las sensaciones somáticas.

- Intentar en el primer abordaje no dirigir la entrevista a temas que no están relacionados al motivo de consulta.
- No contradecir los planteos en el caso de las ideas delirantes francas. Buscar propuestas simples que remarquen su intención de ayudar con temas importantes (ej: sobre el cuidado de la salud, protección personal, etc).
- Hacer pocas preguntas sobre una temática delirante, en la guardia se busca identificar el síntoma solamente y no desplegar todo el contenido del delirio ya que puede despertar sensaciones persecutorias.
- Brindar a la familia la información necesaria para disminuir su ansiedad sin romper el secreto profesional ampliado.
- Progresar al uso de medicación si se han agotado todas las posibilidades y el usuario está siendo agresivo con el personal, puede ser necesario para prevenir complicaciones.

Intervención psicofarmacológica

Ante síntomas de ansiedad, irritabilidad, tensión interna, agitación psicomotriz dependiendo de la gravedad de la situación, se utilizarán psicofármacos destinados a bloquear el polo motor disminuyendo el riesgo que la situación conlleva para sí y/o terceros. Es decir el abordaje inicial puede incluir un tratamiento que apunte a tranquilizar al usuario, todavía sin abordar la sintomatología de base que motiva la consulta (ej: un intento suicida). Si el cuadro es grave hay que tratarlo como si fuera una crisis de excitación psicomotriz. A continuación se sugieren diferentes esquemas farmacológicos:

Vía oral

En el caso de que el usuario presente una inquietud leve o moderada y si acepta medicación por vía oral se puede indicar benzodiazepinas, a saber: clonazepam (2 mg VO, puede repetirse cada 1 hora hasta lograr sedación. Dosis máxima 8 mg / día) o lorazepam (2,5 mg VO, puede repetirse cada 2 horas hasta lograr sedación. Dosis máxima 5 mg / día), sobre todo si se sospecha que no hay un cuadro psicótico de base o no existe consumo de sustancias.

También puede optarse por el uso de antipsicóticos por vía oral como: Risperidona (2 a 3 mg VO, puede repetirse cada 1 hora hasta lograr sedación. Dosis máxima 8 mg / día), Olanzapina(10 mg VO, puede repetirse cada 2 horas hasta lograr sedación. Dosis máxima 30 mg/día), Haloperidol (5 a 10 mg VO (comp o gotas), puede repetirse cada 8 horas hasta lograr sedación. Dosis máxima 15 mg / día)

En situaciones de mayor actividad psicomotora, episodios de excitación psicomotriz, con sospecha de trastorno psicótico de base, se debe usar antipsicóticos de alta potencia, solos o en combinación con benzodiazepinas.

En el caso de niños, niñas y adolescentes

Haloperidol: 0,05 - 0,1 mg/kg/dosis. Niños: 2 mg/dosis. Adolescentes: 5 mg/dosis. Inicio del efecto: 1 hora. Duración del efecto: 3 a 8 horas. Dosis máxima: niños 5 mg/día y adolescente 15 mg/día. Presentación en gotas: 1 gota igual a 0,1 mg.

Clorpromazina: Aprobado a partir de 1 año. Dosis: 0,25 mg/kg VO cada 4 o 6 horas según necesidad.

Risperidona: Aprobado por FDA a partir de los 5 años. dosis recomendada: 0.25 mg a 2 mg VO cada 6 a 12 hs. Hasta 4 mg en una dosis en agitaciones graves

Olanzapina: aprobada por FDA a partir de los 13 años. 0,1 mg/kg/dosis VO. Niñas/niños: 2,5 mg/dosis. Adolescentes: 5 mg/dosis. Inicio del efecto: 20–30 min. Duración del efecto: 24 horas. Dosis máxima: 10-20 mg/día

Lorazepam: Preferido para la agitación por intoxicación. Dosis: 0,05 - 0,1 mg/kg/dosis VO. Dosis máxima: 2 mg/dosis. Inicio del efecto 20 a 30 min. Duración del efecto: 6 a 8 horas. Dosis máxima diaria en la niña/ niño 4 mg y en adolescentes 6 mg.

Difenhidramina: 1 mg/kg/dosis VO. Dosis máxima: 50 mg/dosis. Inicio del efecto: 1 hora. Duración del efecto: 4 a 6 horas. Dosis máxima: niñas/niños 50 a 100 mg y adolescentes: 100 a 200 mg. Administrado en conjunto con haloperidol previene síndromes extrapiramidales como la distonía.

Vía parenteral

Antipsicóticos

Haloperidol

Por vía parenteral puede utilizarse 1 amp. de 5 mg IM, puede repetirse cada 30 minutos hasta lograr sedación. Dosis máxima 30 mg / día. No se recomienda EV, contraindicado con QTc mayor a 450 ms, o prolongación mayor a 30 ms luego de la primera dosis.

Presentación: Ampollas de 5 mg en 1 ml (5 mg/ml).

Preparación: No precisa dilución, de ser necesario es más compatible con SG 5 %.

Incompatibilidad dentro de la preparación: A concentraciones altas (> 1 mg/ml) es incompatible con SF y precipita.

Observaciones: Proteger de la luz.

Levomepromazina

Por vía parenteral puede utilizarse 25 a 50 mg IM cada 4 a 6 h, máx. 200 mg/día (NUNCA EV).

Presentación: Ampollas de 25 mg en 1 ml (25 mg/ml).

Preparación: No precisa dilución.

Incompatibilidad dentro de la preparación: No presenta.

Observaciones: Evitar dosis elevadas, existen mayores riesgos de prolongación de QT y disminución del umbral convulsivo, preferir en dicho caso Haloperidol.

Clorpromazina

Por vía parenteral puede utilizarse 25 a 50 mg IM cada 6 - 8 h. Dosis máxima 150 mg/día.

Presentación: Ampollas 50 mg/2 ml (25 mg/ml).

Preparación: No precisa dilución.

Incompatibilidad dentro de la preparación: No presenta. Absorción disminuida por: sales, óxidos e hidróxidos de Al, Mg o Ca (espaciar 2 h).

Observaciones: Evitar dosis elevadas, existen mayores riesgos de prolongación de QT y disminución del umbral convulsivo, preferir en dicho caso Haloperidol. Existe una presentación específica para administración EV, que no precisa reconstitución y es compatible con SF (es preferible usar sueros de plástico, tipo polietileno o de vidrio, no PVC). Solo se puede utilizar en infusiones EV intermitentes diluyendo en 50-100 ml de suero y administrar en 25 - 50 min (1 mg/min). (NO en bolo, NO infusión continua).

En el caso de niños, niñas y adolescentes

Haloperidol: Es la 1° elección en excitación psicomotriz. Está aprobado por FDA a partir de los 3 años. Se puede administrar de 1 a 5 mg cada 30 minutos - 1 hs hasta ceder la agitación, dependiendo de la edad. Niños entre 6 a 12 años 2,5 mg por dosis. Mayores a 12 años 5 mg por dosis. En niños se prefiere uso de vía oral y gotas

Clorpromazina: 0,5 mg/kg IM cada 6 u 8 hs. La dosis máxima en menores de 5 años o con peso menor a 22 kg: 40 mg y en niños mayores 5 años a 12 años o de 22 kg a 45 kg es de 75 mg. Adolescentes dosis inicial 25 mg IM, repetir a la hora y dps cada 4 hs a 6 hs

Levomepromazina: ANMAT recomienda a partir de los 10 años. Dosis pediátrica: 0,5 a 2 mg/kg/día. Dosis máxima en menores de 12 años: 40 mg/d. Dosis máxima de 12 años a 17 años: 200 mg/d. Usar con cuidado por hipotensión.

Benzodiazepinas

Lorazepam

En el caso de requerirse se pueden utilizar por vía parenteral 1 amp. de 4 mg IM. Puede repetirse cada 30 minutos hasta lograr sedación. Dosis máxima 15 mg / día. No se recomienda bolo EV.

Presentación habitual: Ampollas de 1 ml, de 4 mg (4 mg/ml).

Preparación: No requiere dilución para vía IM, para la endovenosa debe diluirse con una cantidad igual de un diluyente compatible como cloruro de sodio 0,9 % o dextrosa 5 %.

Incompatibilidad dentro de la preparación: No presenta.

Observaciones: Conservación 2 a 8°C (cadena de frío). Monitorizar función respiratoria y neurológica. No se recomienda en bolo EV, prefiera IM.

Antídoto: Flumazenilo.

Midazolam

En el caso de requerirse se pueden utilizar por vía parenteral 1 amp. de 15 mg IM. Puede repetirse cada 30 minutos hasta lograr sedación. No se recomienda bolo EV.

Presentación habitual: Ampollas de 3 ml de 15 mg (5 mg/ml).

Preparación: Compatible con SF y SG 5 %.

Incompatibilidad dentro de la preparación: Soluciones alcalinas.

Observaciones: Teratógeno durante el primer trimestre de embarazo. Monitorizar función respiratoria y neurológica. No se recomienda bolo EV, prefiera IM.

Antídoto: Flumazenilo.

Diazepam

En el caso de requerirse se pueden utilizar por vía parenteral 1 amp. de 10 mg IM (0,15 a 0,25 mg/kg). Puede repetirse cada 30 minutos hasta lograr sedación. Dosis máxima 40 mg/día. No se recomienda bolo EV.

Presentación habitual: Ampollas de 2 ml de 10 mg (5 mg/ml).

Preparación: Compatible con SF y SG 5 %. Recomendable diluir en envases de vidrio o plástico Viaflo®; se adhiere al PVC. Es fotosensible, proteger de la luz.

Incompatibilidad dentro de la preparación: SI, no mezclar con otros medicamentos.

Observaciones: Monitorizar función respiratoria y neurológica. No se recomienda bolo EV, prefiera IM.

Antídoto: Flumazenilo.

En el caso de niños, niñas y adolescentes

Lorazepam: Se administra IM, 2 mg en adolescentes y 0.5 a 1 mg en niños cada 30 min - 1 hs hasta ceder agitación (máx 2 a 4 mg en 1.5 hs). Se describe alta frecuencia de efecto paradójico en menores de 12 años, usar con precaución. Uso con cuidado en población con Discapacidad intelectual y Trastorno del Espectro Autista. (NUNCA EV)

Contención mecánica / física

La contención mecánica debe ser usada sólo como un último recurso cuando es el único medio disponible para prevenir un daño inminente. Es un procedimiento que permite limitar los movimientos del usuario agitado mediante sistemas de inmovilización física, evitando un posible daño para sí y para su entorno. No constituye una medida terapéutica por sí sola.

Al ser una práctica enmarcada en los procedimientos de salud debe ser coordinada sólo por profesionales y personal de salud bajo la indicación presencial médica. Responde a las responsabilidades conocidas en cada servicio e institución.

Indicación:

Cuando haya sido imposible resolver la crisis por medio de la intervención verbal y/o del uso de psicofármacos considerando la persistencia del riesgo cierto e inminente. En estas situaciones es un medio para facilitar la acción de abordajes más intensivos como el psicofarmacológico. ej: extrema agitación motora, autolesiones compulsivas, la manipulación de vías o sondas, entre otros.

Consideraciones generales:

Es importante contar con el personal necesario para efectuar el procedimiento, el equipo debe haberse entrenado en la aplicación de este recurso y contar preferentemente con experiencia previa. Se debe contar con la ayuda de al menos 4 o 5 personas: cada una se encargará de una extremidad y la 5°, si está disponible, para el control de la cabeza, afianzar las sujeciones y coordinar al equipo.

No se debe confundir Contención Física (procedimiento de salud a cargo del médico/a), con Reducción Física que es un procedimiento de seguridad. Las fuerzas de seguridad tienen la obligación de actuar ante agresiones activas que estén poniendo en riesgo la integridad del personal de salud. En estos casos se debe dar aviso al personal de seguridad, y/o fuerza pública de seguridad (911) y el procedimiento que la fuerza pública puede aplicar en estas situaciones es la Reducción Física.

El personal de salud NO debe colaborar con la Reducción Física o aplicar medicación mientras está en proceso, ya que es ámbito de seguridad y la fuerza pública tiene la responsabilidad de su práctica.

En un usuario que ha sido reducido (traslado en un móvil, en las afueras del hospital, etc), ingresa a la guardia y lo requiere, se puede instalar el protocolo de Contención Física. Para esto es obligatorio que se deje de realizar la Reducción Física. El equipo de seguridad o policía pueden colaborar en la Contención Física si aceptan las indicaciones médicas y se adaptan a utilizar las maniobras de contención mecánica.

Procedimiento:

- Eliminar objetos peligrosos próximos y prever, de ser posible, un espacio físico adecuado para dicha intervención.
- Proceder a interactuar en simultaneidad, si el usuario se encuentra en bipedestación cada uno del equipo deberá encargarse de un miembro del usuario. Siempre utilizando ambas manos, una de ellas sujeta la porción proximal y la otra la distal de la extremidad (muñeca y axila / tobillo y muslo). El control de esa extremidad es de aquí en adelante su responsabilidad hasta que ésta sea fijada. La sincronización del equipo es esencial para evitar forcejeos innecesarios y riesgosos.
- Sujetar los miembros a la camilla o cama una vez que el usuario se encuentre en posición de decúbito, hasta sostener todas las extremidades. Los sitios de sujeción son el extremo distal de cada extremidad (muñecas y tobillos). Las sujeciones deben permitir movimientos amplios de las extremidades (articulaciones en semiflexión) y no obstaculizar la circulación (2 cm libres entre la piel y la sujeción). Según la intensidad del cuadro se puede añadir sujeciones en la porción proximal de cada extremidad, el tórax, pelvis y cabeza. Nunca sobre el cuello, abdomen o las articulaciones de los codos o rodillas.
- Utilizar sujeciones de cuero, material de consistencia similar o silicona que son las más seguras. De no contar con las mismas, se pueden armar en la urgencia con sábanas o telas resistentes, deben ser lo suficientemente anchas para evitar lesiones por fricción.
- Colocar la cabeza ligeramente incorporada para evitar aspiraciones.
- Explicitar cada acto del procedimiento al usuario por más que no consienta. Se debe explicar la intención de ayudarlo, así como la transitoriedad y brevedad posible de esta medida, respetando en todo momento la dignidad humana.
- Evaluar al usuario en forma permanente: controlar los signos vitales, hidratación, vía aérea, higiene y necesidades básicas. Aflojar y rotar periódicamente las ataduras para evitar lesiones.
- Empezar a considerar la suspensión de la medida cuando aparezca el efecto sedativo de los psicofármacos y remita el cuadro de excitación. La contención mecánica debe ser retirada tan pronto como el usuario sea reevaluado y se corrobore que haya cedido la situación de riesgo grave.

- Retirar de forma gradual, primero una extremidad, luego la contralateral y así sucesivamente valorando la reactividad del usuario.

Las recomendaciones presentadas pueden requerir diversos grados de adaptación según las características de la institución y el sitio donde se aborda la situación.

Anexo 9: Consentimiento y confidencialidad en niños, niñas y adolescentes

Se debe proteger las posibilidades del niño, niña, adolescente o persona declarada incapaz de ejercer su derecho a ser escuchado y tener en cuenta su opinión, a ser informado y asesorado, a otorgar consentimiento informado y a la confidencialidad. Todo esto conforme a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

Cuando su estado de conciencia lo permita, se debe obtener el consentimiento informado del propio niño, niña o adolescente. Es esencial que tenga la oportunidad de expresar sus opiniones libremente y que estas sean consideradas, proporcionándoles información sobre su estado de salud, los tratamientos propuestos y sus efectos y resultados, y permitiéndoles recibir asesoramiento fuera de la presencia de sus padres.

Es importante destacar que no existe una edad fijada para el ejercicio de los derechos de los niños, por lo que se puede considerar que un niño que ya tenga un grado suficiente de madurez es titular de los derechos relacionados con su autonomía personal.

Los trabajadores de la salud tienen el compromiso de garantizar la confidencialidad de la información relacionada con los niños, niñas y adolescentes. Esta información sólo puede divulgarse con el consentimiento del joven y está sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos.

Además, es crucial contar con un adulto referente que acompañe (familiar, miembro de la comunidad y/o otras personas legalmente responsables), sujeto al consentimiento del niño o adolescente, en la medida de lo posible. Será fundamental proporcionar información adecuada y apoyo a los padres o referentes vinculados para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad con el joven.

Se debe prestar especial atención a los entornos familiares que no sean seguros o propicios para el adolescente y que requieran un abordaje familiar. En caso de evaluar la necesidad de comunicarse con los padres y/o adulto responsable y esto resulte imposible, se deberá informar a la autoridad administrativa de protección de los derechos del niño correspondiente en el ámbito local.

Anexo 10: Efectos tóxicos o adversos de medicamentos

Síndrome parkinsoniano (parkinsonismo farmacológico)

Se sospecha cuando el usuario ha iniciado recientemente tratamiento, ha aumentado dosis o ha realizado sobreingesta de antipsicóticos, y presenta síntomas de rigidez muscular, temblor, bradiquinesia, etc. No existen pruebas complementarias de confirmación.

Tratamiento

Suspender o disminuir medicación causante dependiendo del grado de compensación del cuadro psicopatológico, de la velocidad con la que puede volver a ver al especialista y de la gravedad del efecto adverso.

Solicite ECG para descartar otros efectos tóxicos como prolongación del QTc. Solicite analítica con al menos transaminasas, ionograma, CPK cuantitativa y creatinina, para detectar otras complicaciones.

Biperideno: Debe iniciarse gradualmente, aumentando la dosis en función del efecto terapéutico y de los efectos secundarios. La duración de la terapia dependerá del tipo y evolución de los síntomas y de la modificación de la medicación que le dio origen. Se debe suspender de manera paulatina una vez resuelta la causa de origen. Se inicia con una dosis de 1 a 2 mg VO dividido dos veces al día. La dosis de mantenimiento es de 3 a 16 mg/día (3 a 4 veces por día). La dosis diaria máxima es de 16 mg. Dar con las comidas.

En edad avanzada se recomiendan menores dosis iniciales y de mantenimiento ya que son más susceptibles a la medicación anticolinérgica.

Distonía Aguda

Se sospecha cuando el usuario ha iniciado recientemente tratamiento, ha aumentado dosis o ha realizado sobreingesta de antipsicóticos, y presenta contracturas o espasmos musculares dolorosos que generan movimientos de torsión o repetitivos, comúnmente de la cabeza y el cuello

Tratamiento

Suspender o disminuir medicación causante dependiendo del grado de compensación del cuadro psicopatológico, de la velocidad con la que puede volver a ver al especialista y de la gravedad del efecto adverso.

Solicite ECG para descartar otros efectos tóxicos como prolongación del QTc. Solicite analítica con al menos transaminasas, ionograma, CPK cuantitativa y Creatinina, para detectar otras complicaciones.

Difenhidramina: Administre 25 a 50 mg IM o EV. Si persiste repetir a los 30 min. Otras opciones: Diazepam 5 mg o Lorazepam 2,5 mg VO (de elección en el laringoespasma) y Clonazepam 0,5 a 4 mg VO en crisis oculogiras.

Acatisia

Se sospecha cuando el usuario ha iniciado recientemente tratamiento, ha aumentado dosis o ha realizado sobreingesta de antipsicóticos, y no puede quedarse quieto (golpeteo de pies, manos, se

para y sienta o deambula sin parar) con una ansiedad desbordante. No existen pruebas complementarias de confirmación.

Tratamiento

Suspender o disminuir medicación causante dependiendo del grado de compensación del cuadro psicopatológico, de la velocidad con la que puede volver a ver al especialista y de la gravedad del efecto adverso.

Solicite ECG para descartar otros efectos tóxicos como prolongación del QTc. Solicite analítica con al menos transaminasas, ionograma, CPK cuantitativa y Creatinina, para detectar otras complicaciones.

Biperideno: Inicie con 1 a 2 mg VO dividido dos veces al día, dosis de mantenimiento: 3 a 16 mg/día (3 a 4 veces por día) y dosis diaria máxima: 16 mg. Otras opciones: Diazepam 5 a 15 mg o Lorazepam 1 a 2,5 mg o Clonazepam 0,5 a 1 mg VO.

En edad avanzada se recomiendan menores dosis iniciales y de mantenimiento ya que son más susceptibles a la medicación anticolinérgica.

En el caso de niños, niñas y adolescentes

Para niñas/niños entre 3 y 15 años la dosis del Biperideno de mantenimiento es 1 a 2 mg, 1 a 3 veces por día. Difenhidramina: 1 mg/kg/dosis VO. Dosis máxima: 50 mg/dosis. Inicio del efecto: 1 hora. Duración del efecto: 4 a 6 horas. Dosis máxima: niñas/niños 50 a 100 mg y adolescentes: 100 a 200 mg.

Sospecha de rabdomiólisis por elevación de la CPK cuantitativa

En caso de intoxicaciones graves por alcohol, cocaína, drogas sintéticas de abuso, estatinas u antipsicóticos o ante síntomas extrapiramidales graves, es necesario solicitar ECG y analítica con al menos transaminasas, ionograma, CPK cuantitativa y Creatinina para detectar diversas complicaciones.

Protocolo de actuación:

- Si el valor de CPK está elevado menos de 5 veces y la creatinina se mantiene dentro de los parámetros normales, es posible realizar un abordaje completo en cualquier hospital (incluido monovalente). Intentar alejarse de la opción de Haloperidol para contención de la crisis.
- Si el valor de CPK supera las 5 veces el valor normal con creatinina normal, se debe proceder a la hidratación intravenosa y al control de CPK en 24 horas. Este manejo debe llevarse a cabo en un hospital general. Intentar alejarse de la opción de Haloperidol para contención de la crisis.
- En el caso de que el valor de CPK exceda 5 veces el valor normal y la creatinina esté elevada se requiere internación en el sector de clínica médica. Si existe una indicación de hemodiálisis de urgencia, se derivará a un hospital general con complejidad suficiente.

Anexo 11: Trastornos de la conducta alimentaria

Si la persona presenta preocupación por el peso o la imagen corporal, indicios físicos de malnutrición, pérdida del apetito o del peso persistente, restricción en la alimentación, atracones o vómitos inducidos voluntariamente, entonces sospeche la presencia de algún Trastorno de la Conducta Alimentaria. Ante esto se debe ampliar la evaluación clínica: solicite analítica con al menos transaminasas, ionograma, creatinina, uremia, para detectar otras complicaciones. Solicite ECG para descartar otros efectos tóxicos como prolongación del QTc.

Si el/la paciente presenta: rechazo absoluto a ingesta oral de líquidos y/o sólidos superior a 48 horas, alteración hepática o renal, hipopotasemia, hipoproteinemia, hipoglucemia, bradicardia, alteraciones en la atención, concentración, el lenguaje, antecedente de convulsiones posterior al inicio del trastorno, y fracaso del tratamiento ambulatorio, es probable que se requiera de hospitalización/internación a los fines de procurar estabilización clínica con medidas nutricionales y de hidratación. Se debe colocar a la persona en un entorno seguro y propicio, y continuar monitoreando estrechamente a la persona. En esta situación se debe solicitar interconsulta de guardia con equipo de salud mental (en caso de no poseer equipo o haber una demora importante derivar a efector con guardia de salud mental).

TRASTORNOS POR DISMINUCIÓN DE LA INGESTA

1- RECHAZO ALIMENTARIO

El **rechazo alimentario** es un síntoma que puede presentarse en muchos casos clínicos psiquiátricos y en todos los segmentos de edad. No tiene, en la gran mayoría de casos, un tratamiento específico, y su evolución va ligada al complejo sindrómico del que forma parte. Se refiere a los casos en los que hay una restricción alimentaria con repercusiones físicas significativas (deficiencia nutricional, necesidad de alimentación enteral, etc.), pero que no está causado por patologías médicas o psiquiátricas, ni se asocia a las cogniciones típicas de la anorexia ni la bulimia

2- ANOREXIA

Es un síndrome caracterizado por tres criterios fundamentales:

1. una inanición autoinducida de una intensidad significativa, esto es, un comportamiento.
2. una búsqueda implacable de delgadez o un miedo mórbido a la obesidad, es decir una psicopatología.
3. presencia de síntomas y signos médicos debido a la inanición, esto es síntomas fisiológicos.

La anorexia nerviosa suele asociarse, aunque no siempre, con distorsiones de la imagen corporal. Se dan 2 subtipos: restrictivo y con atracones/purgas. Ambos tienen en común el énfasis desproporcionado en la delgadez como tema básico.

Exploración física y pruebas analíticas.

- Hemograma completo: puede revelar leucocitopenia con linfocitosis relativa.
- Ionograma: puede mostrar alcalosis hipopotasémica en los atracones y purgas.
- Glucemia: baja en ayunas durante la fase de emaciación.
- ECG: puede aparecer cambios en el segmento ST y en la onda T, secundarios a alteraciones electrolíticas.
- Hipotensión arterial y bradicardia.
- Colesterol sérico: elevado
- Cambios endocrinos: amenorrea, hipotiroidismo leve, hipersecreción de la hormona liberadora de corticotropina.

Diagnóstico diferencial.

- Tumor cerebral o cáncer.
- Trastorno depresivo.
- Trastorno de somatización.
- Esquizofrenia.
- Bulimia nerviosa.
- Hiperactividad del nervio Vago.

Tratamiento. A la vista de las complicadas implicaciones psicológicas y médicas se recomienda un plan de tratamiento global, que incluya el ingreso hospitalario siempre que haga falta y psicoterapia tanto individual como familiar.

TRASTORNOS POR EXCESO DE INGESTA

1- POTOMANÍA

La potomanía o ingesta muy excesiva de líquidos, habitualmente agua, es un trastorno poco frecuente. Algunos pacientes con anorexia nerviosa presentan ingestas líquidas cuantitativamente muy elevadas como mecanismo para inducir saciedad o, cuando no, para engañar respecto al aumento ponderal. Ante un cuadro de apariencia potomaniaca debe realizarse siempre el diagnóstico diferencial respecto a la diabetes insípida.

2- BULIMIA NERVIOSA

Se caracteriza por episodios recurrentes de atracones combinados con conductas de compensación inapropiadas destinadas a evitar el aumento de peso (conductas compensatorias purgativas y/o de restricción alimentaria e hiperactividad física). El malestar físico (p. ej., dolor abdominal o náuseas) dan fin al atracón, que a menudo va seguido por

sentimientos de culpa, depresión o disgusto con uno mismo. A diferencia de los pacientes con anorexia nerviosa, los que presentan bulimia nerviosa suelen mantener un peso normal.

Complicaciones médicas. Los signos y síntomas físicos y las complicaciones médicas están en relación con la presencia de vómitos y abuso de laxantes y/o diuréticos. Los signos físicos más habituales suelen ser los siguientes: *a)* signo de Russell, que son callosidades en la base de los dedos como consecuencia de la introducción repetida de los dedos para provocarse el vómito; *b)* hipertrofia de las glándulas salivales en vomitadoras crónicas, que puede estar en relación con la hiperplasia por irritación y los déficits nutritivos, y *c)* alteraciones orales como gingivitis, glositis, caries y erosión del esmalte dental. Las *anomalías del equilibrio hidroelectrolítico* pueden estar presentes y están relacionadas con los vómitos y el abuso de diuréticos y/o laxantes. La hipopotasemia es una de las alteraciones electrolíticas con complicaciones médicas potencialmente severas que puede darse con menor frecuencia y estar en relación con un bajo peso y conductas purgativas diarias.

3- TRASTORNO DE ATRACONES

Trastorno que se caracteriza por el inicio de atracones recurrentes durante los cuales se ingieren cantidades anormalmente grandes de comida en un corto período de tiempo. Al contrario que en la bulimia nerviosa, no se llevan a cabo conductas de compensación de ningún tipo tras el episodio de atracón (p. ej., uso de laxantes). Los episodios a menudo ocurren en privado, por lo general incluyen alimentos hipercalóricos y, durante el atracón, la persona siente que no puede controlar su impulso de comer.

4- OBESIDAD

La obesidad se la considera una condición médica multideterminada etiopatogénicamente y con manifestaciones clínicas muy variadas que sólo en ocasiones tienen valor psicopatológico. Es una enfermedad crónica que se manifiesta por un exceso de grasa corporal. Por lo general se mide por el índice de masa corporal (IMC). El exceso de grasa corporal suele deberse a un ingesta de calorías superior a la cantidad que se utiliza. Las obesidades en las que el factor psicógeno representa un elemento etiológico destacado suelen pertenecer al tipo de obesidad leve (20-40% de sobrepeso), aunque algunos pacientes con conductas bulímicas graves puedan presentar una obesidad moderada (41-100%). La

alteración psicopatológica menor de estas obesidades sintomáticas psicógenas es un cuadro de ansiedad libre flotante, que ha determinado biográficamente una conducta de ingesta con fines ansiolíticos.

Tratamiento. La mayor parte de pacientes pueden ser tratados ambulatoriamente, con tratamientos centrados en el consejo nutricional y un programa terapéutico psicológico, pero el ingreso en unidades especializadas puede ser necesario cuando existan graves complicaciones médicas, grave comorbilidad psiquiátrica, conductas autoagresivas con riesgo autolítico, gran intensidad sintomatológica que hace prever la dificultad o imposibilidad del tratamiento ambulatorio, y fracasos en tratamientos ambulatorios previos. La farmacoterapia antidepresiva ha constituido el tratamiento psicofarmacológico de elección para la bulimia nerviosa, dada la probable alteración de los mecanismos serotoninérgicos que regulan la conducta alimentaria, así como el buen perfil de tolerabilidad de los ISRS, incluido el no aumento ponderal con su uso. La presencia de gran intensidad sintomatológica y acusada psicopatología afectiva o descontrol pulsional aconseja la instauración de farmacoterapia antidepresiva. Se dispone de estudios controlados de tratamiento farmacológico del trastorno por atracones en los que se han aplicado las estrategias farmacológicas que habían mostrado éxito en el tratamiento de la bulimia nerviosa: antidepresivos tricíclicos e ISRS, anorexígenos y anticonvulsivantes. También se han realizado estudios con topiramato con resultado positivo.

Anexo 12: Trastorno Conversivo o Trastorno de Síndrome Somático Funcional

Consiste en síntomas o déficits neurológicos que se desarrollan de manera inconsciente e involuntaria, y que en general afectan una función motora o sensitiva. Las manifestaciones son incompatibles con los mecanismos fisiopatológicos o las vías anatómicas asociadas, y su inicio, exacerbación, o mantenimiento de los síntomas, se atribuyen frecuentemente a factores psicológicos como la exposición a factores de estrés, dificultades vinculares, u otras comorbilidades psiquiátricas.

Diagnóstico. El diagnóstico se basa en los antecedentes después de haber excluido los trastornos físicos. Debe realizarse evaluación clínica y neurológica, y el exámen debe descartar la existencia de trastornos neurológicos o de trastornos médicos generales que puedan explicar completamente los síntomas y sus efectos. Por otro lado, para pensar en este diagnóstico, los síntomas deben tener una intensidad suficiente como para provocar angustia o interrumpir el funcionamiento social, laboral o de otro tipo.

Tratamiento. El abordaje interdisciplinario entre profesionales de la salud mental (psicología y psiquiatría), junto con el médico clínico y/o neurología es lo más recomendado. Una vez que el médico y los exámenes generales complementarios han excluido un trastorno médico y que esto ha tranquilizado al paciente porque los síntomas no indican un trastorno subyacente grave, los síntomas pueden desaparecer. Caso contrario en el que las consultas resulten reiteradas y que los síntomas posean una intensidad suficiente como para provocar angustia o interrumpir el funcionamiento social, laboral o de otro tipo, será indispensable el tratamiento ambulatorio específico en salud mental (psiquiatría y/o psicología).

Anexo 13: Violencia de género y Violencia intrafamiliar

La violencia por motivos de género es una práctica estructural que viola los derechos humanos y las libertades fundamentales. Afecta gravemente a mujeres y personas LGBTIQ+, y se produce cuando sufren algún tipo de discriminación, agresión, hostigamiento o degradación por su identidad de género, expresión de género u orientación sexual. Es cualquier conducta (una acción, un insulto, una actitud, un silencio o una falta de colaboración) que produzca un daño a la persona por el solo hecho de ser mujer o persona LGBTIQ+, no tratándose solo de agresiones físicas. Nada justifica el ejercicio de la violencia, la víctima nunca es culpable de la violencia que recibe.

En el contexto de asistencia en guardia hospitalaria, si una mujer o persona LGBTIQ+ reconoce que está viviendo una situación de violencia de género, se deben seguir las pautas de:

- Evitar la revictimización en la atención.
- Mantener la entrevista en un lugar apartado, respetando la confidencialidad. En el caso de estar con hijos/as propiciar que no estén en la entrevista.
- Preferentemente, que la atención sea brindada por trabajadoras (o agentes mujeres).
- Registrar en las actuaciones las manifestaciones de la víctima (atento la importancia que puede adquirir en un proceso judicial).
- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- Expresar claramente que no está justificada la violencia en las relaciones humanas.
- Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia que sufre.
- Creer en el relato de la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios de valor.
- Ayudarla a pensar, ordenar sus ideas, tomar decisiones.
- Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su decisión.
- No criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer ante la violencia recibida. Informar a la persona acerca de sus derechos y de los recursos con los que puede contar.
- Informar a la persona el plan de actuación que se va a realizar y las posibles consecuencias de las medidas que se van a tomar.
- No verificar el testimonio de la mujer hablando con el agresor.
- Valorar la seguridad de la mujer y, si es necesario, tomar las medidas de protección para minimizar el riesgo, siempre que se emita un parte de lesiones.
- Preguntar sobre la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia o personas allegadas.
- Tener en cuenta las dificultades específicas de las mujeres en situaciones de especial vulnerabilidad (discapacidad, migrantes, tercera edad, niñas).

Las personas que se desempeñen en servicios asistenciales en el ámbito público o privado, que con motivo o en ocasión de sus tareas tomaren conocimiento de un hecho de violencia contra las mujeres, estarán obligados a formular las denuncias, según corresponda, aún en aquellos casos en que el hecho no configure delito.

Violencia sexual (abuso).

La violación es un delito de instancia privada, por lo tanto, la decisión de hacer una denuncia corresponde a la persona afectada y, en los casos de menores de 18 años y personas declaradas judicialmente incapaces, a su representante legal. Las/los profesionales de la salud están obligadas/os a denunciar los siguientes casos:

- Cuando la persona presente riesgo de vida o lesiones graves o gravísimas producto de la violación.
- En los casos de menores de 18 años cuando la niña/o se encuentra en estado de abandono o llegue sola/o.
- En los casos de menores de 18 años cuando se sospeche que los padres/ madres, tutores/ as o guardadores/as pueden estar involucrados en la violación o en su encubrimiento.

Las denuncias penales pueden ser realizadas ante autoridades judiciales o policiales en:

- Fiscalía de turno.
- Juzgado Penal.
- Comisaría de la Mujer más próxima.
- Comisaría más próxima.
- Otros organismo según la Jurisdicción

Violencia intrafamiliar.

La violencia intrafamiliar es entendida como toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia. Quedan comprendidas dentro de ella las violencias física, sexual, psicológica y económica, sea que se presenten de manera conjunta o no. La violencia económica incluye también la negación a cubrir necesidades alimentarias para los hijos o gastos básicos para la supervivencia del núcleo familiar conviviente, así como el control de gastos o ingresos.

Para todos los casos de violencia evaluados en contextos de guardia se deben tener en cuenta los siguientes indicadores de riesgo para la víctima y su grupo familiar:

- La gravedad del hecho y el tipo de violencia ejercida contra la víctima (física, sexual, psicológica, etc.).
- Si el agresor utilizó o tiene acceso a armas de fuego.

- La reiteración y escalada de hechos de violencia (aunque los hechos anteriores no hayan sido denunciados).
- El incumplimiento de las medidas preventivas urgentes dispuestas.
- Si el imputado tiene un consumo problemático de alcohol o estupefacientes.
- Si el agresor convive con la víctima y su grupo familiar.
- La dependencia económica de la víctima.
- El aislamiento de la víctima (ausencia de red de contención familiar, social, etc.).
- Si se trató de un hecho planificado.
- Si existen niñas/os o adolescentes en riesgo.
- Si el imputado intentó contactar a la víctima luego del hecho.
- El estado de salud de la víctima y si está embarazada.

Cuando el hecho no configure delito, las personas obligadas a hacer la denuncia deberán contar previamente con la autorización de la mujer o persona afectada. Al formalizar la denuncia se resguardará a la víctima y se tomarán las disposiciones requeridas respecto al secreto profesional y al consentimiento informado. Si la persona afectada desea realizar la denuncia, o si ella o su grupo familiar están expuestos a un peligro extremo, entendiendo por tal la situación actual de sufrir un evento inminente con riesgo para la vida de la persona o del grupo familiar, entonces se debe poner en conocimiento de la autoridad competente (juzgados de familia, juzgados de instrucción, fiscalías, defensorías, sede policial). La puesta en conocimiento por cualquier medio (acompañamiento a la mujer a la comisaría, informe elevado al juzgado, comunicación telefónica con juzgado, comisaría y/o Dirección de Políticas de Género) implica en sí misma una denuncia a los efectos de la Ley Nacional 26.485 , que será evaluada luego por la autoridad judicial competente. Puede realizarse la denuncia online a través de la web: https://denuncias.jus.mendoza.gov.ar/personasw/integridad_sexual

En todos los casos se debe ofrecer una escucha activa ofreciendo apoyo y contención. Se debe transmitir que es importante poner límite a la situación e informar sobre los derechos de la persona (vivir sin violencia, acceso a la salud, a la educación, a la vivienda, al trabajo). Dialogar de forma que se pueda reconocer, de a poco, los distintos tipos de violencia junto con la persona afectada y los estereotipos que la atraviesan. Se debe indagar sobre la red que tiene (amigas/os, vecinas/os, familiares, si participa en alguna organización o institución,) a los fines de comunicarse o referenciar con los mismos en caso de ser necesario para acompañar. No presione a la persona para que hable de un suceso traumático. Proteja a la persona de daños mayores de ser necesario.

En el caso de reacciones a la exposición reciente a un suceso potencialmente traumático, explique que: "Las personas a menudo tienen reacciones después de sucesos de ese tipo. Las reacciones pueden ser sumamente variables de una persona a otra y cambiar con el transcurso del tiempo". "Pueden incluir síntomas somáticos como palpitaciones, achaques y dolores, alteraciones gástricas y cefaleas y síntomas emocionales y conductuales como perturbación del sueño, tristeza, ansiedad, irritación y agresión". "Esos sentimientos se pueden exacerbar o pueden reaparecer cuando se

presentan recordatorios del acontecimiento estresante o nuevos factores estresantes". "En la mayoría de los casos, los síntomas probablemente disminuyan con el transcurso del tiempo, en particular, si la persona descansa o recibe apoyo social y se ocupa de reducir del estrés."

Derive a tratamiento de psicología ambulatorio y ofrezca los recursos de acompañamiento de la Dirección de Género y Diversidad de la provincia:

- En situación de violencia de género puede comunicarse a la línea 144 y pedir asesoramiento (Línea nacional gratuita que atiende las 24 hs., los 365 días del año).
- Puede acudir al Área de Género de su Municipio y solicitar asesoramiento y atención.
- Puede comunicarse con la Dirección de Género y Diversidad (261- 2629249//whatsApp 2612785085) y solicitar turno, de lunes a viernes de 8 a 16 hs.
- Puede enviar un correo electrónico a dmgd@mendoza.gov.ar
- Puede acudir a la Dirección de Género y Diversidad, sita en Av. San Martín 407, esquina Morón – Ciudad, y solicitar turno o atención.
- Si su situación es de riesgo inminente (que corra riesgo su vida o la de sus hijos e hijas) llame al 911 o acérquese a la Fiscalía más cercana.

Anexo 14: Situación de Duelo

El duelo es definido como: "La pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida" (Borgeois, 1996). Desde el punto de vista nosológico, el duelo, se encuentra recogido en las clasificaciones psiquiátricas modernas, como sigue:

1. DSM IV (1994): se diagnostica en el código V, no atribuible a trastorno mental.
2. CIE 10 (1992): se emplea el código Z 63.4, para el duelo normal y el epígrafe de los trastornos de adaptación F.43, para el duelo patológico.

El duelo comienza inmediatamente después o en los meses subsiguientes a la muerte de un ser querido, limitándose a un período de tiempo que varía de persona en persona pero que no se extiende a lo largo de toda la vida. Así mismo, no siempre es consecutivo a un fallecimiento, siendo que en algunos casos el carácter previsible de la muerte de un ser querido provoca una reacción emocional que se denomina que anticipa y manifiesta las características del proceso de duelo.

La pérdida que se presenta es "real", se corresponde a un objeto del mundo externo de cual se tiene conocimiento, y ante lo cual la persona empieza a presentar conductas anormales (sin embargo no patológicas, sino esperables acordes a la situación vivencial actual) las cuales con el paso del tiempo ceden. La persona en proceso de duelo presenta una menor productividad, vivencia su entorno con pobreza y sensación de vacío, manifiesta tristeza y en ocasiones hipobulia o anhedonia. Puede presentarse una etapa de "depresión", desde un semanas a unos meses, encontrándose dentro de los parámetros esperables del duelo "normal", con sintomatología como: bajo estado de ánimo, sentimientos de culpa (lo que se pudo hacer), deseos de muerte (morir en su lugar o con ella), trastornos sensorio-perceptivos (alucinaciones auditivas), anorexia, pérdida de peso, insomnio, y abandono de las actividades socio-laborales.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) indica que cuando el cuadro depresivo persiste más de dos meses desde el fallecimiento y concurren los siguientes síntomas, se debe plantear el diagnóstico de "trastorno depresivo mayor": la culpa por las cosas más que por las acciones recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida. Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida. Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad. Enlentecimiento psicomotor acusado (fatiga, pérdida de energía). Deterioro funcional intenso y prolongado (concentración, pensar). Experiencias alucinatorias complejas y persistentes. Irritabilidad. Aumento o disminución de peso. Insomnio o sueño efectivo.

La duración del proceso de Duelo inicia a las horas del fallecimiento del ser querido y tiende a desaparecer al cabo de seis meses a un año del evento. Cuando los síntomas no desaparecen al

luego de dicho tiempo, o son de características diferentes a las esperadas, se puede pensar en un proceso de Duelo patológico, es decir complicado o no resuelto, es decir ya sea por sintomatología en su polo excesivo con manifestaciones exacerbadas o atípicas, duración más allá de lo socialmente aceptado; o en su polo por defecto, caracterizado por la ausencia de manifestaciones de pesar. Los síntomas de alarma que se deben tener en cuenta son la presentación de ideas de suicidio durante el primer mes de duelo, el retardo psicomotor, y los sentimientos de culpabilidad. De esta forma se debe valorar la gravedad del cuadro depresivo presentado, la manifestación de sintomatología psicótica, la existencia de alcoholismo u otra drogodependencia, y el riesgo suicida. En estos casos se requerirá la interconsulta y evaluación especializada por equipo de salud mental.

En todos los casos explique que: "Es normal lamentar toda pérdida importante. Uno puede lamentar la pérdida de una persona, un lugar o una propiedad o la pérdida de su propia salud y bienestar. La aflicción tiene efectos tanto mentales como físicos". "Las personas se afligen de diferentes maneras. Algunas personas muestran emociones fuertes mientras que otras no las manifiestan. El llanto no significa que uno es débil. Las personas que no lloran pueden sentir un dolor emocional igualmente profundo, pero tienen otras formas de expresarlo." "En la mayoría de los casos, la aflicción disminuirá con el transcurso del tiempo. Uno puede pensar que la tristeza, la añoranza o el dolor que siente nunca desaparecerán, pero, en la mayoría de los casos, estos sentimientos se disipan con el transcurso del tiempo. A veces una persona puede sentirse bien durante algún tiempo, luego algo le recuerda la pérdida y pueden sentirse tan mal como al principio. No hay una manera correcta o errónea de sentir aflicción. A veces, quizás uno se sienta muy triste, otras veces, permanezca insensible, y en otros momentos tal vez pueda sentir alegría. Estas experiencias se vuelven generalmente menos intensas y menos frecuentes con el transcurso del tiempo."

Brinde apoyo para el ajuste o para procesos de duelo culturalmente apropiados. Pregunte si se han realizado o planeado ceremonias o rituales de duelo. Si no es este el caso, examine los obstáculos y cómo abordarlos.

Aliente a la persona a que regrese a sus actividades normales anteriores, por ejemplo, escolares o laborales, domésticas y sociales, si es factible y culturalmente apropiado.

Anexo 15: Insomnio

El insomnio es un trastorno del sueño en el cual la persona presenta dificultad persistente para dormirse y permanecer dormida. Si se presenta como un síntoma significativo y de gran impacto en las actividades diurnas requiere de atención especializada y tratamiento. Se debe evaluar y abordar la naturaleza del problema, el uso de medicaciones o sustancias de abuso, antecedentes clínicos y de salud mental y las actividades diurnas y nocturnas que pudieran estar alterando el ritmo sueño-vigilia. Se debe buscar tratar la causa más probable e implementar higiene del sueño:

- No consumir cafeína (incluye mate) después de las 6 PM.
- Ejercitarse al menos 3 veces por semana pero antes de las 6 PM
- Durante el día estar el mayor tiempo posible expuesto a la luz solar.
- No utilizar pantallas después de las 6 PM
- Después de las 6 PM utilizar una iluminación adecuada (luz cálida tenue y debajo de la altura de los ojos)
- Acostarse a la misma hora todos los días.
- Fomentar un horario regular de sueño nocturno y desalentar las siestas durante el día.
- Practicar meditación, yoga y/o entrenamiento de relajación como un ritual y/o para reducir la tensión y la ansiedad.
- Recomendar máscaras o taponos para los oídos si es pertinente.

Tanto si se ha implementado el abordaje psicofarmacológico o no, se deben tener en cuenta aquellas medidas para minimizar el insomnio iatrogénico: maximizar el manejo del dolor, evitar las benzodiacepinas para dormir (a menos que sea por estado de abstinencia), evitar iniciar múltiples medicamentos y suspender los medicamentos no esenciales, modificar los regímenes de medicación para promover el sueño (por ejemplo, administrar medicamentos "activadores" por la mañana y medicamentos sedantes por la noche), minimizar el uso de opioides, antihistamínicos y agentes anticolinérgicos, evitar los diuréticos nocturnos siempre que sea posible, optimizar el control glucémico nocturno.

Consideraciones para el tratamiento:

- ¿Es un insomnio simple, de comienzo reciente y un adulto sano?

Se sugiere Zolpidem 5 - 20 mg o Eszopiclona 2 - 3 mg antes de acostarse por 2 a 4 semanas.

- ¿El usuario tiene el diagnóstico de una demencia?

Se sugiere Antipsicóticos atípicos desde 4 semanas a largo plazo: Risperidona 0.5 –2 mg, Olanzapina 2.5 –10 mg y Quetiapina 12.5 -100 mg; y derivar a especialista ambulatorio.

- ¿El usuario presenta dolor, SAHOS o es adulto mayor?

Se sugiere Eszopiclona 2 - 3 mg antes de acostarse, u antidepresivos con perfil sedativo (trazodona o mirtazapina), desde 4 semanas a largo plazo. Derivar a un especialista ambulatorio.

- ¿El usuario presenta insomnio en el contexto de una depresión (sin indicadores de riesgo)?

Se sugiere Eszopiclona 2 - 3 mg antes de acostarse, u antidepresivos con perfil sedativo (trazodona o mirtazapina), desde 4 semanas a 1 año. Derivar a un especialista ambulatorio.

- ¿El usuario presenta insomnio en el contexto de un trastorno de ansiedad (sin indicadores de riesgo)?

Se sugiere Eszopiclona o Benzodiazepinas de 2 a 4 semanas. Derivar a un especialista ambulatorio.

Anexo 16: Trastornos relacionados con Traumas y por Estrés

Los trastornos relacionados con traumas y factores estresantes son consecuencia de una exposición a un acontecimiento traumático o estresante. Los trastornos específicos consisten en el trastorno por estrés postraumático (TEPT), el trastorno de estrés agudo, y los trastornos de adaptación.

1- Trastorno por estrés post traumático

Manifestación Clínica: Episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma (reviviscencias o sueños), sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma.

Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan el trauma. Pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio.

Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante. Se presentan síntomas intrusivos, evitación persistente de estímulos (internos o externos) asociados al suceso(s) traumático(s), alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo, alteración importante de la alerta y reactividad, con una duración superior a un mes. El malestar es clínicamente significativo o se presenta deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Por último la alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

2- Reacción / Trastorno de estrés agudo

Manifestación clínica: En un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.

Los síntomas se presentan al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato, y tienen una resolución rápida. La persona ha estado expuesta a una realidad o amenaza de muerte, heridas serias, o violencia sexual. Se presentan síntomas de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación, y aumento de la activación (arousal). La duración de la perturbación es de 3 días a un mes, posterior a la exposición traumática, y los síntomas provocan perturbación clínicamente significativa, o deterioro en el funcionamiento a través de los dominios social, interpersonal, ocupacional, educacional, de desarrollo y de salud física. Por otro lado, la perturbación no es debida a los efectos fisiológicos de una sustancia, u otra condición, y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

3- Trastorno Adaptativo

Manifestaciones clínicas: Humor depresivo, ansiedad, preocupación; sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria.

Manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia. Los trastornos disociales pueden ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes.

En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático.

El desarrollo de síntomas emocionales o conductuales es en respuesta a un estresor(es) identificable, dentro de los primeros 3 meses del inicio del estresor(es). Estos síntomas o conductas son clínicamente significativos. Una vez que el estresor o sus consecuencias han terminado, los síntomas no persisten por más de 6 meses adicionales.

En todos los casos que se presente en la atención de urgencias la sospecha de un trastorno de estrés postraumático se sugiere la evaluación por equipo interdisciplinario especializado en salud mental.

Anexo 17: Trastornos de ansiedad

Trastorno mental que se caracteriza por producir sensaciones de preocupación, ansiedad o miedo, tan fuertes que interfieren con las actividades diarias de quien las padece. Dentro de estos trastornos se pueden encontrar el trastorno de ansiedad generalizada, ataques de pánico, y fobias.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Estado persistente de ansiedad de curso fluctuante

Los síntomas pueden agruparse en 4 categorías:

- Tensión motora: temblor, inquietud, sobresaltos, tensión y algias musculares, fatigabilidad
- Hiperactividad autonómica: palpitaciones, opresión precordial, disnea, náuseas, polaquiuria, mareo, sudoración, malestar abdominal, sofocos
- Expectación aprensiva: inquietud interna, desasosiego, vivencia de amenaza, temores difusos, inseguridad.
- Vigilancia y alerta: nerviosismo, impaciencia, irritabilidad, falta de atención, hipervigilancia, insomnio de primera mitad, mala calidad del sueño.

ATAQUE DE PÁNICO

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico), no limitadas a una situación o conjunto de circunstancias particulares.

Son imprevisibles, episodios espontáneos y repentinos de ansiedad o terror intensos, acompañados de síntomas.

Es la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización).

Temor secundario a morir, perder el control o enloquecer.

El miedo y los síntomas vegetativos del ataque van creciendo de tal manera que los que lo padecen terminan por salir, escapar de donde se encuentran.

TRASTORNO DE ANSIEDAD FÓBICA

Se pone en marcha exclusivamente o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos (externos al sujeto) que no son en sí mismos peligrosos. Estos se evitan de un modo específico o son afrontados con temor.

La ansiedad fóbica no se diferencia ni vivencia ni comportamental ni fisiológicamente de otros tipos de ansiedad y su gravedad puede variar desde una ligera intranquilidad hasta el terror pánico.

Dentro de estos trastornos de ansiedad fóbica se encuentra la agorafobia

En los contextos de atención de urgencias en todos los casos se debe procurar realizar contención verbal asegurando que el paciente allí será ayudado y que los síntomas desaparecerán. Interrogar cómo inició el cuadro (sin presionar) mencionando confidencialidad y que todo puede ser dicho. Hablar libremente del desencadenante puede generar alivio, aunque puede no haber un motivo específico. Si a la persona se le dificulta el habla por los síntomas se puede intentar implementar técnicas para interrumpir la cadena de pensamientos y sostener la atención del paciente en el aquí y ahora:

- Indicar que el paciente nombre todo lo que pueda ver del entorno (5 cosas), lo que pueda escuchar (4 cosas), lo que pueda tocar (3 cosas), lo que pueda oler.
- Regular la respiración, inhalar en 4 segundos, retener en 7 segundos, exhalar en 8 segundos (repetir).
- Relajación muscular rápida, indicar que contraiga músculos inspirando durante 5 segundos y relajar exhalando en 10 segundos (pies y piernas, luego abdomen y tórax, luego puños y brazos, luego cara y hombros).

De no ceder síntomas se sugiere contención farmacológica: administre 1 a 2,5 mg de Lorazepam VO o 5 a 10 mg de Diazepam VO.

Anexo 18: Demencias

Las demencias se encuadran dentro de los trastornos neurocognitivos, y engloban varias enfermedades que afectan a la memoria, el pensamiento y la capacidad para realizar actividades cotidianas. En estas enfermedades habitualmente se puede objetivar una neuropatología de base, con un deterioro cognitivo que conlleva a una disminución de la capacidad funcional. La enfermedad empeora con el tiempo y afecta principalmente a las personas de edad, pero no todas las personas la contraen conforme envejecen. A veces, la persona tiene cambios de humor o de conducta antes de que empiecen los problemas de memoria. Los síntomas empeoran con el tiempo y la mayoría de las personas con demencia precisarán ayuda en su día a día.

Los signos y síntomas precoces son: olvidar cosas o acontecimientos recientes, perder o extraviar cosas, perderse al caminar o conducir, sentirse desubicado, incluso en lugares familiares, perder la noción del tiempo, dificultades para resolver problemas o tomar decisiones, problemas para seguir conversaciones o a la hora de encontrar las palabras, dificultades para realizar tareas habituales, errores de cálculo al juzgar visualmente a qué distancia se encuentran los objetos. Los cambios comunes en el estado de ánimo y el comportamiento incluyen: sensación de ansiedad, tristeza o enojo por las pérdidas de memoria, cambios en la personalidad, conducta inapropiada, renuncia al trabajo o a las actividades sociales, pérdida de interés por las emociones de otras personas.

En los casos más avanzados son habituales los *síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo, o de la conducta.*

- **Síntomas Conductuales:** agresión física, gritos, insomnio, agitación, deambulación, conductas sociales inapropiadas, disturbios sexuales, etc.
- **Síntomas Psicológicos:** ideas delirantes, alucinaciones, falsos reconocimientos, depresión, ansiedad.

Las consultas en contexto de urgencias por estos cuadros dentro de los abordajes por salud mental suelen deberse a la sintomatología psicótica, desbordes o desorganización conductual, o insomnio.

Ante situaciones de agitación psicomotriz se sugiere el uso de Haloperidol 2,5 a 5 mg VO o IM. Tener precaución: máximo de 15 mg/día. Dosis elevadas de haloperidol pueden causar reacciones distónicas agudas, debe utilizarse Difenhidramina (VO o IM) o biperideno (VO). En caso de ser posible se debe verificar el intervalo QTc en el ECG, intervalos superiores a 450 ms en el hombre o 400 en la mujer contraindican el uso de esta opción. Esta indicación puede repetirse cada 30 min, hasta 3 dosis.

Ante la presencia de sintomatología psicótica, de acuerdo al nivel de irritabilidad, ansiedad o inquietud, se puede optar entre RISPÉRIDONA 2 MG 1 comprimido VO, o HALOPERIDOL 5 MG 1 ampolla IM, y repetir cada 6, 8 o 12 horas según nivel de respuesta.

Por cuadros de insomnio se sugiere la utilización de antipsicóticos atípicos desde 4 semanas a largo plazo: Risperidona 0.5 –2 mg, Olanzapina 2.5 –10 mg y Quetiapina 12.5 -100 mg.

En todos los casos se debe evaluar clínicamente para determinar si se trata de causas orgánicas agudas que generen síntomas psicóticos secundarios, desorganización conductual o insomnio (infección, deshidratación, anomalías metabólicas -hipoglucemia o hiponatremia-, intoxicación o abstinencia por alguna medicación o sustancia), y derivar al especialista en salud mental para la continuidad de abordaje ambulatorio.

Anexo 19: Situación de calle

Se considera persona en **situación de calle** a quien habita en la calle o en espacios públicos en forma transitoria o permanente. Para ser considerada persona en situación de calle no importa su condición social, género, edad, origen étnico, nacionalidad, situación migratoria, religión, estado de salud o cualquier otra condición. Por otro lado, se considera persona en **riesgo a la situación de calle** a quien esté en alguna de las siguientes situaciones:

- Vive en un establecimiento público o privado, debe irse por cualquier causa en un plazo determinado y no tiene una vivienda para el momento de salida. El establecimiento donde vive esa persona puede ser médico, asistencial, penitenciario o de otro tipo.
- Le avisaron de una situación de desalojo próxima, de una resolución administrativa o de una sentencia judicial de desalojo y no tiene dinero para pagar una vivienda donde vivir.
- Vive en asentamientos precarios o transitorios que no tiene servicios públicos esenciales o vive en condiciones de hacinamiento que afectan su integridad psicofísica. Los asentamientos no deben ser barrios populares.

La situación de calle y el riesgo a la situación de calle son estados de vulnerabilidad social extrema y generan una restricción grave para ejercer los derechos de la Constitución Nacional y los tratados internacionales de derechos humanos.

De acuerdo a la Ley de Salud Mental N° 26.657, en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes. Ante estas situaciones que se presenten en contexto de guardias hospitalarias, sin alguna otra complicación clínica con requerimiento de hospitalización, se debe considerar preguntar a la persona acerca de sus necesidades e inquietudes a los fines de orientar sobre los recursos a los cuales puede recurrir, ayude a la persona a atender sus necesidades básicas, tener acceso a los servicios y conectarse con su familia y otros apoyos sociales. Se debe considerar la derivación ambulatoria del paciente para que reciba tratamientos psicológicos.

En casos de situación de calle: referenciar con Contingencia Social: Calle La Pampa 394 B° Bombal Ciudad de Mendoza Tel.: 4240441 y UAPSI (Unidad de Atención Primaria de la Salud Itinerante) para personas/familias en situación de calle. Calle Córdoba 554 Ciudad.