

ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS EN TRATAMIENTO POR SALUD MENTAL EN APS

CONTEXTO COVID-19

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES





Contenido

1. Antecedentes	3
2. Objetivos Generales	3
3. Objetivos Específicos	3
4. Recomendaciones Generales	3
5. Recomendaciones Específicas	5

Las recomendaciones incluidas en el presente documento están en continua revisión y serán modificadas si la situación epidemiológica así lo requiriese.



1. Antecedentes

El documento “Recomendaciones generales para la organización de la atención en establecimientos de atención primaria de salud en contexto de pandemia SARS-COV-2, 2020”, enviado el 18.03.2020 a la red de Atención Primaria del país, contiene recomendaciones sobre la reorganización de la oferta de servicios, como por ejemplo, seguimiento telefónico de la población bajo control en salud mental APS; coordinar entrega de fármacos y alimentación complementaria a grupos de riesgo según realidad local; entre otras acciones que se mencionan.

Por lo tanto, las presentes orientaciones para atención de salud mental de las personas en APS, corresponden a un anexo al documento mencionado.

2. Objetivo General

Entregar orientaciones a los equipos de salud de Atención Primaria respecto al acceso, prescripción de fármacos y seguimiento de personas en tratamiento por problemáticas y/o trastornos mentales, en los establecimientos de APS, en el contexto de la pandemia COVID-19.

3. Objetivos Específicos

- 1) Entregar recomendaciones para la realización del seguimiento de las personas que se encuentran en tratamiento por salud mental en Atención Primaria.
- 2) Entregar recomendaciones para los ajustes farmacológicos de personas en tratamiento por salud mental, de acuerdo a sintomatología reportada por usuarios.

4. Recomendaciones generales

- 1) Difusión en la comunidad de las estrategias locales del establecimiento de salud y/o de la comuna. Dentro de la información entregada, explicitar en la población, que su acercamiento al centro de salud es sólo cuando sea estrictamente necesario. En ese marco, recomendar a las personas comunicarse con el centro para enterarse de la situación actual antes de acudir a él.
- 2) Priorizar la realización de consultas y controles, en el marco del seguimiento del estado en que se encuentra la persona vía telefónica y/o mensaje de texto.



- 3) Realizar un catastro de la población bajo control con la finalidad de priorizar a las personas con las cuales se comenzará el seguimiento telefónico. Estas personas deben ser priorizadas teniendo en cuenta los siguientes criterios:
- Personas con antecedentes de **riesgo de suicidio**.
 - Personas con un trastorno de salud mental que presentan una **evolución prolongada en el tiempo**, con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa.
 - Personas que tengan una **sospecha diagnóstica** en la categoría de **Trastorno Mental Grave o Severo¹**
 - Personas que presenten otros problemas o trastornos de la salud mental que el equipo considere en **situación de riesgo** y que requiere un seguimiento más intensivo
 - Personas que se encuentren en una institución residencial (Salud, SENAME, SENDA, MIDESO) o en situación de calle.
 - Personas inmunodeprimidas asociado al **alcoholismo**.

Realizado el seguimiento, el equipo de salud deberá discriminar a aquellas personas de alto riesgo, que excepcionalmente requerirán atención presencial en el centro de salud, visita domiciliaria u otra acción que asegure su acompañamiento. Se incluye en este grupo a personas con riesgo suicida u otros factores de alto riesgo que el equipo determine.

Priorizada la población de alto riesgo, continuar con el seguimiento del resto de la población bajo control.

4) Manejo de fármacos:

- a) En el caso de la prescripción de benzodiazepinas, en usuarios que el médico tratante considere que existe bajo riesgo de su prescripción para la persona, se podrá despachar receta según las mismas indicaciones que el resto de los fármacos. En el caso de la prescripción de medicamentos sujetos a control legal (entre ellos, benzodiazepinas), en usuarios en condición de alto riesgo, un tercero debe retirar sus medicamentos, cumpliendo con lo señalado en la normativa vigente para estos fines.

Es importante mencionar que los medicamentos sujetos a control legal no podrán ser despachados para tratamiento de más de 30 días.

¹ Hace referencia a las siguientes categorías diagnósticas según la CIE-10 para los trastornos incluidos en el Trastorno Mental Grave: F20-29: Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes, F30-39 Trastornos del humor (afectivos) y F60 Trastornos específicos de la personalidad.



b) Para el retiro de fármacos:

- Si el usuario presenta alguno de los factores de riesgo para desarrollar COVID-19 o si no puede desplazarse de forma autónoma, se solicitará que un tercero pueda retirarlos. Asimismo, se podrían priorizar estrategias de despacho de medicamentos a domicilio, de acuerdo a la organización local del establecimiento de APS y en aquellos casos en los que esto sea posible. A su vez, en casos de riesgo de autoagresión, los medicamentos también deberán ser entregados a un tercero.

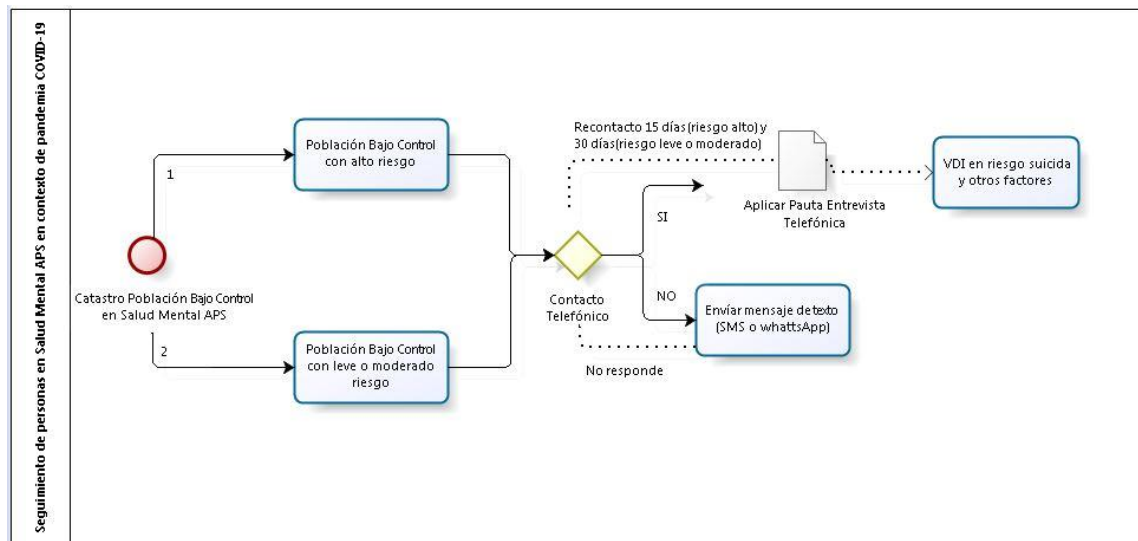
5. Recomendaciones específicas

- 1) Acciones telefónicas del programa de Salud Mental en APS en el contexto de COVID-19.² Como se mencionó anteriormente, se sugiere contactar telefónicamente, por video llamada y/o vía mensaje de texto, a las personas agendadas para control en el programa de salud mental (ver tabla N°1), con la finalidad de dar continuidad al Plan de Cuidado Integral, de acuerdo a la situación de cada persona y según los criterios establecidos en este documento.

² La descripción de las acciones telefónicas en el contexto COVID, se encuentran descritas en el Manual REM que apoya en registro de dichas prestaciones.

La siguiente figura muestra el seguimiento telefónico y/o mensajería de texto de salud mental en APS:

Figura 1: Flujo de seguimiento telefónico y/o mensaje de texto, para personas en tratamiento por Salud Mental.



Al realizar el contacto telefónico, se recomienda tener acceso a la ficha de la persona y aplicar una entrevista telefónica (ver Tabla N°1), consignándolo en ficha clínica. Dicha entrevista orientará las acciones a seguir.

De no ser posible la entrevista telefónica, se recomienda utilizar la vía de mensajería de texto. Si la persona no responde el mensaje de texto, se insistirá en el llamado telefónico hasta concretar el contacto efectivo.

- 2) Continuidad del tratamiento farmacológico.
Para orientar la continuidad de la prescripción farmacológica, se sugiere clasificar a los usuarios en los siguientes grupos:



a) Personas que se encuentran actualmente en tratamiento en el programa de salud mental.

- **Con problemática y/o trastorno de salud mental compensado:** personas que con las medidas implementadas se encuentran asintomáticos o con síntomas leves a moderados de salud mental.

En estas personas, se sugiere permitir repetir la receta por 90 días o extender una nueva receta por ese mismo plazo.

- **Con problemática y/o trastorno de salud mental en proceso de compensación:** personas que han sido recientemente ingresadas a tratamiento de salud mental, o que pese a llevar un tiempo de ingreso, persisten con síntomas moderados a severos, pero sin una situación de urgencia psiquiátrica³.

- **Personas con respuesta parcial a tratamiento de salud mental, sin efectos adversos de psicofármacos:** Se sugiere incrementar la dosis de psicofármacos de acuerdo a lo indicado en la Tabla N° 2. Dejar receta y control presencial⁴, para 60 días.

- **Personas con respuesta parcial a tratamiento, pero con efectos adversos de fármacos:** cambiar a alguna de las alternativas terapéuticas indicadas en la Tabla N°2. Dejar receta y control presencial⁵ para 60 días. Realizar control telefónico según requerimiento.

- **Con problemática y/o trastorno de salud mental descompensado:** personas con síntomas muy severos y que por tanto requieren control de acuerdo a lo programado. Se incluye a personas con ideación auto o heteroagresiva, con síntomas graves y sin redes de apoyo, o a pacientes que por la intensidad de sus síntomas requieran de una licencia médica.

- Se sugiere controlar de acuerdo a lo programado.
- Realizar prescripción para 30 días.

³ Urgencia psiquiátrica se define como situaciones de riesgo inminente de auto o heteroagresión.

⁴ En la medida que el centro de salud retome sus actividades habituales. De lo contrario, utilizar medida de seguimiento recomendada en este documento.

⁵ En la medida que el centro de salud retome sus actividades habituales. De lo contrario, utilizar medida de seguimiento recomendada en este documento.



- En caso de estimarse que el usuario podría requerir control antes de 30 días, priorizar control telefónico.
- Sólo en caso de pacientes con ideación suicida, indicar que deben acudir con un acompañante, a quién se le darán las indicaciones y se le entregarán los medicamentos. **A su vez, gestionar interconsulta con el nivel de especialidad.**

3) Personas con hora agendada para Evaluación y Confirmación Diagnóstica.

Aquellos usuarios que se encontraban con horas agendadas para Evaluación y Confirmación Diagnóstica de problemática y/o trastorno de salud mental, deberán ser recontactados cuando el centro de salud retome sus funciones habituales o cuando la situación sanitaria lo permita. Se excluyen las personas que se encuentren en situación de alto riesgo psicosocial (determinado por el equipo de salud u otro actor pertinente). En estos casos, las personas deberán ser contactadas para evaluar su ingreso a tratamiento y/o realizar referencia asistida al nivel de especialidad.

Tabla N°1: Pauta de entrevista telefónica o mensajería de texto, para evaluación de gravedad de pacientes con problemáticas de salud mental y/o trastornos mentales.

1. Apertura de la entrevista.	-Se deberá explicar que en el contexto epidemiológico actual se están tomando medidas para asegurar la continuidad de cuidados (acceso a tratamiento y a fármacos), limitando la exposición de las personas a los servicios de salud, por lo que de acuerdo a esta entrevista, se determinará la mejor forma de proveer atención específica al usuario.
2. Evaluación sospecha de COVID-19.	Preguntar por presencia de fiebre, síntomas respiratorios, contacto con personas con diagnóstico de COVID-19, diagnóstico personal de COVID-19 y/o indicación de cuarentena.
3. Evaluación del tratamiento implementado.	Cotejar adherencia al tratamiento y concordancia entre fármacos efectivamente utilizados y los prescritos.
4. Evaluación por áreas sintomáticas.	Estado anímico (ánimo triste, depresivo, eutímico, irritable).
	Alteraciones del sueño (insomnio de conciliación o de mantención).
	Angustia o ansiedad.
	Ideación auto o heteroagresiva. Pregunta abierta: presencia de otros síntomas y/o situaciones de riesgo relevantes para el paciente.



<p>5. Posibilidades de desplazamiento y redes de apoyo.</p>	<p>-Tiene la posibilidad de asistir autónomamente al centro de salud en caso de ser necesario, ya sea a control o a retiro de fármacos. -Independientemente de la respuesta consultar si alguien podría asistir a retirar fármacos en vez del usuario.</p>
<p>6. Re contacto</p>	<p>- Informar a la persona que será re contactada en los próximos días para acompañamiento y seguimiento.</p>

Tabla N°2: Sugerencias de ajustes farmacológicos de acuerdo a sintomatología reportada por usuarios. ⁶

<p>Alteraciones del ánimo: Ánimo triste, depresivo o irritable (en pacientes sin diagnóstico de trastorno afectivo bipolar) o en pacientes con angustia o ansiedad de cualquier tipo.</p>				
<p>Antidepresivos</p>	<p>Son el medicamento de elección para alteraciones anímicas y también para el manejo a mediano y largo plazo de cuadros de angustia. Todos los antidepresivos tienen una efectividad teórica semejante, aunque en los pacientes individuales podrían tener efectividades diferentes, por lo en términos generales si con dosis terapéuticas de un antidepresivo luego de 3 a 4 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay respuesta moderada, aumentar dosis. - No hay ninguna respuesta (mejoría sintomática) se sugiere cambiar a cualquier otro de los antidepresivos mencionados en esta tabla. <p>Salvo la presencia de efectos adversos importantes, NO hacer cambio de antidepresivo antes de 3 a 4 semanas.</p> <p>Efectos adversos más frecuentes a corto plazo: sequedad bucal, molestias gastrointestinales, dolor de cabeza, alteraciones la libido o anorgasmia.</p> <p>Todos los antidepresivos se deben iniciar con la mitad de la dosis mínima por 6 días, y luego aumentar hasta la dosis mínima.</p>			
<p>Fármacos</p>	<p>Dosis mínima útil</p>	<p>Dosis máxima</p>	<p>Formas de ajuste</p>	<p>Observaciones</p>
<p>Fluoxetina Posología: 20 mg</p>	<p>20 mg</p>	<p>80 mg</p>	<p>Aumentar de a 20 mg cada 4 semanas</p>	
<p>Sertralina Posología: 50 mg</p>	<p>50 mg</p>	<p>200 mg</p>	<p>Aumentar de a 50 mg cada 4 semanas</p>	<p>Preferir en embarazo y lactancia</p>
<p>Escitalopram Posología: 10 mg</p>	<p>10 mg</p>	<p>20 mg</p>	<p>Aumentar de a 5 mg cada 4 semanas</p>	

⁶ Se incluyen medicamentos que no están disponibles en toda la red, pero que pudiesen tener disponibilidad local.



Venlafaxina Posología: 37,5 - 75 - 150 mg	75 mg	300 mg	Aumentar de a 75 mg cada 4 semanas	No usar en pacientes hipertensos
Alteraciones del sueño				
Fármacos	Dosis mínima útil	Dosis máxima	Formas de ajuste	Observaciones
Inductores del sueño	Medicamentos útiles para individuos en quienes la dificultad es conciliar el sueño, ya que tienen una vida media corta y su efecto dura sólo algunas horas			
Zopiclona Posología: 7,5 mg	3,75 mg	7,5 mg	Iniciar con ½ a 1 comprimido.	Educar respecto a que puede producir amnesia del periodo entre la toma del fármaco y la conciliación del sueño
Eszopiclona Posología: 3 mg	1,5 mg	3 mg	Iniciar con ½ a 1 comprimido.	Educar respecto a que puede producir amnesia del periodo entre la toma del fármaco y la conciliación del sueño
Antipsicóticos	Si bien en dosis altas se utilizan para cuadros psicóticos, en dosis bajas podrían utilizarse para el manejo de las alteraciones del sueño (en especial pacientes con insomnio de mantención), de la irritabilidad y de la ansiedad o angustia.			
Quetiapina Posología: 25 - 100 mg	6,25 mg (1/4 de comprimido de 25 mg)	Utilizar la dosis mínima útil	Aumentar de a 6,25 a 12,5 mg	El efecto es rápido, puede indicarse al paciente ajustar dosis de acuerdo a lo expuesto según necesidad hasta lograr dormir adecuadamente. Puede generar aumento del apetito o somnolencia. Usar 45 a 60 minutos antes de la hora de dormir.
Risperidona Posología 1 - 3 mgs	0,25 mg (1/4 de comprimido de 1 mg)	Utilizar la dosis mínima útil	Aumentar de a 0,25 mg	El efecto es rápido, puede indicarse al paciente ajustar dosis de acuerdo a lo expuesto según

				necesidad hasta lograr dormir adecuadamente. Puede generar aumento del apetito o somnolencia. Usar 45 a 60 minutos antes de la hora de dormir.
Clorpromazina Posología: 25 – 100 mg	12,5 mg	Utilizar la dosis mínima útil	Aumentar de a ½ comprimido (12,5 mg) hasta lograr efecto deseado.	No usar en pacientes con cardiopatías El efecto es rápido, puede indicarse al paciente ajustar dosis de acuerdo a lo expuesto según necesidad hasta lograr dormir adecuadamente. Puede generar aumento del apetito o somnolencia. Usar 45 a 60 minutos antes de la hora de dormir.
Benzodiacepinas	<p>Son efectivos para el manejo a corto plazo (idealmente 1 a 2 meses) de trastornos de ansiedad o alteraciones del sueño (mientras se produce el inicio de acción de los antidepresivos).</p> <p>En pacientes usuarios de benzodiacepinas de largo plazo, si bien el objetivo es reducir y eliminar su uso, no se sugiere hacerlo en este periodo (tampoco aumentar la dosis)</p> <p>Preferir uso SOS (según necesidad)</p> <p>Inicio de acción promedio 45 minutos, se puede repetir cada 8 a 12 hrs</p>			
Clonazepam Posología 0,5 – 2 mg	0,125 a 0,25 mg	Utilizar la dosis mínima útil	Aumentar de a 0,25 mg	El efecto es rápido, puede indicarse al paciente ajustar dosis de acuerdo a lo expuesto según necesidad hasta lograr efecto.
Diazepam Posología 10 mg	2,5 a 5 mg	Utilizar la dosis mínima útil	Aumentar de a 2,5 a 5 mg	El efecto es rápido, puede indicarse al paciente ajustar dosis de acuerdo a lo expuesto según



				necesidad hasta lograr efecto.
Alprazolam Posología 0,5 mg	0,125 a 0,25 mg	Utilizar la dosis mínima útil	Aumentar de a 0,125 mg	El efecto es rápido, puede indicarse al paciente ajustar dosis de acuerdo a lo expuesto según necesidad hasta lograr efecto. A la misma dosis, es más potente que el Clonazepam.